

# VARIAZIONI QEEG IN 5 PAZIENTI FIBROMIALGICHE DOPO TERAPIA CRANIO SACRALE. Uno studio preliminare.

## PARTI ANATOMICHE COINVOLTE NEL TRATTAMENTO INTENSIVO DI TERAPIA CRANIO-SACRALE CS-TI

### LO SQAF

Lo SQAF nella CST è un metodo di valutazione della funzionalità globale del Sistema Cranio-Sacrale che è un Sistema Fisiologico e pertanto ha una sua propria attività all'interno dell'organismo e interagisce con gli altri Sistemi Fisiologici (Respiratorio, Cardiovascolare, Endocrino, Immunitario).

È un metodo di valutazione dell'ascolto del Ritmo Cranio-Sacrale, attraverso cui si può avere un indice di un problema attivo, o di un residuo di un problema risolto. Attraverso lo SQAF si può valutare la vitalità generale e la muscolatura paravertebrale, per apprezzare l'innervazione dei tessuti.

La tecnica dello SQAF si applica mediante la palpazione (tocco), posizionando le mani in alcuni specifici punti sul corpo della persona. Questi punti sono chiamati "stazioni di ascolto" e sono principalmente quattro, utili a percepire *Simmetria - Qualità - Ampiezza - Frequenza* del Ritmo Cranio-Sacrale (RCS) attraverso cui si manifesta la funzionalità corporea.

Il Ritmo Cranio-Sacrale (RCS) è un movimento fisiologico, che è specifico del Sistema Cranio-Sacrale, ed è generato dalla produzione e dalla "non produzione" del liquido cefalorachidiano (liquor).

Il liquido cefalorachidiano irroria il Sistema Nervoso Centrale, lo nutre, rimuove le tossine e i metaboliti di scarto e protegge tutto ciò che è interno alla scatola cranica. Viene prodotto dal plasma e immesso nel sistema, attraverso i Plessi Coroidei, nello spazio Sub-Aracnoideo. Scorre tra le membrane Aracnoidea e Pia Madre e poi viene riassorbito costantemente attraverso le Granulazioni Aracnoidali.

Il Dott. Upledger ha osservato che la produzione del liquor ha una velocità doppia rispetto alla velocità del suo riassorbimento.

"Ascoltando" il Ritmo Cranio-Sacrale (RCS) si possono percepire le possibili anomalie rispetto alla corretta funzionalità del Sistema Cranio-Sacrale (SCS).

Per estrema semplificazione si può dire che un corretto funzionamento del Sistema Cranio-Sacrale corrisponde a un Ritmo Cranio-Sacrale che ha una Frequenza dai 6 ai 12 cicli al minuto. Se il RCS ha una Frequenza inferiore, il paziente potrebbe manifestare: una disfunzione cronica, o uno stato depressivo, o un rallentamento dovuto all'eccessiva assunzione di farmaci che inibiscono la regolarità del Ritmo stesso. Se, invece, RCS ha una frequenza superiore, si potrebbe avere uno stato infiammatorio in atto.

L'intento generale nell'applicare la tecnica dello SQAF è, dunque, quello di percepire le anomalie corporee che si manifestano attraverso l'ascolto del Ritmo Cranio-Sacrale e valutare:

S = *Simmetria*

il movimento fisiologico delle ossa, siano esse pari o singole.

Se il movimento fisiologico delle ossa non è simmetrico nel movimento di rotazione esterna ed interna delle ossa pari, o di flesso estensione nelle ossa singole, siamo in presenza di una disfunzione che potrebbe essere ricondotta ad una disfunzione fasciale e/o emotiva

Q = *Qualità*

la forza vitale che si esprime attraverso il corpo del paziente.

La forza vitale si esprime attraverso la vigoria del RCS e può variare e modificarsi in rapporto allo stato fisico ed emotivo della persona.

A = *Ampiezza*

la capacità o meno di escursione completa del movimento fisiologico.

Si può essere alla presenza di simmetria ma non di ampiezza e questo indica ancora la presenza di una disfunzione fasciale e/o emotiva.

F = *Frequenza*

il numero di secondi impiegati nel completare il movimento fisiologico.

Nella norma la frequenza del RCS è dai 6 ai 12 cicli al minuto, meno di 6 vi è stato cronico, più di dodici vi è uno stato infiammatorio.

## **LA TECNICA DELL'ARCING PER INDIVIDUARE LA CISTE D'ENERGIA**

### **L'Arcing**

La tecnica dell'Arcing è una tecnica che si applica per valutare e rivalutare le disfunzioni primarie (lesioni attive) presenti nell'organismo e permette:

- nella prima valutazione, all'inizio del trattamento, di scoprire una lesione attiva, ovvero una Cisti Energetica, che produce energia disorganizzata,
- nella rivalutazione, che si esegue dopo il trattamento, di verificare se la Cisti Energetica è stata dissipata e se non sono più presenti i residui dell'energia disorganizzata.

Nel caso in cui la rivalutazione svolta attraverso l'Arcing rilevasse ancora dei residui di energia disorganizzata (entropica) nella zona interessata, si dovrebbe ripetere il trattamento fino a ripristinare l'energia organizzata (sintropica) nell'organismo del paziente.

### **L'Arcing come indicatore della lesione attiva**

Questo strumento di valutazione (indicatore) si applica attraverso la posizione delle mani su varie parti del corpo (o a distanza), si individua la vibrazione prodotta dalla Cisti Energetica e si viene attratti verso il suo nucleo.

Si inizia "*arcando*".

"*Arcare*" è un termine usato dal Dott. Upledger per descrivere il movimento svolto dalle mani del Facilitatore nell'applicare questa tecnica.

Infatti, il Facilitatore si posiziona vicino al corpo del paziente creando un arco con le braccia oscillandole, in modo da far fluire l'energia da una mano all'altra e nel contempo percepire le informazioni date dalle vibrazioni prodotte dalla Cisti Energetica.

Le mani vengono posizionate: in prossimità della parte palmare dei piedi, o sulle anche, o sulle spalle, o come una delle "*prese della volta cranica*".

### **La lesione attiva: la Cisti d'Energia**

Gli effetti fisici/fisiologici delle Cisti Energetiche dipendono in gran parte dalla loro potenza (quantità d'energia che contengono) e dalla loro ubicazione.

La Cisti Energetica, con la sua presenza, può contribuire al rinforzo dei segmenti del midollo spinale, dando inizio alla sindrome segmentaria da rinforzo (sindrome del Segmento Facilitato).

Le Cisti Energetiche possono essere scoperte in molti modi. A volte basta guardare il punto dolente indicato dal paziente, ma non bisogna dipendere esclusivamente da questo metodo; infatti il paziente può provare un dolore riflesso, o una disfunzione di un nodo secondario.

L'Arcing è senza dubbio il metodo di valutazione, indicato dalla Tecnica Cranio-Sacrale, per trovare la Cisti Energetica (quindi la disfunzione fisiologica primaria).

L'“intensità di vibrazione” è diversa da una Cisti Energetica all'altra; può variare dai parametri del battito cardiaco al suo picco massimo, a quelli del Ritmo Cranio-Sacrale al picco più basso. Normalmente la vibrazione della ciste energetica è di circa: 40 o 60 cicli al minuto.

Le Cisti Energetiche percepite attraverso le vibrazioni, su cui si sintonizza il Facilitatore, sono delle lesioni attive.

Esistono altri tipi di lesioni che si possono percepire attraverso il tocco (palpazione) che sono però delle lesioni residue, o croniche, ma non attive.

A differenza delle *lesioni attive* che vengono percepite/individuate con la tecnica dell'*Arcing*, le *lesioni non attive* si possono percepire sottoforma di *restrizioni fasciali*.

La Cisti di Energia, che emerge per mezzo della tecnica dell'*Arcing*, non è la risposta al problema fisiologico, ma è il segnale che il corpo dà al Facilitatore per permettergli di iniziare il suo lavoro alla ricerca della causa o delle concause della disfunzione.

## **Obiettivi e Tecnica**

1. “*Arcare*” (tecnica dell'*Arcing*), per individuare la Cisti di Energia, posizionando le mani simmetricamente sulla parte palmare dei piedi, o sulle anche, o sulle spalle, o come una delle prese della volta cranica
2. Svolgere il trattamento in base alle informazioni ricevute dalla vibrazione percepita
3. Dopo il trattamento valutare la dissipazione (assenza di vibrazione), o meno, della Cisti Energetica precedentemente individuata.

## IL FATTORE SIGNIFICATIVO - "THE SIGNIFICANCE DETECTOR"

### La Mente *mente*, il Non-Conscio non mente

Il "Fattore Significativo" (o "Indicatore Significativo", o "Rilevatore di significato") è il nome che il Dott. Upledger ha attribuito al fenomeno di interruzione improvvisa del Ritmo Cranio-Sacrale (RCS).

Il *Fattore Significativo* è la chiave per accedere alla voce del *Non-Conscio* del paziente. Ponendo le mani sul corpo del paziente e ascoltando il Ritmo Cranio-Sacrale, nel momento in cui questo si ferma volontariamente, entriamo in contatto con il "Fattore Significativo".

Nella pratica, una delle abilità del Facilitatore è quella di rilevare, mediante la palpazione, le impercettibili sensazioni del corpo. Questo avviene attraverso le pulsazioni del Ritmo Cranio-Sacrale (RCS), che il Facilitatore è in grado di individuare e, individuandone l'interruzione volontaria, il Facilitatore è cosciente di essere entrato in contatto con il Non-Conscio del paziente.

### Il Fattore Significativo e l'immagine "non sollecitata"

Spesso, il Facilitatore si serve della tecnica del Fattore Significativo allo scopo di avere accesso a quella che viene definita una "immagine non sollecitata", che svela un pensiero, o una sensazione, o un ricordo che affiora in quel preciso momento dal Non-Conscio del paziente alla sua coscienza e che sarà utile ad iniziare un "Dialogo Immaginario Terapeutico".

### Il Fattore Significativo e lo Still Point

Adottando la tecnica del Fattore Significativo, l'arresto del Ritmo Cranio-Sacrale (RCS) ci fa capire che stiamo rilevando un'immagine spontanea, quindi *non sollecitata*, che è "affiorata" alla consapevolezza del paziente

Nel rilevare il "Fattore Significativo", il Facilitatore ha la sensazione che il liquido cerebro-spinale si sia imbattuto in un'ostruzione solida, a differenza di uno "Still Point", ulteriore tecnica della CST, in cui il Ritmo Cranio-Sacrale sembra interrompere le sue pulsazioni in modo delicato e graduale. Inoltre, nel Fattore Significativo l'interruzione del Ritmo Cranio-Sacrale avviene in modo spontaneo nel paziente, mentre nello Still Point l'interruzione del RCS avviene solamente in modo sollecitato.

Dunque, la percezione dell'interruzione del Ritmo Cranio-Sacrale (RCS) si manifesta in modo diverso tra il *Fattore Significativo* e lo *Still Point*, principalmente per il fatto che:

- nel primo caso l'interruzione è molto brusca
- nel secondo caso è progressiva.

FATTORE SIGNIFICATIVO	STILL POINT
<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Il Ritmo Cranio-Sacrale (RCS) si interrompe bruscamente</li><li>▶ RCS si interrompe in qualunque fase del ciclo di produzione o assorbimento di LCS</li><li>▶ RCS si arresta autonomamente, con o senza sollecitazione assistita</li><li>▶ RCS si interrompe con un'autocorrezione o una scoperta fatta dal paziente</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Il Ritmo Cranio-Sacrale (RCS) si interrompe gradualmente</li><li>▶ RCS si attenua alla fine della fase di assorbimento del LCS</li><li>▶ RCS si attenua fino ad interrompersi, solo con una sollecitazione assistita</li><li>▶ RCS cerca di vincere la resistenza posta dalla sollecitazione del terapeuta/facilitatore</li></ul>

## Il “Processo” Significativo

Quando il corpo di un paziente è coinvolto in un “*processo significativo*” si può osservare che il Ritmo Cranio-Sacrale subisce una brusca interruzione e questo fenomeno può avvenire in una qualunque fase del suo ciclo.

Qualunque aspetto che porta il Ritmo Cranio-Sacrale del paziente a interrompersi bruscamente, è comunque estremamente importante ed il Facilitatore avrà il compito di scoprire che cosa lo ha provocato.

Essere in presenza del fenomeno che chiamiamo “*Fattore Significativo*”, quindi, ci indica che “*qualcosa*” di importante si sta verificando in modo consapevole nel paziente, o ad un suo livello di coscienza vicino a ciò che consideriamo consapevolezza.

Questo fenomeno avviene in presenza di diversi tipi di eventi psicologici e/o emotivi del paziente e riveste una fondamentale importanza nella valutazione e nel lavoro che il Facilitatore andrà ad effettuare.

Il Fattore Significativo potrebbe manifestarsi nel paziente per molteplici fattori:

- una posizione del corpo che consentirà la liberazione di una Cisti di Energia, o favorirà un Rilascio Somato-Emozionale;
- il “riemergere” di un simbolo o di un’immagine significativa;
- una parola chiave pronunciata durante il dialogo;
- il ricordo di un argomento critico toccato durante una conversazione,
- altri fattori che rivestono un’importanza, o criticità, nell’emotività del paziente.

In ogni caso, un Facilitatore può avvalersi del Fattore Significativo per stabilire quando le reazioni fisiologiche del paziente sono cruciali per il suo processo terapeutico.

Nel ruolo di Facilitatore ci si può offrire di essere accanto alla persona nel momento in cui la persona stessa decide di affrontare un’immagine o un ricordo terribile.

Occorre rimarcare sempre l’importanza, soprattutto nelle situazioni che potrebbero presentare un coinvolgimento emotivo per il Facilitatore, di rimanere in *empatia* (e non in *simpatia*) con il paziente, per garantirgli di poter fare le proprie scoperte, senza mai fornirgli le risposte già pronte.

Nelle sessioni di trattamento è utilissimo servirsi del Fattore Significativo per poi avviare efficacemente il “*Dialogo Immaginario Terapeutico*”, sia con “*immagine sollecitata*” (quando a sollecitare “un’immagine” al paziente è il Facilitatore stesso) sia con “*immagine non sollecitata*” (quando si rileva un’immagine spontanea che è “affiorata” alla consapevolezza del paziente).

## Obiettivi e Tecnica

*Perché si adotta il Fattore Significativo?*

Nel trattamento del paziente, il Fattore Significativo è un’importante strumento di verifica che viene offerto al Facilitatore.

*Come si applica il Fattore Significativo?*

Appoggiando le mani simmetricamente parallele sul corpo del paziente in una delle principali “stazioni d’ascolto” del corpo in cui si possa percepire il Ritmo Cranio-Sacrale del paziente e mettendosi in sintonia con esso.

Oppure, nella fase in cui il Facilitatore sta trattando la Cisti d’Energia e rileva la brusca interruzione del Ritmo Cranio-Sacrale, mantenendo le mani in posizione di trattamento, avviando il Dialogo Immaginario Terapeutico.

Oppure ancora, in presenza del Fattore Significativo, nel momento in cui il Facilitatore fosse in una posizione scomoda e distale per avviare con facilità un Dialogo Immaginario Terapeutico, potrebbe cambiare la sua posizione in modo da porre le mani sul Diaframma dello Stretto Toracico, per agevolare l’intimità della conversazione, in una modalità di maggiore attenzione, rispetto e accoglienza del paziente.

## DIALOGO IMMAGINARIO TERAPEUTICO

### Il linguaggio del Non-Conscio: l'Immagine Terapeutica

Possiamo definire e considerare l'“*immaginario*” come un vocabolario che raccoglie il simbolismo appartenente al linguaggio del Non-Conscio, e le sue definizioni. Il simbolismo dell'immaginario può essere molto reale o molto astratto, e le sue definizioni possono tradursi in immagini mentali, suoni, odori, sensazioni e/o altre percezioni che dal Non-Conscio emergono alla consapevolezza.

L'immaginario del paziente può essere utilizzato dal Facilitatore come uno strumento che permette di favorire il processo di guarigione del paziente e quindi lo definiremo: “*Immaginario Terapeutico*”.

L'“*immagine terapeutica*” può presentarsi spontaneamente come voce del Non-Conscio del paziente, o con una sollecitazione cosciente da parte del terapeuta, o del paziente stesso. In ogni caso, se usata efficacemente, l'“*immagine terapeutica*” può facilitare il processo di guarigione a livelli molto variabili di coscienza.

Quando stabiliamo un contatto ed un dialogo attraverso l'“*immagine terapeutica*”, stiamo stimolando il Non-Conscio a tradursi in consapevolezza. Iniziare un “*dialogo significativo*”, tra il Non-Conscio del paziente e la sua coscienza, è un passo fondamentale verso la crescita, la consapevolezza, l'integrazione e la guarigione.

### L'immagine sollecitata e non sollecitata

Il “Dialogo Immaginario Terapeutico” si può avviare con il paziente:

- sia in presenza del Fattore Significativo (ovvero *l'arresto del RCS che ci fa rilevare un'immagine spontanea, “non sollecitata”, “affiorata” alla consapevolezza del paziente*),
- sia sollecitando un'immagine (“*immagine sollecitata*”) utile a comunicare con il Non-Conscio del paziente.

In questo testo stiamo proponendo dei temi ben precisi, che sono: perdita, separazione, lutto, piccole morti, morte, abbandono. Questi sono dei temi che direttamente o indirettamente hanno una risonanza con il vissuto di ogni persona.

Quindi, è facile capire come il Facilitatore possa servirsi dell'“*immagine sollecitata*” per trattare questi temi in presenza di una persona che li sta affrontando e che si rivolge alle sue cure. Attraverso l'“*immagine sollecitata*”, si inviterà il paziente ad entrare in una sfera di consapevolezza, invitando il suo “Medico Interiore”, o se preferite la sua “Guida”, o il Sé Superiore, a dialogare tra i vari livelli di coscienza.

Quando il Facilitatore sarà in presenza di un'immagine proposta dal paziente, di cui il paziente non riesce a dare un'interpretazione o una spiegazione, con gentilezza, avvieremo un dialogo con il paziente e gli chiederemo:

- *il tuo “Medico Interiore” conosce il problema?*
- *è disposto a condividere la sua conoscenza del “problema”?*
- *il “problema” ha uno scopo?*
- *se sì, qual è?*
- *cosa si può fare per evitare che la presenza del “problema” rimanga necessaria?*
- *c'è una lezione da imparare?*
- ...

Si potrà procedere così finché verrà chiarito cosa debba essere fatto, e da chi, per rendere il “problema” del paziente (rilevato dalla voce del suo Non-Conscio) non più necessario nella sua forma attuale.

Il Facilitatore, a questo punto, dovrebbe negoziare un accordo tra il Non-Conscio del paziente e la sua consapevolezza, nella direzione di una risoluzione costruttiva e accettata da tutte le parti coinvolte nel

Dialogo Terapeutico, che avrà come risultato la crescita e l'integrazione del paziente. Il Facilitatore avvierà la negoziazione attraverso un dialogo che chiamiamo: "*Dialogo Immaginario Terapeutico*".

Il Dialogo Immaginario Terapeutico che si svolge tra il paziente e il Facilitatore inizia, dunque, attraverso un'immagine (*sollecitata o non sollecitata*) che affiora dal Non-Conscio del paziente alla sua consapevolezza (e a quella del Facilitatore) rilevando una possibile evoluzione verso una soluzione al problema del paziente.

Nel Dialogo, la "negoziatura" avviene tra le varie parti (sub-personalità) che emergono dal Non-Conscio del paziente e che sono coinvolte nel problema. Il Facilitatore sosterrà la negoziazione durante il dialogo man mano che queste parti emergeranno alla coscienza del paziente e verrà chiesto alle varie parti di  
luzione accettabile per tutte e

52 CRANIOSACRAL THERAPY NEL CICLO DELLA VITA

L'obiettivo principale nel Dialogo Immaginario Terapeutico sarà quello di ottenere il massimo benessere per la persona/ che si affida al Facilitatore e la massima connessione nell'amalgamarsi l'un l'altro e con l'universo (*amalgamarsi/blending & fondersi/melding*).

Nello specifico, attraverso il Dialogo Immaginario Terapeutico, ci si connette al Non-Conscio del paziente per:

*trasformare gli scenari distruttivi che possono emergere da situazioni di separazione, perdita e lutto, in nuove potenzialità costruttive per il presente e per il futuro della persona.*

## Obiettivi e Tecnica

*Perché si adotta il Dialogo Immaginario Terapeutico?*

Principalmente per:

- lasciar fluire l'energia legata all'emozione distruttiva che ha compromesso il benessere della persona e la sua capacità di utilizzare le risorse positive/costruttive;
- imparare a percepire la voce del Non-Conscio, emerso tramite il Fattore Significativo;
- essere in grado di facilitare il dialogo tra il conscio e il Non-Conscio;
- acquisire familiarità con i termini del linguaggio del Non-Conscio (simbolismi reali o astratti);
- distinguere i tipi di energia (*sin tropica / costruttiva, oppure, entropica / distruttiva*) correlata alle emozioni;
- facilitare la trasformazione dell'energia distruttiva in energia costruttiva per la persona;
- facilitare le risorse positive che possono comunque emergere da scenari di separazione e/o perdita, trasformando gli scenari distruttivi in potenzialità costruttive per il presente e il futuro.

*Come si sviluppa un Dialogo Immaginario Terapeutico?*

Per avviare efficacemente il Dialogo Immaginario Terapeutico è utilissimo servirsi del *Fattore Significativo* all'inizio della sessione.

CRANIOSACRAL THERAPY NEL CICLO DELLA VITA 53

Qui di seguito viene proposto un protocollo di 10 punti che vuole essere solo uno strumento di sintesi, che indica ciò che già il Facilitatore utilizza nei trattamenti di Rilascio Somato-Emozionale - SER.

## Protocollo in 10 punti per il Dialogo Immaginario Terapeutico

- 1 - Fate una valutazione e chiaritevi le idee sull'approccio.
- 2 - **Inducete un rilassamento con il CV-4 e altre tecniche di rilassamento a seconda dell'indicazione.**
- 3 - Cercate di mettervi in sintonia con il paziente.

- 4 - Invitate con l'intento l'intervento dell'immagine  
(interpellando il Medico Interiore, o Sé Superiore, o Guida, ecc.).
- 5 - Cercate di favorire il dialogo fra i vari livelli di coscienza.
- 6 - Utilizzate il dialogo in modo terapeutico.
- 7 - Identificate il conflitto.
- 8 - Cercate di negoziare una soluzione accettabile delle discordanze interiori.
- 9 - Esprimete gratitudine per la possibilità di dialogare con i vari livelli di coscienza.
- 10 - Concludete la sessione con un piano d'azione, allo scopo di acquisire una migliore comprensione della vita quotidiana.

*Congedatevi con un sorriso portando leggerezza rispetto temi affrontati nella sessione e, se la situazione lo consente, fate un bel sorriso o, meglio, fate una bella risata assieme al paziente!*

*Posizione delle mani:*

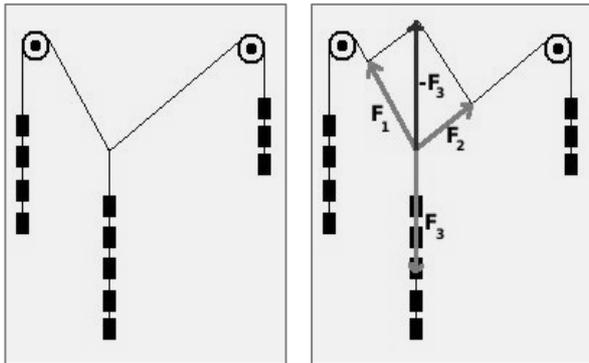
Iniziate posizionando le mani, simmetricamente parallele, in una delle 4 principali stazioni d'ascolto (es.: sul cranio, o sulle spalle), o in qualunque altra parte del corpo.

## I VETTORI E IL SISTEMA VETTORE/ASSE

### Definizione originaria di vettore

Tutti conoscono i vettori come “un’espressione” della fisica e/o della matematica (si pensi ai piani cartesiani studiati a scuola). Ed è, in effetti, a questa “espressione” che si è ispirato il Dott. Upledger per definire il Sistema Vettore/Asse nel corpo umano, infatti:

- in *matematica* il concetto di vettore nasce dall’idea intuitiva di una grandezza fisica (come ad esempio spostamento, accelerazione e forza) caratterizzata da intensità, direzione e verso nello spazio tridimensionale;



- in *fisica* i vettori sono comunemente usati per indicare grandezze che sono completamente definite solo quando sono specificati sia una magnitudine (o modulo) che una direzione ed un verso rispetto ad un altro vettore o ad un sistema di vettori.

(Sopra l’immagine grafica di un esperimento tra i più semplici sui vettori, che si attua semplicemente con fili provvisti di pesi e carrucole, e che ci illustra la scomposizione di una forza nelle sue componenti)<sup>[1]</sup>.

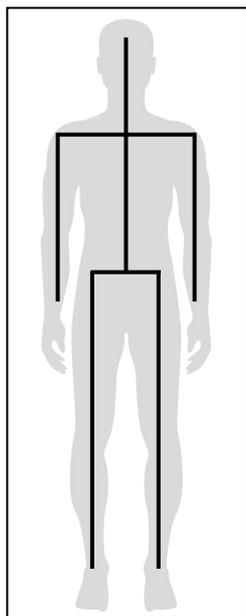
In seguito, vedremo come si applica in CST la definizione dataci dalla fisica, in cui un vettore è un ente caratterizzato da: **un modulo** (lunghezza del segmento), **un verso** (la freccia), **un punto di applicazione** (se consideriamo il punto di applicazione diremo che il vettore è *applicato*)<sup>[2]</sup>.

Nel corpo umano, come ci insegna il Dott. Upledger, questi concetti si possono adattare per valutare l’impalcatura energetica della persona, in modo funzionale ad effettuare i trattamenti di Tecnica Cranio-Sacrale.

### L’utilità della valutazione attraverso il Sistema dei Vettori

Il Dott. Upledger definisce il sistema dei Vettori, nel corpo umano, come l’impalcatura energetica del nostro corpo. Quando il sistema è energizzato adeguatamente c’è una attrazione magnetica tra il corpo fisico e il Vettore.

I Vettori sono comunque un altro dei metodi di valutazione offerti dalla CST al Facilitatore che, servendosi di essi, può tracciare uno schema energetico della persona e capire dove il Vettore (flusso energetico vitale della persona) si interrompe, o devia dall’Asse del Sistema Vettore/Asse determinando un’alterazione del flusso energetico vitale.



È come se immaginassimo, all’interno del corpo, l’alveo di scorrimento di un fiume con i suoi affluenti e, fino a che ogni corso d’acqua mantiene la sua direzione e la sua portata, l’alveo mantiene il suo scorrimento ordinario ma, nel caso in cui ci fosse una qualunque causa che ne determini una deviazione, si altererebbe il normale scorrimento del flusso d’acqua.

Vedremo più diffusamente in seguito che eventi come quelli che definiremo: “piccole morti” (es.: traumi, disfunzioni, Cisti Energetiche, lesioni passive o croniche, ecc.) contribuiscono a provocare l’interruzione del “continuum energetico vitale” e provocano un disequilibrio energetico, che si manifesta nel sistema Vettore/Asse, modificando l’intera impalcatura energetica del corpo.

L’impalcatura energetica può riflettere la funzionalità dell’impalcatura fisica e viceversa. Facciamo un esempio: pensiamo ad una lesione osteopatica (una disfunzione funzionale delle strutture ossee che formano l’impalcatura del corpo), se il Sistema Vettore/Asse non è correttamente posizionato potrebbe inibire il riassetto dell’impalcatura ossea, o potrebbe riproporre la lesione poco dopo il suo ripristino, impedendo un assestamento duraturo.

### Come visualizzare i vettori

Le linee energetiche dei vettori possono essere visualizzate in molti modi, dipende dalle diverse capacità intuitive e di visualizzazione delle persone, ognuna con il proprio modo di *“immaginare, percepire, visualizzare”*.

I Vettori possono essere visualizzati anche indipendentemente dal tocco del Facilitatore, ma ricordiamoci comunque che in CST: *“le mani sono gli occhi del Facilitatore”*. Quindi, ci sono due modi per visualizzare/percepire i vettori in una persona: col criterio squisitamente energetico, oppure con il tocco.

Ad esempio, il Dott. Upledger visualizzava i vettori come linee scintillanti che potevano restare all'interno del corpo oppure anche uscire dai contorni fisici del corpo del paziente. Altre persone percepiscono queste linee come fossero linee di diversi colori, o come *“segni di matita”* sopra il corpo, o ancora come aste filiformi di legno o di metallo all'interno del corpo.

Per comprendere come avviene la visualizzazione dei vettori, potremo fare l'ennesima analogia con i meridiani ed i paralleli della terra, rapportandoli al corpo, ma eliminandone la curvatura. In questo modo, quando la persona è in una posizione anatomica retta (sia in piedi sia distesa) con le mani lungo i fianchi e le gambe unite, avremo degli *“incroci”* di linee rette orizzontali e verticali. Ora immaginiamo che alle estremità delle linee orizzontali, internamente al corpo, partano delle ulteriori linee verticali che scendono, in linea retta verso il basso, una per ogni arto (sia superiore sia inferiore) centralmente all'arto stesso. Le intersezioni delle linee, formano angoli di 90°. Ecco... ora abbiamo la nostra mappatura di base per i Vettori.

### **Disallineamento o interruzione delle linee vettoriali**

In una situazione ottimale, le linee restano comprese nella prima mappatura di base che abbiamo descritto. Un'interruzione nella continuità del vettore, o piegatura o disallineamento, rappresenta un segnale inequivocabile di mancanza di fusione tra corpo fisico ed impalcatura energetica e la conseguente ed inevitabile presenza di disfunzioni, come ad esempio le Cisti Energetiche che possono continuare ad interrompere la sua organizzazione ed integrità.

### **Sistema Vettore/Asse**

Normalmente, ma non sempre, i Vettori sono dotati di: un loro movimento, una loro forza energetica e una loro direzione. Per cui potremo dire che i Vettori hanno un loro Asse su cui si allineano o si spostano. Quindi potremo parlare dei Vettori anche in rapporto al loro Asse e, il loro insieme (direzione e forza energetica), forma il Sistema Vettore/Asse.

### **Integrazione e allineamento Vettore/Asse**

La tecnica di Allineamento e Integrazione Vettore/Asse, presuppone innanzitutto una predisposizione del Facilitatore alla fiducia nelle proprie capacità di espandere i propri limiti sensoriali. Molto spesso lo stesso facilitatore pone a se stesso un limite/blocco d'intuizione e visualizzazione. Per ovviare a questa auto-limitazione nella sperimentazione e nell'espansione dei propri limiti, occorre contattare una parte di se stessi che spesso si relega in uno spazio subalterno della consapevolezza: la capacità di immaginare, seguendo con fiducia l'intuizione e trasformandola poi in azione. Non immaginate nemmeno quali universi potreste scoprire allenandovi a seguire questo suggerimento.

### **Obiettivi e Tecnica**

*Perché si utilizzano i Vettori?*

Quando percepiamo un disallineamento rispetto all'asse, o un'interruzione di flusso energetico lungo il Vettore, sarà nostro compito riposizionare il vettore nel suo assetto corretto. Il disallineamento del Vettore o l'interruzione del flusso energetico, può essere provocato da una Cisti d'Energia. Andremo quindi ad individuare dove è posizionata la Cisti Energetica e risaliremo alla causa o alle concause che l'hanno generata, per dissiparla e ripristinare il flusso energetico.

*Quali sono gli obiettivi terapeutici?*

1. valutare l'impalcatura energetica (*continuum energetico vitale*) della persona
2. riallineare i Vettori rispetto al proprio Asse
3. ristabilire e favorire il corretto scorrimento del flusso energetico nell'organismo.

*Come si utilizza il tocco per percepire/visualizzare i Vettori?*

Tra i vari modi di "visualizzare" i vettori, uno è senz'altro quello di percepirli attraverso il tocco.

Se si hanno delle difficoltà a visualizzare energeticamente le linee dei Vettori, ci si può affidare alla percezione del Sistema Vettore/Asse attraverso la palpazione.

La stazione d'ascolto che più spesso viene utilizzata, per percepire e valutare il Sistema Vettore/Asse, è quella dei piedi. Da quel punto di "osservazione" si possono idealmente percepire e percorrere le linee Vettoriali nel corpo e, nel contempo, percepirne le eventuali interruzioni o modificazioni, rispetto al loro Asse.

Per allineare il Sistema Vettore/Asse, potremo servirci di tecniche di mobilizzazione del corpo o di altre tecniche (come vedremo in seguito) utili al ripristino della corretta posizione dei Vettori (come nel libro del Dott. Upledger: *Rilascio Somato-Emozionale e oltre - Il Trauma e la Mente*).

*Come si applica la tecnica?*

1. iniziare la valutazione ponendo le mani simmetricamente sulla parte dorsale dei piedi
2. visualizzare i Vettori nel Sistema Vettore/Asse
3. riallineare i Vettori nel Sistema Vettore/Asse, eliminando la causa del disallineamento.

## IL SISTEMA RETICOLARE E IL SAR - *SISTEMA DI ALLARME RETICOLARE* -

Abbiamo nominato il *Sistema di Allarme Reticolare (SAR)* che è un sub-sistema del "*Sistema Reticolare*" e che si attiva e risponde in caso di impulsi e sollecitazioni esterne.

Il *Sistema Reticolare* è connesso al Sistema Limbico.

È il sistema maggiormente collegato allo stato di *stress*. Può essere influenzato già in feto dagli *stress* emotivi della madre e conservarne la memoria.

*Si dovrà tener conto della memoria degli stress (anche eventualmente in feto) quando si avrà modo di affrontare le reazioni mentali a*

Per chi crede nella reincarna

CRANIOSACRAL THERAPY NEL CICLO DELLA VITA 73

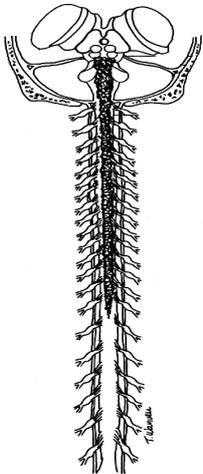
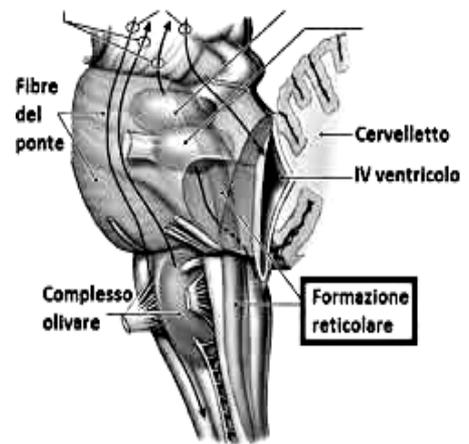
precedenti. Quindi nella propria memoria, il Sistema Reticolare, conserva e riconosce per analogia i fattori di stress e li vive come il richiamo o l'accumulo agli stress precedenti.

*Risponde agli stimoli di paura, lotta, attacco/fuga.*

Si collega al "*Sistema Limbico*" e al "*Cervello Rettiliano*". È in rapporto con strutture fondamentali tra le quali: *Bulbi Olfattivi, Talamo, Ipotalamo, Ippocampo, Amigdala*, che esamineremo in seguito.

Esso si occupa anche di funzioni vitali quali la pressione sanguigna e il dormiveglia.

Il Sistema Reticolare ha dunque influenza su ogni altro sistema del corpo umano, dal cardiovascolare al gastrointestinale, dall'endocrino al sistema emozionale.



Il "*SAR - Sistema d'Allarme Reticolare*" è la condizione in cui il Sistema Reticolare rileva una situazione di pericolo, oppure di "*evitamento*" del pericolo e lo fa attraverso le informazioni trasmesse dalla "*Formazione Reticolare*".

La *Formazione Reticolare* è una struttura neurologica a forma di rete, che si trova nel tronco dell'encefalo e attraverso la quale passano tutti gli input/output che vanno al cervello, e dal cervello ripartono inviando la risposta alla periferia.

Il SAR coinvolge il Nervo Trigemino (V Nervo Cranico) e, di conseguenza, l'Apparato Masticatorio (ATM), che è funzionale alla sopravvivenza. Anche queste strutture organiche saranno considerate in seguito.

## LA MEMORIA CELLULARE, IN FEEDBACK

Abbiamo accennato alla *Memoria Cellulare*; è un argomento che avrebbe bisogno di essere sviluppato ben oltre le poche righe di un capitolo e che coinvolge altri molteplici argomenti di studio, tanto da innescare una reazione a catena. Non potendo sviluppare adeguatamente l'argomento in questo contesto, inseriremo qui di seguito solo dei brevi feedback, utili ad accennare ciò che ora desideriamo considerare per rimarcare almeno alcuni concetti/argomenti/aspetti/discipline che valutano l'influenza dello *stress* (*trauma*, *cambiamento traumatico di stato*) nella *Memoria Cellulare*.

**EPIGENETICA:** (dal greco ἐπί, *epì*, «sopra» e γεννητικός, *gennetikòs*, «relativo all'eredità familiare») è una recente branca della ricerca nella genetica, a complemento degli studi genetici tradizionali, che si occupa dei cambiamenti che influenzano il fenotipo senza alterare il genotipo. Cioè, studia l'ereditarietà "instabile" che costituisce la risposta agli stimoli intrinseci ed ambientali e che rende gli organismi adattabili rapidamente ai cambiamenti fisiologici ed ambientali, attraverso modificazioni che fanno variare l'espressione dei geni senza peraltro creare un'alterazione delle sequenze nucleotidiche del DNA. <sup>[9]</sup>

Arthur Riggs ha definito l'Epigenetica come: "*Lo studio dei cambiamenti mitotici e meiotici ereditabili che non possono essere spiegati tramite modifiche della sequenza di DNA.*" <sup>[10]</sup>

Sir David Charles Baulcombe, professore della *Royal Society* e capo del Dipartimento di Scienze Botaniche presso l'Università di Cambridge, si esprime in questo modo rispetto all'Epigenetica: "*Il DNA è centrale e l'Epigenetica è un evento "collaterale", ma importantissimo per il DNA.*

*Tradizionalmente si pensava che i geni portassero solo alla codifica delle proteine ma ora sappiamo che nelle sequenze geniche ci sono anche informazioni per specifici RNA regolatori. L'Epigenetica fornisce una memoria molecolare della nostra esperienza passata. Tra i più potenti induttori di mutazioni trasmissibili vi è lo stress - probabilmente tutte le forme di stress sia quello fisico che psicologico.*" <sup>[11]</sup>

Epigenetica e le correlazioni molecolari coinvolte nel processo omeostatico: "*Le ricerche attuali stanno specificando i tipi di segnali esterni capaci di indurre l'emergenza di un'attività Epigenetica e i correlati meccanismi molecolari. Un numero crescente di ricercatori è convinto che la chiave per capire l'evoluzione delle specie e delle loro popolazioni stia nello studio delle influenze dell'ambiente sui sistemi in sviluppo. Le ricerche sull'eredità Epigenetica e la plasticità fenotipica danno molto spazio al ruolo che ha l'ambiente nell'evoluzione ed entrambe in prospettiva sembrano convergere verso un'ecologia evolutiva dello sviluppo (Eco-Evo-Devo) focalizzata sulla relazione tra informazione genetica e informazione ambientale.*"

*Treccani, Enciclopedia della Scienza e della Tecnica* <sup>[12]</sup>

## I TRE CERVELLI /CERVELLO TRINO /CERVELLO TRIADICO, di MACLEAN.

Paul D. MacLean (1913 - 2007) medico statunitense, specializzato in neuroscienze, iniziò ad interessarsi al funzionamento del cervello per poter tracciare le correlazioni che esso ha riguardo l'istinto di conservazione, l'adattabilità all'ambiente, le reazioni "all'ambiente interno dell'uomo", le emozioni. Distinse tre fondamentali formazioni anatomiche del cervello:

- *Cervello Rettiliano*;
- *Sistema Limbico* (o *Cervello Mammaliano*, o *Paleomammaliano*);
- *Neocorteccia* (o *Cervello Neomammaliano*).

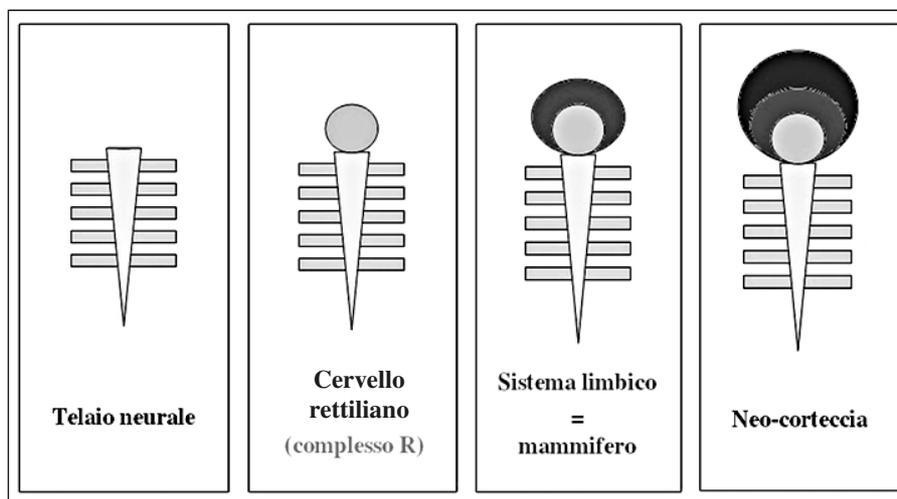
Ognuna di queste strutture, presiede e regola determinate funzioni ed ogni funzione ascritta alle suddette strutture è denominata "operatore".

Al *Cervello Rettiliano* afferiscono i bisogni e gli istinti primari e innati nell'uomo. Gli *operatori rettiliani* sono: isoprassico (*imitatore* e *mimetico*), specifico, sessuale, territoriale, gerarchico, temporale, sequenziale, spaziale e semiotico. Il *Cervello Rettiliano* è simile per anatomia e funzioni al cervello dei rettili e propone strutturalmente la parte più antica (500 milioni di anni) del cervello. Oltre alla regolazione delle attività riflesse, contiene le funzioni istintive necessarie per la sopravvivenza (la scelta e difesa del territorio, e l'istinto di lotta o fuga). La collocazione strutturale del *Cervello Rettiliano* nell'organismo umano risiede principalmente in: diencefalo, mesencefalo e nella parte iniziale del telencefalo.

Al *Sistema Limbico* afferisce l'emotività della persona; i suoi *operatori* sono *emozionali*: fobico, aggressivo, protettivo (cura della prole e richiamo materno), innamorato, ludico. È più recente rispetto al cervello rettiliano (si forma tra i 300 e 200 milioni di anni fa). Questa "zona" è più flessibile del cervello rettiliano, gestisce le emozioni come rabbia e paura ma anche l'istinto di autoconservazione che include la parte del nutrimento e della protezione dai pericoli dell'ambiente esterno. La collocazione del *Sistema Limbico* nell'organismo umano è principalmente nei: bulbi olfattivi, setto, fornice, ippocampo, amigdala, giro del cingolo, corpi mammillari.

Alla *Neocorteccia* afferiscono gli *operatori specifici dell'essere umano* cioè le funzioni che distinguono l'uomo dalle altre specie: olistico, riduttivo, generalizzatore, causale, binario, emotivo. È la parte più recente delle tre formazioni, (appare 200 milioni di anni fa nei primati umani). È la sede in cui si sviluppano: pensiero critico, linguaggio, capacità di adattamento, di apprendimento e di pianificazione a lungo termine. È la sede in cui si sviluppano anche: riflessione, ragionamento logico, pensiero astratto del sapere, idee e invenzioni, fantasia. Nell'organismo umano la *Neocorteccia* si inserisce a livello neocorticale ed è formata da materia neuronale.

Ogni "porzione" del *cervello trino* influisce sul comportamento dell'uomo e, anche se ogni sezione cerebrale presenta differenze strutturali e chimiche, interagisce comunque e collabora con le altre sezioni in modo da funzionare contemporaneamente insieme, proponendo così il "*cervello uno e trino*".



Gli stimoli traumatici (*stress*) nella vita dell'essere umano, possono alterare l'equilibrio funzionale dei "*tre cervelli*". La mancanza di integrazione delle funzioni del *cervello trino*, fa sì che l'individuo possa avvertire qualcosa di estraneo all'interno del suo pensiero, come qualcosa di indipendente dalla sua volontà, e di conseguenza reagire allo stimolo andando a potenziare, o a diminuire, il rapporto gerarchico di una formazione rispetto all'altra, fino a modificare l'eredità di disposizioni comportamentali nella specie.<sup>[21]</sup>

## L'Organismo Vivente

*In attesa di una definizione formale di "vivente", anche una definizione come quella di Pietro Omodeo (1996), dove sono riassunti e interconnessi, per così dire, gli 'universali biologici' di (quasi) tutti gli organismi, può servire a mettere in risalto gli attributi empirici sufficienti a specificare la materia vivente e il suo comportamento: "Vivente" è un Sistema Aperto, cellulare, delimitato da un confine selettivo, percorso da flussi autoregolati di materia, energia e informazione, grazie ai quali è suscettibile di riprodursi e di evolvere attraverso le generazioni, adattandosi ad ambienti mutevoli".*

*Enciclopedia Treccani, della Scienza e della Tecnica* <sup>[22]</sup>

Ogni Organismo Vivente, nella definizione più generalmente condivisa, deve corrispondere a determinate caratteristiche biologiche generali, tra cui:

- *Evoluzione* – progredisce, si sviluppa, si trasforma attraverso la propria *Capacità evolutiva* perché può variare il proprio insieme di geni che costituiscono il DNA, proprio o di una popolazione (genotipo), o le caratteristiche quali morfologia e sviluppo delle proprietà biochimiche e fisiologiche (fenotipo);
- *Ordine* – è strutturato;
- *Codifica* – ha insite le informazioni/istruzioni di controllo per la sua struttura e funzione;
- *Crescita e sviluppo* – può accrescersi in modo autonomo perché ha *Capacità di riprodursi* e può originare organismi simili all'organismo adulto, con la stessa capacità di riproduzione;
- *Energia* – assimila, trasforma e cede energia all'ambiente, in quanto è un sistema termodinamico;
- *Sensibilità, Motilità* – è in grado di rispondere agli stimoli esterni;
- *Regolazione* – mantiene autonomamente l'*Omeostasi*.

Abbiamo già incontrato il concetto di *Omeostasi* (e ne parleremo ancora sotto vari aspetti). Ora desideriamo approfondirne la definizione, per sottolineare quanto sia importante il ruolo della CranioSacral Therapy, in qualunque fase del Processo Biologico nel Ciclo Vitale, nell'azione che può esercitare sull'organismo della persona, intesa ovviamente come "*Sistema Aperto Essere Umano*".

OMEOSTASI. Per approfondire questo concetto, alla luce di quanto esposto fino ad ora, diamo qui di seguito alcune delle definizioni più note.

*"L'omeostasi è la capacità di un sistema aperto di regolare il suo ambiente interno al fine di mantenere condizioni stabili grazie a molteplici adattamenti di equilibrio dinamico controllati da meccanismi interconnessi di regolazione. Tutti gli organismi viventi, sia unicellulari che pluricellulari, mostrano capacità di omeostasi.*

*Per mantenere l'equilibrio dinamico e svolgere efficacemente alcune funzioni, un sistema deve essere in grado di rilevare e rispondere a eventuali "perturbazioni". Dopo il rilevamento di una "perturbazione", un sistema biologico normalmente risponde attraverso un "feedback negativo". Ciò significa che, in base alla "perturbazione", il sistema riduce o aumenta l'attività di un organo o di un sistema al fine di neutralizzare la perturbazione stessa. ... "* [23]

Le "perturbazioni", a cui si accenna, possono essere oggettive, di origine fisiologica o ambientale (nel senso più ampio del termine), ma anche soggettive cioè emotive e/o traumatiche. Mantenere l'equilibrio fisico/organico/psico-emotivo/adattativo della persona, in modo costante e crescente potenziandolo, tanto quanto ci è permesso, per "*facilitare*" la persona nell'affrontare le fasi (note ed ignote) del proprio Ciclo Vitale, è uno degli obiettivi che ogni Facilitatore è tenuto a rispettare.

## **Le dinamiche evolutive e la Memoria Cellulare**

Nello sviluppo della persona, i fattori determinanti rispetto alla sua crescita evolutiva sono molteplici. Altrettante discipline scientifiche e mediche si prendono cura di questi fattori. Vediamone solo alcune, che potrebbero aiutarci ad ampliare la comprensione di quanto complesso (e soggettivo) possa essere l'equilibrio e il mantenimento omeostatico nell'evoluzione di ogni persona durante il suo Ciclo Vitale.

Di per sé la definizione di "*evoluzione*" in *Biologia* (*scienza che studia i processi fisici, chimici ed emergenti dei fenomeni che caratterizzano i sistemi viventi*) e nelle *Scienze Naturali* (*che studiano gli aspetti fisici, chimici e biologici sia della Terra, dell'Universo e delle varie forme di vita, uomo compreso*), vede tutti gli organismi viventi soggetti al fenomeno della crescita che accompagna lo stato di un organismo fino alla cessazione delle funzioni che lo caratterizzano e, per l'essere umano, il fenomeno evolutivo si estende durante l'attività del suo Processo Biologico nel Ciclo Vitale, dalla nascita, alla maturità, alla morte. Ma esiste un "*patrimonio*" che non si esaurisce con la morte di un organismo, bensì sopravvive come memoria genetica e cellulare, determinando l'evoluzione, la modificazione e la trasformazione di tutti gli organismi. Tale patrimonio, nell'uomo, può assumere una configurazione diretta (come patrimonio genetico relativo alla progenie), o indiretta e trasversale (relativa alle influenze ambientali e/o all'interazione con fattori casuali, e/o attraverso contaminazioni) che determinano variazioni rilevabili sia in modo diacronico (nello sviluppo temporale) che sincronico (nel momento iniziale e in quello finale).

**MEMORIA CELLULARE.** La Memoria Cellulare registra i ricordi traumatici. Sintomi d'ansia e dolore possono avere la loro sorgente nella mente inconscia (nel nostro Non-Conscio) ed essere "immagazzinati" nelle cellule di tutto il corpo e non solamente "localizzati" o conservati in specifiche aree del cervello come,

invece, si riteneva in passato. Studi fatti dai ricercatori della Southwest University Medical Center di Dallas, in Texas, hanno indicato la Memoria Cellulare come la principale fonte delle malattie nell'organismo umano. Nella Memoria Cellulare, all'interno dell'organismo di un individuo, sono presenti anche le memorie generazionali e, quindi, nell'organismo di un individuo vengono conservati anche i ricordi del vissuto, dei traumi e degli *stress*, tramandati dalle precedenti generazioni. I meccanismi che fanno riemergere la Memoria Cellulare di un vissuto prevalente e non personale, agiscono attraverso percorsi neuronali, che si attivano in presenza della riproposta di uno stimolo noto (uguale o simile) e ripropongono a loro volta la reazione già nota e sperimentata. Così come i processi neuronali già noti al nostro organismo inducono a riproporre una matrice dalla componente emotiva negativa/distruttiva come reazione ad un trauma (sia fisico sia emotivo), una volta riconosciuta e presa coscienza dell'origine, ugualmente si possono creare e innescare i processi neuronali che "riprogrammano" la reazione e determinino una modificazione e una trasformazione della matrice comportamentale originaria (da negativa/ distruttiva a positiva/costruttiva).

Un ulteriore aspetto della Memoria Cellulare è stato preso in esame dalla fisica quantistica che vede un campo energetico nella Memoria Cellulare collettiva, generata dalle memorie cellulari individuali.

Da *Max Planck* (che per la prima volta nel 1900 teorizzò che l'energia fosse formata da particelle di materia invisibili che chiamò "*Quanti*") passando ad *Albert Einstein* (che confermò la tesi di Planck con "*l'effetto fotoelettrico*"), ad *Alain Aspect* (che sviluppò la teoria con "*l'esperimento della doppia fenditura*" e con "*l'effetto tunnel*" e il "*dualismo onda-particella*"), i fenomeni quantistici sono stati applicati sia in fisica sia in chimica che in medicina e studiati anche in Biologia e, per quest'ultima, sono stati osservati e rilevati la sovrapposizione di stati e l'effetto tunnel in molti processi biologici. Oggi è certo che gli eventi quantistici sono fattori determinanti per l'ereditarietà, dato che il codice genetico è "*scritto con particelle quantistiche*" e che i "*geni quantistici*" codificano le funzioni di ogni organismo vivente.

*Piero di Giorgi* (Psicologo specializzato in psicologia clinica dell'età evolutiva), commentando il libro dal titolo "*La fisica della vita – la nuova scienza della Biologia Quantistica*", scrive: "*Anche tutte le informazioni depositate nella memoria sono "entangled" (impigliate) e restano collegate non localmente, rimanendo in questo modo in comunicazione per sempre; cioè, costituiscono un'unica onda quantistica.*

*La memoria ha una base quantistica e gli eventi quantistici hanno un carattere olistico. La memoria, cioè, deriverebbe da un processo di entanglement quantistico. Ogni frammento d'informazione è collegato a tutti gli altri simultaneamente. Se la memoria è olografica e costituisce un unico campo quantistico, tutte le informazioni e gli eventi si mantengono in inconscia sovrapposizione di stati con uguale probabilità, fino a quando arriva una nuova informazione che interagisce con la memoria inconscia e con l'insieme di ricordi diffusi olograficamente e fa scattare la "decoerenza", le sovrapposizioni di stati diversi collassano in un solo stato, dandoci le percezioni macroscopiche classiche (quel volto, quell'oggetto, quell'idea). La sovrapposizione di stati, corrispondenti a tante configurazioni classiche, una per ogni fluttuazione, si riduce a quell'unico atto di coscienza. La coscienza è il punto critico in cui le sovrapposizioni di stato collassano in stati classici. Ovviamente, ricorrendo all'inconscio si sottolinea il ruolo che svolgono le emozioni e la vita affettiva sia sulla memoria sia sulla coscienza."* [24]

## **CST - CRANIOSACRAL THERAPY E SER® - SOMATOEMOTIONAL RELEASE® E IL RUOLO DEL FACILITATORE NEI CAMBIAMENTI “STRESSANTI”**

In questo contesto, in cui stiamo sempre esplorando le potenzialità della CST e del SER applicati in scenari di separazione, perdita, abbandono, lutto, il ruolo del Facilitatore, che pratica e applica queste discipline, si delinea attraverso protocolli e principi ben precisi.

Nonostante ogni persona sia un'unicità irripetibile, ed allo stesso modo il trattamento che riceverà dal Facilitatore sarà unico ed irripetibile, vi sono dei criteri specifici da cui il Facilitatore non potrà prescindere:

1. percepire la voce del Non Conscio della persona che si affida alle sue cure, attraverso il Fattore Significativo;
2. facilitare il dialogo tra il conscio e il Non Conscio della persona;
3. facilitare le risorse positive che possono comunque emergere da scenari di separazione e/o perdita, abbandono, lutto, trasformando gli scenari distruttivi in potenzialità costruttive per il presente e il futuro di ogni persona.

In CST e SER si lavora sull'emotività delle situazioni che si presentano.

Il Facilitatore, come ha insegnato il Dott. Upledger, seguendo le indicazioni del Medico Interiore (il Sé superiore) della persona, facilita gli innati meccanismi auto-correttivi dell'organismo.

Spesso il paziente si presenta con un sintomo fisico che apparentemente non ha alcuna attinenza con situazioni riconducibili alla separazione, all'abbandono o alla perdita e alla conseguente fase di lutto.

Altrettanto spesso, lo stesso paziente, non è assolutamente cosciente delle reali cause che hanno provocato quel particolare sintomo fisico, per il quale ha deciso di affrontare un trattamento.

In questi casi, l'attenzione del Facilitatore dovrà prima di tutto focalizzarsi su di sé e sull'importanza di assumere il corretto atteggiamento (*corretta attitudine*) nei confronti del paziente. Dovrà quindi trasformare ogni suo possibile atteggiamento superficiale, egoico o autoreferenziale, in un atteggiamento positivo/costruttivo, per poter gestire ogni contesto che il paziente vorrà manifestare. Soprattutto dovrà essere perfettamente cosciente che sarà tenuto ad affrontare il delicato ed importantissimo tema *“delle emozioni e dei vissuti della persona che ha davanti a sé”*.

Per comprendere meglio questo approccio a cui è tenuto il Facilitatore, dovremo innanzi tutto dare una definizione di *“energia delle emozioni”* che il paziente potrebbe manifestare e il Facilitatore sarà chiamato a gestire.

L'energia trattenuta o espressa nelle emozioni distruttive (rabbia, paura, odio, possessività) è *esattamente la stessa* che costituisce anche le emozioni costruttive (calma e rilassatezza, gioia, serenità e sicurezza). Per conservare il potenziale energetico interno della persona e facilitarla nel migliorare la fiducia in sé stessa, non si adatteranno tecniche di evitamento o, al contrario, intimazioni per analizzare l'emozione che si presenta, bensì, si andrà a convertire/trasformare l'emozione che si manifesta con una connotazione distruttiva, nel suo antagonista: il suo potenziale energetico costruttivo.

A questo punto è necessario spiegare perché le emozioni di cui parliamo non vengono definite dal Facilitatore come “positive” e/o “negative” bensì: *“costruttive”* e *“distruttive”*.

Per farlo, citiamo un brano tratto dal libro: *“Rilascio Somato-Emozionale e oltre: il Trauma e la Mente”*, scritto dal Dott. John E. Upledger.

- *“Rabbia, odio, gelosia, paura, risentimento, sono negative. Gioia, amore, speranza, serenità e così via, sono positive. Ho notato un po' di confusione usando le parole “negativa” e “positiva” in quanto descrizioni di emozioni.” - (omissis)*

- *“La rabbia può darvi una forza sovrumana per combattere contro Hulk, se vi attaccasse. Ma quando questa rabbia è continua e costante, diventa distruttiva. La rabbia consuma: ha bisogno del vostro cuore, dei vostri polmoni, del vostro fegato, del vostro colon, di tutto il vostro corpo. Lavora come il sistema nervoso simpatico. Vi salverà la vita in caso di emergenza o in caso di stress, ma potrebbe anche accelerare la vostra morte. Diventa distruttiva quando l'emergenza è finita e la vostra vita verrà risparmiata. Odio, rabbia, gelosia, paura e colpa consumeranno e distruggeranno coloro che le provano, se questi le coltiveranno.”*

- John Edwin Upledger

Questa è la ragione per cui è più appropriato descrivere le emozioni come *distruttive* o *costruttive*, anziché negative o positive e, quindi, andremo anche a sfatare l'equazione che molto spesso viene usata erroneamente: *positivo = favorevole / negativo = sfavorevole*.

Si può facilitare il paziente nel lasciar emergere la sua emozione, sostenendolo mentre fluisce l'energia di cui l'emozione è composta, piuttosto che indurlo o incitarlo con veemenza ad esternarla.

Non appena la componentistica energetica distruttiva (*energia entropica*) dell'emozione affiorerà, la si potrà neutralizzare attraverso l'intento del Facilitatore, che in accordo con il Non Conscio del paziente, la convertirà poi in energia (*sintropica*) utilizzabile a scopi costruttivi.

A volte il paziente non è consapevole dell'emozione trattenuta e correlata al sintomo ed in questo caso il compito del Facilitatore sarà quello di dar voce al Non Conscio del paziente e, attraverso di esso, rendere il paziente consapevole della causa o delle concause che lo hanno portato alla manifestazione del sintomo. È palese che nel caso di emozioni costruttive come: felicità, gioia, serenità e simili, non si avrà bisogno di intervenire.

La Medicina Tradizionale Cinese ci fa osservare come specifiche emozioni si accumulino in specifici organi del corpo. Queste corrispondenze tra organi interni ed emozioni, che vedremo più avanti nel testo, vengono definite dal Dott. Upledger come: "*visceroemozionali*".

In ogni caso, occorre definire esattamente cosa si intende per: *emozione*.

### **Le principali definizioni di emozione**

Le Neuroscienze hanno definito in epoca recente il processo del funzionamento emotivo, delineando un preciso contesto sistemico costituito da un insieme di componenti organizzate a cui afferiscono i processi emozionali percettivi, di monitoraggio e adattativi. Tale contesto comprende specifiche aree cerebrali e circuiti neurali tangibili, quanto quelli dei meccanismi sensoriali. Pertanto, le emozioni, per le Neuroscienze, sono a tutti gli effetti delle funzioni biologiche che hanno un ruolo importante nell'evoluzione degli esseri viventi e contribuiscono a garantirne sia la sopravvivenza sia la riproduzione. Le ricerche nel settore hanno inoltre evidenziato come la centralità delle emozioni semplici e positive siano utili allo scopo evolutivo della persona e della specie.

Definendo le emozioni è importante, però, fare la distinzione tra *emozioni* e "*sentimenti*", dato che, questi ultimi sono un prodotto della coscienza, una classificazione soggettiva che l'individuo attribuisce alle emozioni inconscie.

### **Organi, Sistemi, emozioni e Neuroscienze**

Procederemo con delle asseverazioni, tra le più significative, fatte da alcuni neuroscienziati e psicoterapeuti e sui loro studi clinici e ricerche scientifiche effettuate sulle strutture organiche coinvolte nel processo emozionale.

*"Le strutture che formano il nucleo dei sistemi generanti le emozioni nel cervello, coincidono con quelle che producono il nostro stato di fondo di coscienza. Queste strutture sono molto antiche da un punto di vista filogenetico e giacciono nelle regioni profonde del cervello, ossia nelle zone mediali e superiori del tronco encefalico."*  
Joseph LeDoux<sup>[35]</sup>

Joseph LeDoux (1949) è un neuroscienziato statunitense; dirige il "*Center for the Neuroscience of Fear and Anxiety*" di New York. Nei suoi studi ha preso in esame il funzionamento del *Sistema Limbico* in interazione con gli stati emozionali e lo ha correlato alle modalità d'espressione della personalità umana. Nel 1996, LeDoux ha teorizzato l'esistenza di una "*doppia via*" che, nei percorsi di trasmissione ed elaborazione delle informazioni, dagli organi sensoriali giunge al cervello e coinvolge principalmente due nuclei cerebrali: le *Amigdale* (un nucleo per ogni emisfero cerebrale).

Il primo percorso della "*doppia via*" (*la via bassa*) si attiva grazie agli organi di senso che recepiscono gli stimoli esterni, i quali vengono "tradotti" in sensazioni, percezioni ed impulsi elettrici ed inviati sotto forma di "informazioni" ai *Talami* (nuclei cerebrali al centro del cervello) dove avviene la prima fase di elaborazione. I *Talami*, successivamente, inviano altri impulsi elettrici verso le *Amigdale*, che elaborano ulteriormente le "informazioni" ricevute, producendo ulteriori nuovi e diversi impulsi elettrici, utili ad

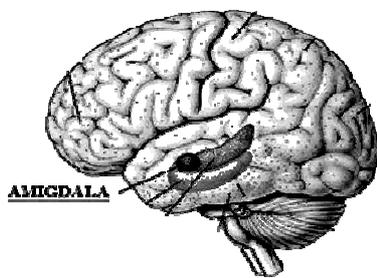
assegnare i “comandi” e i “compiti” che devono svolgere gli organi effettori (polmoni, cuore, muscoli, ecc.) a seguito delle diverse “informazioni” ricevute dalle *Amigdale*.

Gli organi effettori, a loro volta, producono l’immediata reazione di comportamento e azione, finalizzata ad esprimere l’emozione.

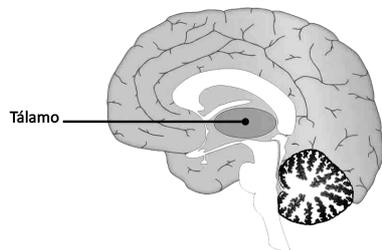
Il secondo “percorso” (*la via alta*) vede sempre i *Talami* elaborare gli impulsi arrivati dagli organi di senso (come per il primo percorso) ma, questa volta, i *Talami* invieranno i nuovi impulsi elettrici alla *Corteccia Cerebrale*, anziché alle *Amigdale*. Solo dopo che i nuovi impulsi sono arrivati alla *Corteccia*, vengono elaborati ed inviati anche alle *Amigdale*, che a loro volta li elaborano e producono ulteriori nuovi impulsi da inviare agli organi effettori per stimolare la reazione dell’organismo.<sup>[36]</sup>

In sintesi, la via diretta dal talamo all’amigdala, rende possibile una valutazione immediata dello stimolo esterno e quindi dà un’immediata risposta di attacco/fuga; mentre, la via più lunga dal talamo alla neocorteccia e poi all’amigdala, permette ai sistemi cognitivi superiori del cervello di dare una valutazione più dettagliata dello stimolo e delle sue relazioni con gli altri stimoli, rappresentazioni ed esperienze vissute, permettendo così una risposta emotiva più completa, articolata e cosciente.

“Allorché la risposta viene vissuta come sentimento cosciente, altri sistemi cognitivi di livello superiore offrono un’ulteriore opportunità per regolare la reazione emotiva (LeDoux 1996).”<sup>[37]</sup>

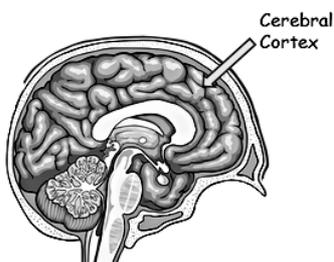


Le *Amigdale* (una per ogni emisfero cerebrale) hanno la memoria (*cellulare*) di ciò che è avvenuto durante i momenti di *sopravvivenza*. giocano un ruolo importante anche in un *contesto* emotivo di *aggressività*.



*Talamo* Seleziona gli impulsi sensoriali che vanno al cervello in particolare quelli emotivi.

Troppi impulsi mandano in disfunzione il Talamo.



*Corteccia Cerebrale* La comunicazione è il suo scopo fondamentale. Influenza le proposte cognitive alla risoluzione dei problemi, attraverso strategie specifiche dalla più semplice alla più complessa.

Le conclusioni di *LeDoux* suscitavano, all’epoca, la forte reazione del neuroscienziato *Paul MacLean*, padre del *Sistema Limbico* (menzionato al *Capitolo 6*, a proposito del “*Modello del Cervello Triadico*”). Infatti, *MacLean* imputava a *LeDoux* di trascurare alcuni aspetti delle emozioni e ciò accadeva perché *MacLean* non optava per una distinzione tra *emozioni* e *sentimenti*, afferendo entrambe esclusivamente alle strutture cerebrali e ai circuiti neuronali presenti nel *Telencefalo* e connessi al *Lobo Limbico*.

*LeDoux*, invece, delineava una netta distinzione tra *emozione* (derivante da uno stimolo primario) e *sentimento* (derivante dall’elaborazione cosciente dell’emozione inconscia), continuando comunque a riferirsi per entrambe al *Sistema Limbico* ma, nel caso del *sentimento*, contemplando anche una successiva elaborazione e trasmissione di informazioni alla Neo-Corteccia.

Ma è stato *Richard D. Lane*, professore di Neuroscienze, psichiatria e psicologia presso l'Università dell'Arizona, che nel 1998, al termine di una ricerca svolta assieme ai suoi collaboratori, fornì l'evidenza scientifica secondo cui i correlati neurali della consapevolezza emotiva includono l'attività della Corteccia Cingolata Anteriore.

*Lane* inizia nel 1990 la ricerca sulle funzioni cerebrali implicate nel processo emotivo, coinvolgendo le discipline della psicologia e della neurobiologia, al fine di delineare la natura della *consapevolezza emotiva* e dei meccanismi attraverso i quali l'*emozione* contribuisce alla salute fisica e mentale.

La sua ricerca lo ha portato ad ottenere un protocollo utilizzato come modello di base per studiare, valutare e lavorare con le *emozioni*.

Il modello è di tipo *cognitivo-evolutivo* e tratta le differenze individuali nell'esperienza emotiva e nell'espressione. Per ottenere

"*consapevolezza emotiva*" utili

CRANIOSACRAL THERAPY NEL CICLO DELLA VITA 119

Magnetica Funzionale (attiva a rilevare le aree cerebrali che si attivano durante l'esecuzione di un determinato compito) in interazione con la fisiologia periferica ed in particolare con il tono vagale e con l'integrazione neuro-viscerale, fino a considerare i meccanismi con cui l'*emozione* innesca la morte cardiaca improvvisa.<sup>[37]</sup>

Da questo modello, applicato alla sua esperienza clinica, intorno all'anno 2000, *Lane* ed i suoi collaboratori hanno sviluppato una scala di valutazione delle reazioni emotive, conosciuta come: "*LEAS - The Levels of Emotional Awareness Scale*" (scala dei livelli di consapevolezza emotiva), perseguendo la ricerca sui correlati comportamentali, neuro-anatomici e clinici della *consapevolezza emotiva*.

La *LEAS* divide la consapevolezza emotiva in cinque livelli principali:

"1) sensazioni fisiche, 2) tendenze all'azione, 3) emozioni singole, 4) miscele di emozioni, 5) miscele di miscele di emozioni. La scala pone situazioni evocative e interpersonali e induce alle descrizioni aperte delle risposte emotive, di sé e degli altri, che vengono poi valutate utilizzando specifici criteri strutturali applicati alle parole di connotazione emozionale utilizzate nelle risposte."<sup>[38]</sup>

Presso l'Istituto di Scienze Cognitive all'Università del Colorado Boulder, anche la direttrice e professoressa di psicologia *Marie T. Banich* sviluppa gli studi pubblicati da *LeDoux*, finalizzandoli alle "*Neuroscienze Cognitive e Comportamentali*". Più precisamente, conduce la sua personale ricerca con l'uso di tecniche di "*imaging*" cerebrale (diagnostica per immagini effettuata in radiologia). *LeDoux* affermava: "*La qualità della regolazione emotiva da parte del funzionamento cognitivo sembra essere determinata sia dalla qualità delle rappresentazioni del sistema cognitivo sia dalla forza delle vie neurali che vanno dalla corteccia prefrontale verso l'amigdala*".<sup>[39]</sup>

Il lavoro di *Marie T. Banich* si focalizza nel comprendere i sistemi neurali che ci consentono di dirigere la nostra attenzione e le nostre azioni in modo da poter stabilire le priorità, organizzare e indirizzare il nostro comportamento orientandolo verso gli obiettivi da raggiungere, delineando le abilità spesso definite "funzione esecutiva". I suoi studi sono comparativi ed esaminano sia individui sani sia individui con disturbi da deficit di attenzione, iperattività e problemi comportamentali, soprattutto in età considerata dalla TNPEE.<sup>[40]</sup>

- Le *Neuroscienze* moderne (o *Neurobiologia*) applicate alle *Scienze Cognitive e Comportamentali* abbracciano un territorio scientifico, sociologico, psicologico, vastissimo che comprende anche *“l'apprendimento emotivo”*, quest'ultimo va considerato sotto l'aspetto di un processo globale d'apprendimento che incorpora anche le *emozioni*, positive o negative, che indirizzano alla modalità dell'apprendere.
- 
- A noi ora potrebbe interessare semplicemente che le varie ricerche, fatte in ambito *neuro-scientifico* sulle *emozioni*, hanno rilevato che:
  - - le *Amigdale* sono fondamentali per l'elaborazione degli impulsi inviati dagli organi sensoriali, con una proiezione diretta che collega tra loro Talamo e Amigdale e una proiezione indiretta che collega Talamo, Corteccia e Amigdale e in entrambe le proiezioni (*via alta* e *via bassa*) sono coinvolti i neurotrasmettitori;
  - - tra i principali neurotrasmettitori responsabili delle nostre emozioni troviamo la *dopamina* (legata al piacere e alla gratificazione), la *serotonina* (associata a memoria, apprendimento, rilassamento), la *norepinefrina* (che mantiene bassi i livelli di stress e ansia);
  - - *emozione* e *cognizione* si attivano in aree cerebrali distinte, ma sono entrambe destinate ad incontrarsi al livello della *Corteccia Pre-Frontale*;
  - - prendere coscienza delle emozioni pregresse è fondamentale ai fini di poter affrontare, elaborare e superare un trauma emotivo o la componentistica emotivo-distruttiva di un trauma fisico;
  - - l'elaborazione e la trasformazione del trauma inizia quando l'emozione (positiva o negativa) si trasforma in energia costruttiva (sintropica).
- 
- Prendiamo ad esempio ancora uno studio pubblicato sulla rivista *“Review of General Psychology”*, fatto da una professoressa della *“University of North Carolina a Chapel Hill”*: la psicologa sociale Barbara Fredrickson (1964).
- *“Secondo la teoria dell'ampliamento e della costruzione delle emozioni positive elaborata da Barbara Fredrickson (nel 1998), le emozioni positive, alla pari di quelle negative, svolgono una funzione adattativa in quanto motivano l'uomo a svolgere delle attività che sono evolutivamente adattative. - Le emozioni positive non solo incrementano le risorse fisiche, intellettive e sociali, ma sono anche implicate nel migliorare lo stato di benessere della persona. Per esempio, se le esperienze emotive positive ampliano gli scopi del sistema cognitivo e favoriscono un modello di pensiero più creativo e flessibile, allo stesso tempo facilitano la capacità di far fronte agli stress e alle avversità della vita quotidiana.”*<sup>[41]</sup>

## Emozioni o sentimenti

Ancora un neuroscienziato: *Antonio Damasio* (1944), medico neurologo, neuroscienziato, psicologo e *uthern California University* e *CRANIOSACRAL THERAPY NEL CICLO DELLA VITA* 121 istituti di ricerca scientifica in campo biomedico globale), ha portato al mondo accademico e all'opinione pubblica l'apprezzamento delle emozioni nella loro attuale valutazione scientifica, pubblicando il libro: *“L'errore di Cartesio”*.

*“L'errore di Cartesio è stato quello di non capire che la natura ha costruito l'apparato della razionalità non solo al di sopra di quello della regolazione biologica, ma anche a partire da esso e al suo stesso interno.”*<sup>[42]</sup> *Damasio*, inoltre, definisce molto chiaramente la differenza tra *emozioni* e *sentimenti*, come ben descrive *Pietro Aquino* psicologo, musicoterapeuta e docente di neuro psicoanalisi, nel testo *“La neuropsicologia delle emozioni”*:

*“Mantenendo una netta separazione tra emozione e sentimento - che è l'esperienza mentale privata di un'emozione - è possibile affermare che:*

- *non si può osservare un sentimento in nessun altro, ma si può osservare un sentimento in se stessi quando, in quanto esseri coscienti, si percepiscono i propri stati emozionali;*
- *alcuni aspetti delle emozioni che danno origine ai sentimenti sono chiaramente osservabili;*
- *i meccanismi di base che sottostanno l'emozione non richiedono la coscienza: lo stesso verificarsi di un sentimento nella limitata finestra di tempo del qui e ora è concepibile senza che l'organismo in realtà ne conosca l'accadere;*

- non siamo necessariamente consci di che cosa induca un'emozione e non possiamo controllare un'emozione con la volontà, ossia possono verificarsi rappresentazioni al di sotto della consapevolezza e nondimeno esse possono creare risposte emotive;
- si può conseguire la capacità di dissimulare alcune delle manifestazioni esterne delle emozioni, ma mai diventare capaci di bloccare i mutamenti automatici che avvengono nelle viscere e nel nostro ambiente interno;
- lo scatenamento delle emozioni è completamente non conscio, il che spiega anche perché sono difficili da simulare consciamente, in quanto sono eseguite da strutture cerebrali profonde, sulle quali non è possibile esercitare alcun controllo volontario.

Dunque, sappiamo di avere un'emozione quando si crea nella nostra mente il senso di un self che sente (*feeling self*); mentre sappiamo di sentire un'emozione solo quando sentiamo che l'emozione è sentita come qualcosa che capita all'interno del nostro organismo.

Sentire un'emozione è una cosa semplice, poiché consiste nell'aver immagini mentali che nascono dagli schemi neurali che rappresentano le variazioni nel corpo e nel cervello che costituiscono un'emozione.

Ma sapere che abbiamo un dato sentimento, si verifica solo dopo aver costruito le rappresentazioni di secondo ordine, necessarie alla "core consciousness".

L'esperienza svolge un ruolo di primo piano in tutto questo, dal momento che ogni esperienza lascia delle tracce, non necessariamente coscienti, che richiamano in noi emozioni e sentimenti, con connotazioni positive o negative...

Damasio distingue tre "stati" fondamentali:

- 1) lo stato dell'emozione, scatenato ed eseguito in modo non conscio;
- 2) lo stato del sentimento, che può essere rappresentato in modo non conscio;
- 3) lo stato del sentimento reso conscio, ossia noto all'organismo che ha sia l'emozione sia il sentimento."

[43]

## L'importanza della consapevolezza delle emozioni

Nella CST è importante conoscere le *emozioni* e soprattutto distinguerle dai *sentimenti*. Prima di tutto sono le *emozioni* ad essere correlate a specifici organi e sistemi nell'organismo umano (in particolare con il *Sistema Limbico*) e potrebbero essere proprio le *emozioni* a causare delle disfunzioni fisiche ed energetiche nella persona. Inoltre, per focalizzarci nel Dialogo Immaginario Terapeutico del SER ed agire sulle possibili disfunzioni provocate dai traumi emotivi, dobbiamo riportare la persona alla *coscienza delle proprie emozioni*, che potrebbero essere alla radice del suo problema, spostando l'attenzione della persona dal sentimento, che è fuorviante e speculativo ed occulta la natura dell'emozione stessa. Inoltre, ancora una volta, consideriamo che: "Un solo stimolo, di qualsiasi tipo, per esempio uno stimolo che potrebbe spaventarci o renderci felici, una volta attivo e, molto spesso può esserlo persino in modo non conscio, stimola un insieme di risposte che alterano lo stato in cui si trovava l'organismo prima dell'inizio dell'interazione dello stimolo con l'organismo stesso." [44]

Ma allora quali sono le principali emozioni? Intanto nominiamone alcune, tra le principali, per altro considerando che erano state ampiamente valutate dalla Medicina Tradizionale Cinese, come vedremo affrontando poi i canali energetici dei Meridiani principali: serenità *versus* oppressione, gioia *versus* dolore, reattività *versus* angoscia, prontezza *versus* paura, concentrazione *versus* ansia, calma *versus* rabbia.

# I DUE EMISFERI CEREBRALI

## CONNESSI AL CORPO CALLOSO E AL SISTEMA NERVOSO CENTRALE

### Introduzione ai due Emisferi del Cervello

Nei capitoli precedenti abbiamo avuto modo di valutare alcuni aspetti delle emozioni ed abbiamo visto come spesso sono state contrapposte alla logica e, sul presupposto della contrapposizione, abbiamo esaminato la polarità per comprendere meglio la funzione degli opposti, soprattutto introiettando il concetto della loro naturale e necessaria interazione ed integrazione.

Stimoli diversi, nozioni e concetti, che apparentemente costituiscono una digressione da un percorso prefissato dal testo, in realtà sono i tasselli di un mosaico teorico-esperienziale che, progressivamente, forma l'immagine completa, tra scenari intuiti e contesti logici, in cui vedremo implicata ogni struttura, alla fine connessa e coinvolta nel trattamento di CST e SER.

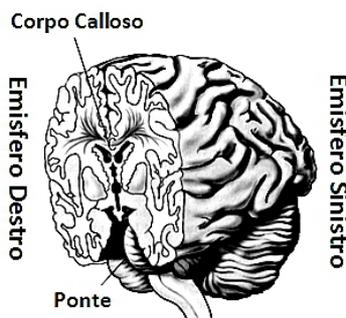
*Ma come fa il nostro Cervello a strutturare in modo "costruttivo" ciò che gli viene presentato, in un contesto così eterogeneo, rispetto ai temi di: separazione, lutto e perdita?*

Innanzitutto procediamo con un breve percorso di revisione a livello anatomico/fisiologico e funzionale a comprendere ciò che prioritariamente verrà coinvolto, a livello organico, mentre tratteremo i temi, le situazioni e gli scenari che coinvolgono la perdita, la separazione, la morte e il lutto.

### Il Cervello e i suoi due Emisferi

Il *Cervello* è l'organo principale del *Sistema Nervoso Centrale*; si occupa di parte della regolazione delle funzioni vitali ed è sede delle regolazioni omeostatiche.

Nell'uomo l'attività del *Cervello* dà vita alla *mente* con le sue funzioni cognitive superiori e, più in generale, alle funzioni psichiche ed emotive.



Il *Cervello* è diviso in due *Emisferi* [*Destro* (Dx) e *Sinistro* (Sx)]. L'*Emisfero Destro* e l'*Emisfero Sinistro* sono completamente separati tra loro e comunicano attraverso circa trecento milioni di *Fibre Assonali* (fasci di *Assoni*: questi ultimi sono conduttori di impulsi in direzione centrifuga rispetto al corpo cellulare) del *Corpo Calloso*.

I due *Emisferi* cerebrali sono simmetrici ma non identici.

- L'*Emisfero Sinistro* è:  
analitico, pratico, organizzato, logico e razionale.
- La parte sinistra gestisce il passato e il futuro.  
Funziona in modo lineare e metodico. Il suo compito è raccogliere dettagli nel presente e catalogarli e organizzarli. L'*Emisfero Sinistro* collega noi e il nostro mondo interno con quello esterno e separa il "mondo interno" dell'individuo dal resto del mondo che lo circonda.
- L'*Emisfero Destro* è:  
sintetico, artistico e creativo, spaziale, non verbale, globale, vivace.
- La parte destra è concentrata sul presente, sul "qui e ora".  
Pensa in immagini e apprende attraverso i movimenti del corpo. Le informazioni arrivano in quest'area sotto forma di energia e fluiscono simultaneamente attraverso il *Sistema Sensoriale* per poi dare la rappresentazione del momento presente: gli odori e i sapori, le sensazioni tattili e i suoni, le percezioni vive. Tramite la consapevolezza dell'*Emisfero Destro*, si percepisce un'energia connessa a tutto il resto dell'energia che ci circonda.

Le differenze tra i due *Emisferi* riguardano anche molte altre attività cognitive come, ad esempio, la memoria:

- all'*Emisfero Sinistro* è deputata la memoria procedurale, semantica, autobiografica;
- l'*Emisfero Destro* gestisce prioritariamente la memoria visiva, spazio-temporale, spaziale ed emotiva.

I due *Emisferi Cerebrali* possono svolgere le loro funzioni in modo *simmetrico* o *asimmetrico*.

*Spesso nei mancini le funzioni dei due Emisferi sono invertite.*

Le *simmetrie* tra i due *Emisferi* riguardano il controllo dei movimenti delle due metà del corpo (Sx e Dx), che vengono decodificati dall'*Emisfero* opposto rispetto alla metà del corpo da cui provengono:

- i muscoli della metà sinistra del corpo sono controllati dalla corteccia motoria dell'*Emisfero Destro*,
- i muscoli della metà destra sono controllati dall'*Emisfero Sinistro*, così come alcuni dei messaggi sensoriali (tatto, udito).

Le *asimmetrie* tra i due *Emisferi* riguardano numerose altre funzioni come, ad esempio, il linguaggio o l'espressione:

- i centri del linguaggio sono esclusivamente nell'*Emisfero Sinistro* (più voluminoso del destro), come anche quelli demandati alla formulazione e all'espressione di concetti;
- l'*Emisfero Destro* controlla funzioni come alcuni aspetti delle funzioni musicali, della percezione visiva, ecc. ed è coinvolto nell'espressione delle emozioni e del senso artistico.

Pur nelle loro differenti peculiarità, i due *Emisferi* "lavorano" in *sinergia* tra loro e, anche se uno dei due *Emisferi* potrebbe risultare "predominante" rispetto all'altro, il *Cervello* lavora sempre utilizzando entrambi gli *Emisferi*.

*Inoltre, è importante sottolineare come una stessa funzione mentale possa essere di competenza dell'Emisfero Sinistro o di quello Destro a seconda di ciò che si vuole ottenere: i musicisti percepiscono la musica in due modi differenti: se vogliono lasciarsi trasportare dal suono e verificarne l'armonia "ascolteranno", in modo inconscio, con l'Emisfero Destro; al contrario, se vogliono analizzare la melodia da un punto di vista tecnico, interverrà, in modo automatico, l'Emisfero Sinistro.*<sup>[64]</sup>

In ogni caso, poiché aree diverse del cervello controllano funzioni specifiche, la sede di un danno cerebrale determina il tipo di disfunzione conseguente.

I due *Emisferi* sono connessi tra loro da un "ponte" (*Corpo Calloso*), composto da fibre nervose, che consente ai due *Emisferi* (ed al *Sistema Nervoso Centrale*) di scambiarsi in tempo reale ogni "informazione".

## **Il Corpo Calloso e la connessione con i due Emisferi Cerebrali**

Abbiamo già avuto modo di dare una definizione del *Corpo Calloso* in quanto "Asse" che unisce due polarità: l'*Emisfero Destro* e l'*Emisfero Sinistro* del *Cervello*. Potremmo anche definire il *Corpo Calloso* come:

la "*lamina che connette la logica alle emozioni*".

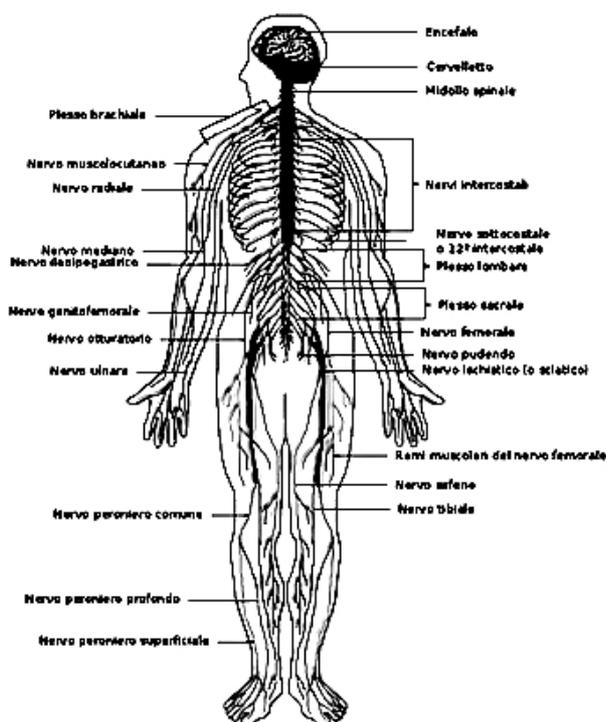
Ora esaminiamo anche alcune delle sue peculiarità anatomofisiologiche.

Il *Corpo Calloso* è una "*Commessura Cerebrale*".

In *Neurologia* il termine "*Commessura*" indica una formazione di sostanza grigia o bianca simile per aspetto a un fascio o una lamina, che associa due zone per lo più omologhe del *Sistema Nervoso* lungo l'asse *Cerebro-Spinale*, per mezzo di fibre nervose denominate *Fibre Commessurali*.



Anche il computer più sofisticato non può vantare l'incredibile complessità di circuiti, correlazioni, centri di elaborazione e vie di informazione posseduta dal *Sistema Nervoso* umano.



*In estrema sintesi:*

Il *Sistema Nervoso* è la sede dell'assunzione, dell'elaborazione e trasmissione delle informazioni relative a tutto il corpo umano: è il sistema di regolazione delle funzioni corporee.

Il *Sistema Nervoso* comprende tutto il tessuto nervoso del nostro organismo. Il tessuto nervoso trasporta le informazioni e le "istruzioni" da una regione del corpo ad un'altra.

*Le funzioni principali del Sistema Nervoso comprendono:*

- fornire sensazioni sull'ambiente interno ed esterno;
- integrare le informazioni sensoriali;
- coordinare le attività volontarie e involontarie;
- regolare e controllare le strutture e gli apparati periferici.

*Il tessuto nervoso comprende due distinte popolazioni cellulari:*

- *le cellule nervose o neuroni*

che sono i responsabili del trasferimento e dell'elaborazione delle informazioni nel *Sistema Nervoso*

- *le cellule di sostegno o neuroglia*

che isolano i neuroni e forniscono una rete di sostegno; sono più numerose dei neuroni e costituiscono circa la metà del volume del *Sistema Nervoso*.

Il *Sistema Nervoso Centrale* è definito in Neurologia "*Sostanza Bianca*" ed è composto da *Neuroni*, i cui *Assoni* sono rivestiti della cosiddetta *Guaina Mielinica* (N.B.: ciò è in contrapposizione alla *Sostanza Grigia*, la quale è il tessuto del *Sistema Nervoso Centrale* composto da *Neuroni* i cui *Assoni* sono privi di *Guaina Mielinica*).

Recenti studi vedono la possibilità di trasferimento delle informazioni nelle fibre nervose mediante la generazione di *Biofotoni* (in *Biologia Quantica: quanti del campo elettromagnetico*) e onde elettromagnetiche.<sup>[65]</sup>

### **La "Direzione di Energia" connette i due Emisferi Cerebrali**

Ci siamo dilungati nelle spiegazioni (teoriche) date da eminenti scienziati, per reiterare un concetto che ora ci sarà utile per procedere ad illustrare la fase (pratica) della tecnica di *Direzione d'Energia*.

Applicando la tecnica della *Direzione di Energia*, il Facilitatore stimola la comunicazione tra le aree cerebrali simmetriche e asimmetriche dei due Emisferi e, allo stesso tempo, attraverso il *Corpo Calloso*, facilita la comunicazione tra l'Emisfero Destro e il Sinistro, permettendo il ripristino ottimale del flusso energetico nell'organismo. L'energia direzionale utilizzata (con l'*intento*) dal Facilitatore è l'*Energia Sintropica*, che andrà a dissipare i residui di *Energia Entropica* che potrebbero essere presenti, sia a livello degli Emisferi sia nel *Corpo Calloso* e, in quest'ultimo, potrebbero rendere inefficace e problematica la comunicazione tra le aree cerebrali.

Questo consentirà al Facilitatore di interagire con il paziente per:

- interagire con la "struttura energetica" per poter ottimizzare le funzioni anatomofisiologiche, organiche e cognitive;
- sviluppare la capacità di interazione con gli stimoli e le informazioni derivanti dai cinque sensi,

- potenziare ogni stimolo e informazione che giunge dall'organismo alle aree cerebrali.

## Riassumendo i punti fondamentali

Non ci stancheremo mai di ribadire il concetto per il quale auspichiamo un approfondimento individuale per ognuno dei temi proposti in questo testo. Basti osservare con quale semplicità e approssimazione è stato qui affrontato il vastissimo tema del Sistema Nervoso Centrale. Infatti abbiamo proposto una versione esclusivamente speculativa sull'argomento, al fine di renderlo funzionale a ciò che stiamo qui sviluppando in ambito di Tecnica Cranio-Sacrale e Rilascio Somato-Emozionale, in relazione alle situazioni di: perdita, piccole perdite, separazione, morte e lutto.

In questo capitolo abbiamo, dunque, detto che:

A. *Il cervello si divide in 2 Emisferi:*

i due *Emisferi* sono completamente separati e comunicano tra loro "solo" tramite 300 milioni di *Fibre Assonali del Corpo Calloso*.

L'*Emisfero Sinistro* è:

- analitico e pratico
- organizzato e logico
- razionale

L'*Emisfero Destro* è:

- spaziale e non verbale
- sintetico e globale
- vivace e artistico

B. *L'attività del cervello, nei due Emisferi connessi dal Corpo Calloso, è coinvolta in:*

- funzioni cognitive superiori
- funzioni psichiche ed emotive.

C. *Le funzioni del sistema nervoso comprendono:*

- fornire sensazioni sull'ambiente interno ed esterno
- integrare le informazioni sensoriali
- coordinare le attività volontarie e involontarie
- regolare e controllare strutture e apparati periferici

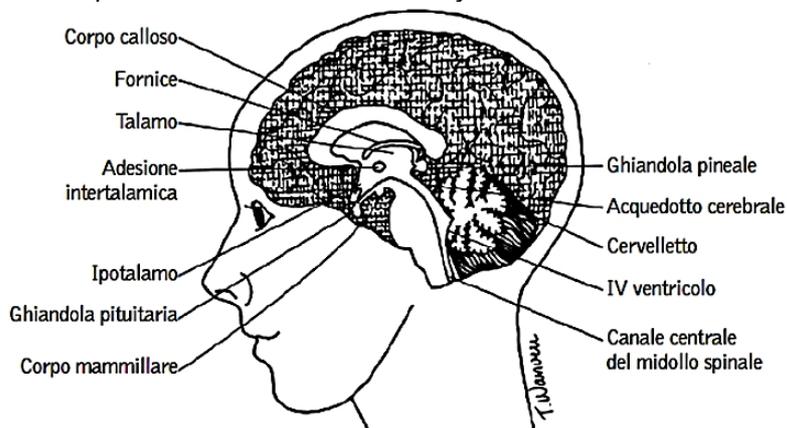
D. *Ogni funzione del Sistema Nervoso è espressione della nostra personalità, in:*

- pensieri e speranze
- sogni e desideri
- emozioni

E. *Il Sistema Nervoso:*

- analizza dati che provengono da diversi luoghi
- distribuisce informazioni alle sedi remote
- assume, elabora, trasmette informazioni relative al corpo umano
- regola le funzioni corporee
- comprende tutto il tessuto nervoso che trasporta informazioni e istruzioni tra le varie regioni del corpo del nostro organismo.

F. *Il Corpo Calloso connette i due Emisferi Cerebrali ed è:*



- una spessa lamina interposta tra i due emisferi cerebrali

- la commissura più importante del cervello
- costituito da fasci di fibre mieliniche
- la sua funzione è connettere le omologhe aree cerebrali
- garantisce il trasferimento di informazioni tra i due emisferi
- garantisce la coordinazione dei due emisferi
- collega tra loro i quattro lobi cerebrali  
(*lobo frontale, temporale, parietale e occipitale*)
- permette l'unificazione dell'informazione elaborata in modo diverso da ciascun emisfero
- realizza la complementarità tra le due metà della corteccia cerebrale

### **La Direzione di Energia: preparazione e esecuzione tecnica**

Per la fase del trattamento ai due *Emisferi Cerebrali* ed alla loro connessione al *Corpo Calloso* e al *Sistema Nervoso*, dobbiamo sapere che:

*avremo bisogno di lavorare molto con l'intento e dovremo ricordare assolutamente che "Il corpo è un'unità" e che "struttura e funzione sono interconnesse".*

### **Obiettivi**

della *Tecnica della Direzione di Energia*:

1. ripristinare la funzionalità del *Corpo Calloso*, in modo da favorire la comunicazione ottimale tra gli *Emisferi (Dx e Sx)* del *Cervello*.
2. sviluppare la capacità dell'*intento*, in modo da ripristinare, mediante trattamento, l'ottimale flusso energetico nell'organismo.
3. sviluppare la capacità di visualizzazione rispetto alle strutture anatomiche/fisiologiche interessate al trattamento.

### **Tecnica**

di *Direzione di Energia*:

Con una delle tre "*Prese della Volta Cranica*" (immagine sotto) potremo:

1. connetterci con i due *Emisferi Cerebrali*
2. connetterci con il *Sistema Centrale Nervoso*
3. supportare il percorso deciso dal "*Sistema Aperto Essere Umano*", aiutando la persona nel suo delicato passaggio da una fase a quella successiva del proprio *Ciclo Vitale*.

### **Posizione delle mani**

nella *Tecnica di Direzione di Energia*

Una delle tre "*Prese della Volta Cranica*" (vedi immagine sotto). Nel caso di impossibilità a poter toccare la persona, utilizzare la stessa tecnica, ma con le mani a distanza ravvicinata ai due *Emisferi*.



*Tecnica svolta dal Facilitatore*



*Tecnica auto-indotta*

### **Esecuzione**

della *Tecnica di Direzione di Energia*

1. Mettere le mani sulla testa e collegarsi con i due Emisferi.
2. Attraverso l'intento iniziare ad inviare energia da una mano all'altra e mettersi in ascolto.
3. Nel momento in cui si percepiscono delle modifiche si chiede ad ogni Emisfero di esprimersi (*con delle domande specifiche, come indicate qui di seguito*).
4. Poi si fanno comunicare i due Emisferi tra loro, attraverso il Corpo Calloso.

### **La Direzione d'Energia introduce il Dialogo Immaginario Terapeutico**

Il Facilitatore, dopo aver posto le mani sui due Emisferi Cerebrali, in posizione tecnica di una delle *Prese della Volta Cranica*, avvierà un Dialogo Terapeutico con il Non Conscio della persona che sta trattando, al quale verranno rivolte le seguenti domande:

- A. *Chiediamo all'Emisfero Sinistro (razionale):*
  1. in questo momento come stai vivendo questa esperienza?
  2. e come invece vorresti viverla?
- B. *Poniamo all'Emisfero Destro (creativo):*
  3. le stesse domande (1. e 2.) che abbiamo rivolto all'altro Emisfero.
- C. *Chiediamo al Corpo Calloso:*
  4. come puoi facilitare la comunicazione tra i due *Emisferi*?
  5. puoi trovare un equilibrio ed una soluzione accettabile per entrambe le parti?
  6. e se sì, quale?

Il Facilitatore, quindi, chiederà al *Sé Superiore* (o *Medico Interiore*) della persona, di portare alla coscienza della persona stessa la risposta che gli viene proposta dal *Corpo Calloso*, in modo da trovare un equilibrio tra le polarità dei due *Emisferi* (quello razionale e quello emotivo).

Quindi ringrazierà tutte le strutture coinvolte nel trattamento effettuato, per aver contribuito a dare il maggior benessere possibile alla persona trattata e per aver contribuito alla trasformazione dell'*energia distruttiva* in *energia costruttiva*, per il benessere della persona stessa e per poterle far vivere al meglio quest'esperienza di vita (qualunque essa sia). Il Facilitatore ora potrà dare inizio al *Dialogo Immaginario Terapeutico*.

*È anche importante focalizzarsi sul fatto che, mentre ci stiamo concentrando su questo esercizio, ci stiamo connettendo con tutto quanto abbiamo appreso fino ad ora ed amplifichiamo la nostra capacità di comprensione. Praticamente ci stiamo dando la possibilità di:*

- metterci in contatto con il nostro *Medico Interiore* (il nostro *Sé superiore*)
- aprirci ad una nuova percezione di quanto andremo ad apprendere.

Questo esercizio aumenterà sia le nostre percezioni sia la nostra concentrazione e ci sarà utile anche in seguito nella comprensione dei meccanismi che regolano il collegamento a tutto il nostro sistema fisiologico, energetico, emotivo e spirituale.

# LE SEDI DELLE EMOZIONI

## LE VISCERE E I MERIDIANI ENERGETICI

•

### Le emozioni e l'energia trattenuta negli organi del corpo umano

Le nostre viscere sono la sede dell'energia emozionale. Secondo il Dott. Upledger ai fini dei trattamenti cranio-sacrali e, soprattutto, nel Rilascio Somato-Emozionale possiamo servirci di sei *Meridiani*, tra quelli principali, per riequilibrare l'energia tipica degli "organi/logge".

Ogni organo nel corpo umano è sede di una particolare energia correlata ad una specifica emozione e ogni organo è attraversato da un *Meridiano*. Andando a trattare uno specifico *Meridiano* andremo a dissipare l'energia distruttiva immagazzinata nell'organo ad esso associato, oppure la *Cisti di Energia* che impedisce o altera il flusso energetico che scorre nel *Meridiano*.

Occorre comunque tenere presente che l'attività emotiva è considerata come una normale risposta fisiologica agli stimoli provenienti dall'ambiente esterno. Non ci sono emozioni negative, ognuna ha la sua funzione nel garantire e favorire la vita, sono le emozioni eccessive o cronicamente trattenute o i sentimenti ossessivi ad esse correlati che possono generare energia distruttiva e possono creare delle disfunzioni nell'organo che le contiene e nell'intero sistema fisiologico.

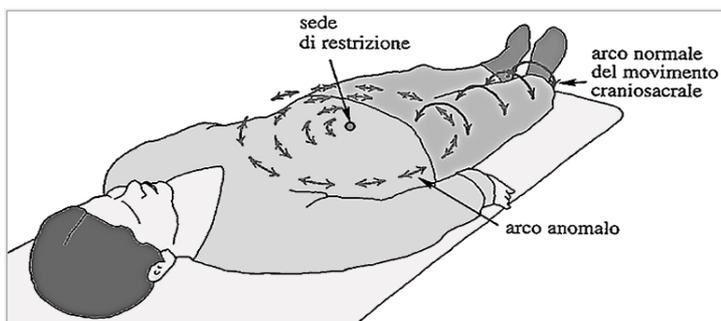
Ad esempio:

- La *riflessione* è necessaria per dare forma ai pensieri ma, il suo eccesso, può generare preoccupazione creando disfunzioni alla *Milza*.
- La *tristezza* in alcuni casi favorisce l'interiorizzazione e la sensibilità percettiva ma, l'eccesso o la mancanza di sfogo della tristezza (per esempio attraverso il pianto o con una bella risata), crea disfunzioni alle vie respiratorie e ai *Polmoni*.
- La *paura* ci stimola ad agire con prudenza preservando l'energia ma, se essa è sproporzionata e irragionevole, provoca la perdita di liquidi e di energia essenziale per il buon funzionamento dei *Reni* e dell'organismo.
- La *collera* momentanea può essere una valvola di sicurezza e di sfogo per salvaguardare l'integrità del *Fegato* ma, la collera perpetrata nel tempo e la *rabbia* in eccesso, lo danneggiano.

Elencheremo nel testo i principali *Meridiani* coinvolti con gli *organi/logge*, sedi delle principali emozioni, così come li ha considerati il Dott. Upledger ed in modo funzionale al lavoro sulle emozioni e i sentimenti ad esse associati, originati da situazioni/scenari di separazione, perdita e lutto.

Porremo particolare attenzione nel considerare a livello emozionale anche la morte (intesa come paura della morte) e le "piccole morti" (come perdite oggettive e soggettive) e osserveremo il modo in cui la CST e il SER offrono l'opportunità di esprimere il potenziale energetico/emozionale costruttivo, in modo antagonista alla carica emozionale/energetica distruttiva.

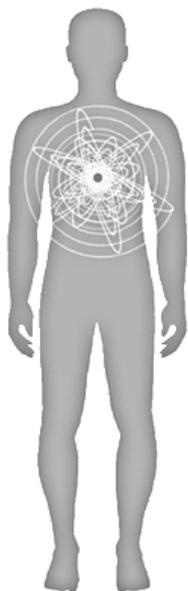
### Cisti Energetiche e Meridiani



Abbiamo già visto che le *Cisti Energetiche* sono dei "punti" in cui si blocca il fluire dell'energia; esse si formano nell'organismo anche in conseguenza all'insorgere di una componentistica emotiva associata ad un trauma. Le *Cisti Energetiche* inibiscono il flusso energetico vitale, modificando sensibilmente il Ritmo Cranio-Sacrale e la sua ottimale *Simmetria, Qualità, Ampiezza e Frequenza*, fino ad influire sull'intero *Sistema Cranio-Sacrale*.

La palpazione dei *Meridiani* è un ulteriore metodo di valutazione che può far rilevare la presenza di una *Cisti Energetica*, che potrebbe essere la causa di un'ostruzione del flusso energetico del *Meridiano* in cui si trova.

Infatti, il Dott. Upledger ci insegna che: *“Può darsi che una Cisti Energetica stia ostruendo il flusso energetico in un punto qualsiasi di un Meridiano dell’agopuntura. Il dolore può manifestarsi nell’organo relativo o in qualunque altra sezione del Meridiano stesso: non si può quindi dipendere da questo per determinare dove sia situata la Cisti Energetica.”*



L’alterazione o il blocco del flusso energetico in un determinato punto del *Meridiano*, potrebbe essere sia un residuo di un problema pregresso non più attivo, sia l’effetto di una lesione ancora attiva (*Cisti di Energia*).

I *Meridiani*, nel loro “aspetto” disfunzionale, possono essere “vuoti” (ostruiti, bloccati, privi di energia) o “sovraccarichi” (con sovrabbondante flusso di energia).

Se il Facilitatore percepisce un *Meridiano* vuoto o molto pieno, potrà percorrerlo manualmente per effettuare un’ulteriore valutazione rispetto alla presenza di una eventuale *Cisti Energetica* che ne altera il normale flusso.

In presenza di una *Cisti Energetica* lungo il *Meridiano*, si potrà percepire la sua peculiare attività vibrazionale (già conosciuta nell’Arcing) mentre ci si avvicina ad essa. Si potranno anche percepire diverse situazioni qualitative nell’organismo, come ad esempio un aumento di calore o altre sensazioni correlate all’aumento di energia.

Le *Cisti Energetiche*, con la loro energia distruttiva, segnalano le emozioni negative trattenute negli organi e possono influenzare l’intero equilibrio fisico ed emotivo della persona, fino a modificarne l’intera personalità.

Ad esempio, l’energia della *rabbia* trattenuta in una *Cisti Energetica* può anche investire con una connotazione “rabbiosa” alcune espressioni e manifestazioni caratteriali della persona.

Per dissipare la *Cisti Energetica*, il Facilitatore non agirà seguendo il metodo di valutazione dei *Meridiani* dell’agopuntura cinese o della digitopressione usata nello

Shiatsu, bensì considererà solamente i sei *Meridiani* di:

Pericardio - Cuore - Polmoni - Reni - Milza - Fegato

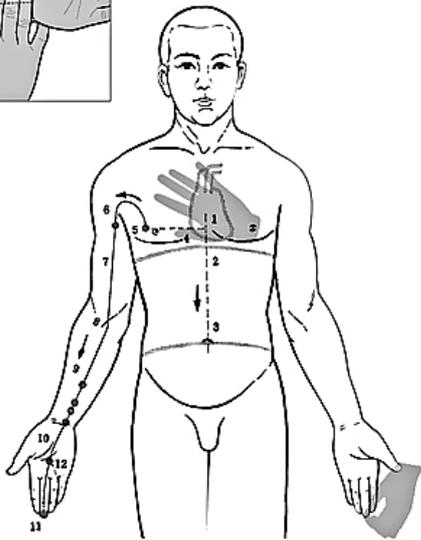
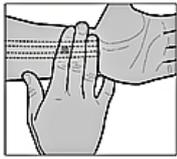
Durante il trattamento, il Facilitatore considererà questi sei *Meridiani* puramente come canali di uscita e di accesso, rispettivamente per il rilascio di energia entropica e l’immissione di energia sintropica.

Una volta localizzato il *Meridiano* in cui ha sede la *Cisti Energetica*, il Facilitatore si servirà dell’intento per dissipare l’energia distruttiva (di cui il canale energetico del *Meridiano* è pregno) che è stata trattenuta e alimentata dalla *Cisti Energetica* e, dissipando quest’ultima, farà fuoriuscire la sua energia immettendo contemporaneamente energia costruttiva, in misura pari al potenziale energetico che l’organismo è in grado di accettare.

Grazie ai *Meridiani*, che attraversano i vari organi del nostro organismo come canali energetici, applicando la metodica della CST e del SER potremo avvalerci di un ulteriore riferimento valutativo rispetto all’organo o agli organi coinvolti nella disfunzione e nel malessere della persona.

## I Meridiani correlati agli Organi/Logge

### Il Meridiano del Pericardio

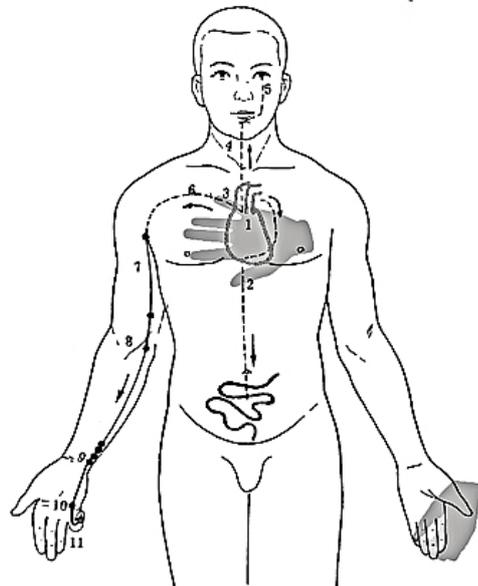


anteriormente in corrispondenza  
mano sul punto distale del suo  
mignolo della mano sinistra.  
Tenendo sempre la mano posizionata  
sposteremo poi con l'altra mano sul dito  
destra.

Per trattare il *Pericardio* posizioneremo una mano in corrispondenza dell'organo e l'altra mano, sul punto distale del suo *Meridiano*: dito medio della mano sinistra (o sul polso sinistro, parte interna).

Tenendo sempre la mano posizionata sull'organo, ci sposteremo poi con l'altra mano sul dito medio della mano destra (o sul polso destro, parte interna).

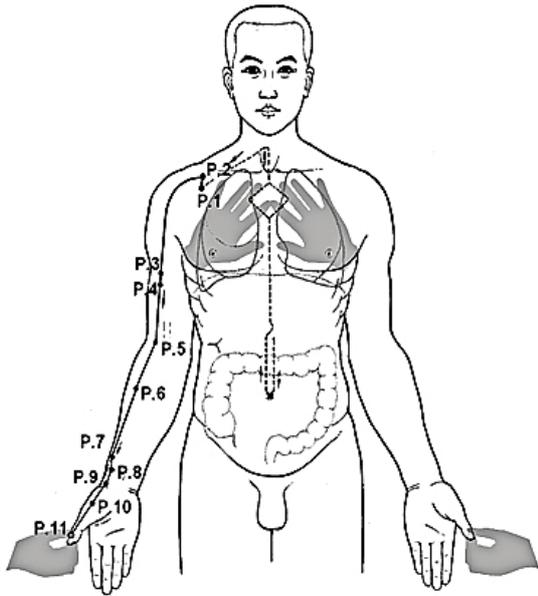
### Il Meridiano del Cuore



Per trattare il *Cuore* dovremo posizionare una mano dell'organo e l'altra *Meridiano*: dito

sull'organo, ci mignolo della mano

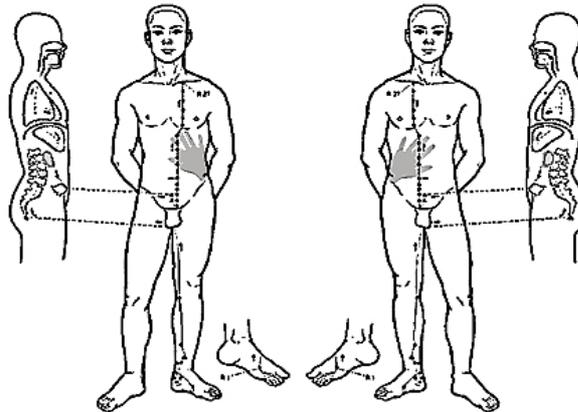
## Il Meridiano dei Polmoni



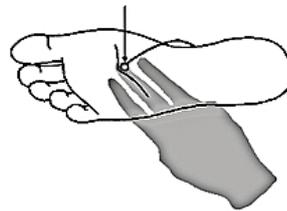
Per trattare i *Polmoni* andremo a posizionare alternativamente una mano in corrispondenza di ognuna delle due parti che compongono l'organo e, allo stesso tempo, l'altra mano sui rispettivi punti distali del suo *Meridiano*: pollice della mano destra per il polmone destro e pollice della mano sinistra per il polmone sinistro.

in modo alternato una mano su ognuna delle parti di cui è composto l'organo e allo stesso tempo sempre in modo alternato, l'altra mano sui rispettivi punti distali del suo *Meridiano*: dei metatarsi, al centro del piede destro per il destro e poi, con la mano sul rene sinistro, ci sposteremo con l'altra mano all'inizio dei metatarsi, al centro del piede sinistro.

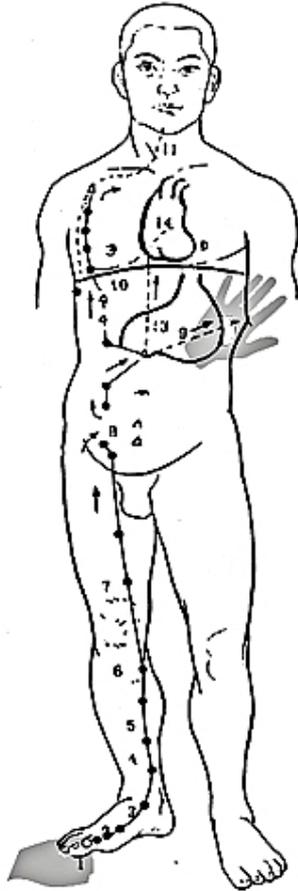
## Il Meridiano dei Reni



Per trattare i *Ren*i posiziona-remo due tempo, all'inizio rene



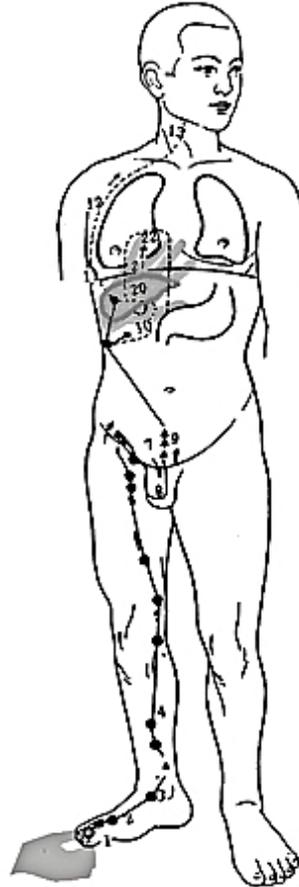
### Il Meridiano della Milza



Per trattare la *Milza* posizioneremo la prima mano in corrispondenza dell'organo e l'altra mano, contemporaneamente, sul punto distale del suo *Meridiano*: alluce del piede sinistro.

Tenendo sempre la mano in posizione sull'organo, ci sposteremo poi con l'altra mano sull'alluce del piede destro.

### Il Meridiano del Fegato



Per trattare il *Fegato* posizioneremo la prima mano in corrispondenza dell'organo e l'altra mano, contemporaneamente, sul punto distale del suo *Meridiano*: alluce del piede destro.

Tenendo sempre la mano posizionata sull'organo, ci sposteremo poi con l'altra mano sull'alluce del piede sinistro.

### Solo sei Meridiani nella scelta del Dott. Upledger

La letteratura sui Meridiani è vastissima ed è ovvio che lo sia, dato che sono alla base di alcune delle più antiche forme di terapia risalenti al 2-3000 a.C.

Ovviamente c'è un motivo per cui il Dott. Upledger ha scelto di valutare solamente sei *Meridiani*, rispetto a quelli citati in molti testi e ai 20 *Meridiani* principali considerati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

C'è anche un motivo per cui lo stesso Dott. Upledger ha indicato ai Facilitatori di eseguire il trattamento dei *Meridiani* in CST, posizionando esclusivamente e rispettivamente le mani: 1) una sull'organo, 2) l'altra sul punto più distale del *Meridiano* dell'organo coinvolto.

Vediamo intanto la scelta dei sei *Meridiani* prediletti dal Dott. Upledger: Pericardio, Cuore, Polmoni, Reni, Milza, Fegato.

Per comprendere questa scelta, ci baseremo su due parametri ascritti a dei concetti che abbiamo già incontrato: A) *l'Elettrodinamica Quantistica*,

B) *la Medicina Tradizionale Cinese*.

A) *"Nel mondo della fisica quantistica, il 'campo' è costituito da grandezze che non sempre hanno valori ben definiti, ma delle quali non possiamo comunque indicarne il valore contemporaneamente. ... definendo la fase, non potremo contare i quanti, ma le particelle avranno oscillazioni perfettamente sincronizzate in fase ed otterremo la materia. ... Queste due condizioni d'una stessa realtà (energetica e materiale) si scambiano informazioni mediante emissioni elettromagnetiche. Lo scambio avviene in tutte le possibili direzioni, fra elementi omogenei, siano essi raggruppamenti cellulari od organi, capaci quindi di ricevere e decodificare il segnale... Abbiamo comunque a che fare con un 'sistema aperto' mantenuto stabile da molteplici processi di regolazione che generano un flusso continuo di segnali elettromagnetici attinenti tutte le attività cellulari, dall'afflusso di nutrienti all'equilibrio antiossidanti-ossidanti, dalla produzione di ATP alla regolazione del pH..."<sup>[74]</sup>*

Quando il Facilitatore invia energia sintropica nell'organismo mediante i canali energetici e, contemporaneamente, rilascia l'energia entropica contenuta negli stessi canali, applica una metodica non invasiva che sfrutta i fasci di trasporto elettromagnetico (*Meridiani*). Praticamente funge da "campione esterno", dalla cui emissione elettro-magnetica la risultante è l'assestamento dei nuovi valori dell'omeostasi in ciascun livello gerarchico. In particolare, il fenomeno di risonanza cellulare che avviene attraverso la variazione dello spettro elettromagnetico, nei sei *Meridiani* scelti dal Dott. Upledger, risulta specifica soprattutto a livello cerebrale o spinale, coinvolgendo l'intero *Sistema Cranio-Sacrale*.

B) Nella "*MTC Medicina Tradizionale Cinese*", gli stati emotivi sono indicati con il nome di "*7 sentimenti*" (*Qi Ging*) ed ognuno di essi ha la sua sede in specifici organi vitali. Il numero 7, nella MTC, indica anche le 6 (sei) direzioni spaziali più il centro (Qi) ed è in queste sei direzioni che l'uomo si orienta attraverso le scelte dettate dalle sue emozioni. Nel considerare i "*7 sentimenti*", però, vedremo che in alcuni casi lo stesso organo è coinvolto in più di un "*sentimento*".

Vediamolo nello specifico:

- 1) la *collera* colpisce il Fegato;
- 2) la *gioia eccessiva* colpisce il Cuore, che però è coinvolto anche dallo *shock* assieme ai *Reni*;
- 3) l'*eccessiva riflessione* coinvolge la *Milza* ma, la *Milza*, viene coinvolta anche dalla *preoccupazione*;
- 4) la *preoccupazione*, oltre alla *Milza*, coinvolge anche i *Polmoni*;
- 5) la *tristezza* colpisce nuovamente i *Polmoni*;
- 6) la *paura* colpisce anch'essa i *Reni*;
- 7) lo *shock* colpisce sia i *Reni* sia il Cuore.

Alla fine vediamo che i "*7 sentimenti*" coinvolgono solo cinque organi.

Tenendo conto di quanto sopra, la scelta del Dott. Upledger è stata quella di considerare i *Meridiani* associati ai principali organi e non a tutti i visceri e, ancora una volta, si trova a considerare l'equilibrio tra i due poli della *MTC - Medicina Tradizionale Cinese*: lo *Yin* e lo *Yang*.

In questo equilibrio, considera inoltre che un organo membranoso, che non compare nei "*7 sentimenti*", il *Pericardio*, ha un ruolo fondamentale come centro energetico della volontà.

*"In MTC gli organi aventi elementi attivi Yang e che sostengono la vita del corpo umano sono: fegato (legno), cuore (fuoco), milza-pancreas (terra), polmoni (oro), reni (acqua).*

*Le funzioni di questi organi sono naturalmente eseguite dagli elementi passivi Yin corrispondenti ai seguenti organi: cistifellea, intestino tenue, stomaco, intestino crasso, vescica.*

*Abbiamo individuato cinque coppie Yang-Yin su cui si costruisce lo stato psichico e spirituale del corpo umano. In aggiunta a queste cinque coppie, vi è un'altra coppia, che è principalmente responsabile per il mondo spirituale dell'uomo. Si tratta del pericardio (il centro energetico della volontà) e del triplice riscaldatore"<sup>[75]</sup>*

Sei coppie Yin-Yang formano sei “elementi” principali che insieme influiscono sull’intero equilibrio dell’energia vitale (Qi).

Ora sostanziamo la scelta fatta dal Dott. Upledger nel proporre il trattamento di CST avvalendosi solo del punto più distale di ogni *Meridiano* e del rispettivo organo che il *Meridiano* attraversa.

Lo facciamo servendoci ancora una volta dell’*Elettrodinamica Quantistica* e, più precisamente, riportando un altro estratto dalle ricerche fatte da *Giuliano Preparata* e *Emilio Del Giudice* e proposte da *Innovo srl*.

*“...La millenaria esperienza dei cinesi nello studio dei punti singoli del corpo umano e della relativa rete di interconnessione... I ‘Meridiani’ da loro individuati, canali energetici espressi per lo più in senso longitudinale nel corpo, trasportando il campo emesso dallo standard esterno fino alla parte di organo interessata, permettono di avvicinare la sorgente campione semplicemente in prossimità del punto terminale del fascio [di trasporto magnetico], di norma il dito di una mano o piede, piuttosto che direttamente sull’area interessata, rendendo molto più pratico e veloce il test... È noto che nel corpo umano esiste una grande quantità di punti singoli della cute, circa 400 per l’Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO), punti di affioramento superficiale di 20 Meridiani principali... I punti sono caratterizzati da bassa resistività rispetto al resto della cute... dovuta ad un’alta densità di ‘gap-junction’, complessi proteici esagonali che formano dei canali fra cellule adiacenti... Il valore di corrente di corto circuito fornibile dal punto di test varia proporzionalmente col livello di regolazione omeostatica presente nell’organo o parte di esso, disposto lungo il percorso del meridiano. L’interazione con lo standard esterno, come sopra specificato, provocherà dunque la variazione della corrente in questione che potrà pertanto essere impiegata come parametro variabile, misurabile con adeguate tecniche. La correlazione dei punti singoli di cui sopra, con ben definite aree del corpo, è stata definita da studi effettuati dai cinesi nel 2-3.000 a.C. e ripresi recentemente dal mondo scientifico occidentale che ha convalidato molti di essi con tecniche di ‘imaging’... o con radioisotopi iniettati nei punti anomali per poterne seguire il percorso... La rete di interconnessione dei predetti punti è costituita da un sistema indipendente connesso tramite il sistema nervoso alla corteccia cerebrale... Recentemente è stato proposto un nuovo modello organizzativo per la correlazione dei punti ... nel quale si propone una connessione diretta fra punto e corteccia cerebrale, con un successivo ritorno verso l’organo controllato mediante messaggeri primari e secondari: ormoni, neuropeptidi, citochine, ed altro... Questo lavoro, insieme ad altri similari... impiega la fMRI (functional Magnetic Resonance Imaging) per correlare il punto di misura impiegato con la corrispondente area cerebrale.”<sup>[76]</sup>*

## **Molecole di Emozioni**

*Candace Pert (che abbiamo già nominato precedentemente e che ritroveremo ancora nel testo), Neuroscienziata, laureata in Biologia e Farmacologia alla Johns Hopkins University of Medicine, ha lavorato presso il National Institute of Mental Health (NIMH), docente nel Dipartimento di Fisiologia e Biofisica all’Università di Medicina di Georgetown a Washington DC., ha scritto oltre 200 pubblicazioni scientifiche. Ha collaborato con il Neuroscienziato Solomon H. Snyder e con il Dott. John E. Upledger. Il testo che segue è un estratto da un’intervista realizzata da Mariella Di Stefano alla Neuroscienziata.*

*“...‘Molecole di emozioni’ è la sistematizzazione delle nostre ricerche in questo campo ed è interessante che, via via che approfondivo il lavoro sulle emozioni, comprendevo quanto esse siano potenti per la persona, anche sul piano curativo. All’inizio ho ipotizzato, realisticamente, che le emozioni fossero nella testa o nel cervello, ma ora posso dire che sono anche nel corpo, si esprimono in esso e ne fanno parte. Sono energia e informazione, ma sono anche molecole che possiamo mappare nel corpo stesso. I miei studi più recenti – focalizzati sul concetto generale di benessere e su tutto ciò che serve per sentirsi bene – mostrano che le emozioni sono sì parte del campo informativo, dell’energia informativa corporea, ma trascendono la guarigione/salute del singolo per riversarsi su tutto l’ambiente che lo circonda. In altre parole le emozioni sembrano “saltare” da una persona all’altra, da un corpo all’altro, da una cultura all’altra, sono planetarie e questa loro natura di transizione, dal microcosmo al macrocosmo, è un aspetto di estremo interesse.*

*Conoscere le emozioni, controllarle, lasciarle fluire è la chiave per dar vita al cambiamento globale oggi necessario, quel 'global shift' che rappresenta il futuro. ...*

*Il processo di guarigione comporta sempre ed è strettamente correlato a un processo di trasformazione spirituale ed essendo altamente complesso non può essere inteso come la semplice rimozione di tumori, batteri e agenti patogeni. Quando si cerca la causa della malattia occorre perciò guardare altrove. Fondamentalmente all'origine del processo patologico c'è un difetto, un blocco nella rete di comunicazione, di conseguenza una guarigione per essere efficace deve coinvolgere l'intero sistema corpo/cervello. Deve perciò affermarsi un nuovo paradigma della guarigione. Un paradigma in cui le emozioni giocano un ruolo di primo piano, che collega visione orientale e occidentale del corpo, che si avvale della meditazione guidata, della psicologia e di altre tecniche – musica, lavoro sul corpo, massaggio – che accolgono il ruolo delle emozioni per la salute dell'uomo. ...”<sup>[77]</sup>*

## **Gli Organi come sede delle Emozioni e dei sentimenti correlati**

Ormai molti scienziati trovano forti correlazioni tra le recenti scoperte delle Neuroscienze e le influenze che hanno le emozioni nell'organismo e trovano altrettante attinenze nelle Medicine e Filosofie Orientali, in particolare con la MTC - Medicina Tradizionale Cinese, Ayurvedica, Tibetana e lo Yoga. In quest'ottica il Dott. Upledger ci propone il nesso tra organi ed emozioni.

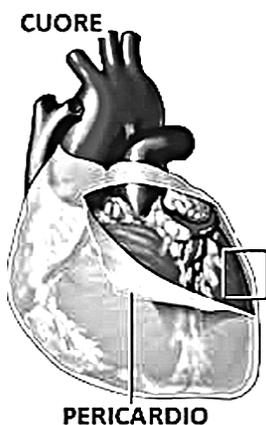
- **Pericardio** Organo protettore del *Cuore*. È il rivestimento che protegge il *Cuore* ed è il suo meccanismo di difesa. Il *Pericardio*, però, può produrre un eccesso di difesa nei confronti del *Cuore*, impedendo di poter lavorare e interagire con quest'ultimo.

### *Emotività distruttiva nel Pericardio*

- eccesso di protezione
- senso di persecuzione
- oppressione
- ostilità

### *Emotività costruttiva nel Pericardio*

- protezione
- sicurezza
- preservazione
- difesa



- *Pericardio e Cuore* Il *Pericardio* è la fascia che avvolge e protegge il *Cuore*. Se il *Pericardio* va in disfunzione diventa atrofico e inibisce il movimento ritmico del *Cuore*.

Il *Cuore* è vulnerabile ad *emozioni da shock* causate da avvenimenti improvvisi ed inaspettati ed entra in sofferenza a causa di emozioni turbolente e associate alla *paura*.

La cronicità nella disfunzione del *Cuore* può coinvolgere anche i *Ren* (associati di per sé alla *paura*).

- **Cuore** Organo in cui ha sede la *paura d'essere ferito in una relazione d'amore*. Il *Cuore* è filtro, sede e riserva della paura di essere feriti nelle relazioni affettive. Potrebbe influenzare la capacità e la possibilità d'amare, per paura della perdita dell'amore.

### *Emotività distruttiva nel Cuore*

- eccessiva euforia
- emozione da shock trattenuta
- spavento
- anaffettività

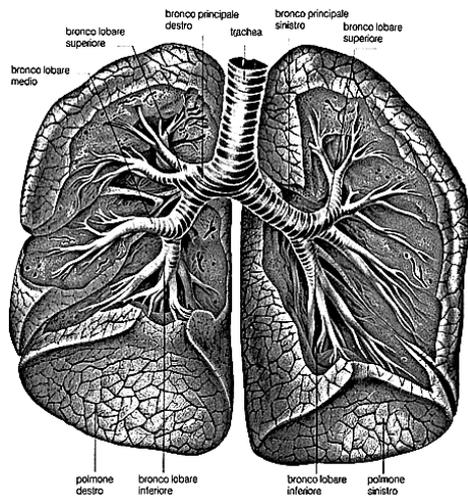
### *Emotività costruttiva nel Cuore*

- gioia
- amore
- contentezza
- godimento

- **Polmoni** Organo pari, sede del *dolore non risolto* e di *tristezza profonda o duratura*. Filtro, sede e riserva per il dolore dello spirito. Il dolore irrisolto o una tristezza profonda potrebbero compromettere le funzioni respiratorie a vari livelli.

### Emotività distruttiva nei Polmoni

- dolore emotivo
- tristezza
- dispiacere
- angoscia



### Emotività costruttiva nei Polmoni

- sensibilità
- reattività
- respiro e apertura
- lucidità

- *Polmoni* Sede della *tristezza*, dell'*ansia*, della *preoccupazione*, del *dolore*, della *malinconia* e del *lutto*.

I *Polmoni* sono un organo pari che lavora a stretto contatto con il *Cuore*.

La sensazione di *negazione del proprio spazio fisico e vitale* (dovuto all'interruzione del *continuum energetico vitale*) può causare problemi, disfunzioni e *malattie respiratorie*.

Le emozioni come la *tristezza* e il *dolore* che accompagnano il *lutto*, riducono la voglia di vivere e sono pericolose per i polmoni.

Anche l'*ansia*, legata all'eccessiva preoccupazione, influisce sui *Polmoni* e sull'*Intestino Crasso* (vedi i Meridiani, in Medicina Tradizionale Cinese) ed è collegata anche alla *Milza*.

L'*ansia* impedisce alla persona di usare bene la propria energia e può portare a soffrire di *respiro corto*, *asma*, *colite*, *ulcere* e *infiammazioni dell'Intestino Crasso*.

La preoccupazione ansiogena si associa anche allo *Stomaco* con possibili problemi gastrointestinali.

### ► *Reni*

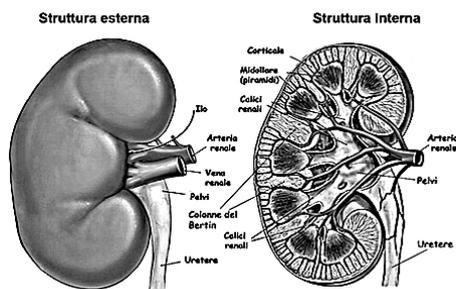
Organo pari, sede della *paura mortale* (dell'*interruzione del Continuum Vitale*). Fungono da filtro, sede e riserva di paure legate alla *negazione* o alla *cessazione della propria esistenza biologica* e alla *negazione e/o cessazione dell'immortalità cromosomica* (riproduzione individuale e/o della specie).

### Emotività distruttiva nei Reni

- paura
- indecisione
- terrore e panico

### Emotività costruttiva nei Reni

- forza di volontà
- sicurezza
- prontezza



- *Reni* I *Reni*, in MTC, sono anche detti "organi imperiali", assieme al *Cervello* e al *Cuore*.

Sono un organo pari.

Mantengono il corretto *equilibrio idro-salino* nel nostro organismo (il nostro corpo è composto da circa il 75% d'acqua) e sono funzionali alla *depurazione del sangue*.

*Paura* e *shock* sono le emozioni più pericolose per i *Reni* e possono minare la loro funzionalità di ritenzione ed evacuazione, fino alla perdita di controllo delle funzioni renali. L'*emozione da shock* può minare a livello emotivo la forza e la sicurezza.

### ► *Milza*

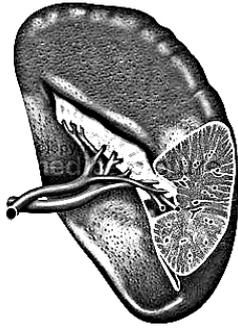
Sede della *delusione* connessa al livello di evoluzione del genere umano. Attraverso la *Milza* viene filtrato e conservato il "*disappunto*" associato alle considerazioni sulla crudeltà umana, rivolta verso i propri simili o indirizzata verso chi è in posizione di difficoltà, debolezza, inferiorità o disagio.

### Emotività distruttiva nella Milza

- malinconia
- preoccupazioni eccessive
- eccessivo sforzo mentale
- ansia
- chiusura/isolamento

### Emotività costruttiva nella Milza

- capacità di pensiero
- concentrazione
- riflessione
- compiacimento
- apertura mentale



- *Milza* Sede della *disillusione* (verso la razza umana e verso noi stessi), delle "rimuginazioni", delle *elucubrazioni*, della *malinconia*, delle eccessive preoccupazioni (fino all'*ansia*), che colpiscono la *Milza* e possono causare *affaticamento*, *letargia*, *incapacità di concentrazione*.

La *malinconia*, in particolare, influisce ed influenza anche il *Sistema Digestivo* e lo *Stomaco*, causando accumulo di gas e gonfiore.

► *Fegato* Sede della *rabbia* e della *depressione*, che accoglie e conserva.

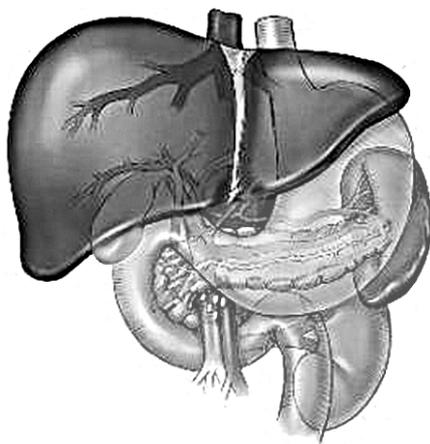
Può assorbire e conservare forti shock depressivi associati all'*impotenza* verso gli eventi di perdita (*come le perdite oggettive dovute alle morti improvvise*) per i quali si possono sviluppare *rabbia* e/o *disperazione*, fino al manifestarsi della *depressione*.

#### *Emotività distruttiva nel Fegato*

- rabbia
- risentimento/rancore
- irritabilità
- ira
- insicurezza
- frustrazione
- depressione

#### *Emotività costruttiva nel Fegato*

- coraggio
- serenità
- calma interiore
- dinamismo
- capacità decisionale
- moderazione
- fiducia



- *Fegato* Il *Fegato* è la sede della *rabbia*. Esso produce la *bile* che si raccoglie nella *Cistifellea*. Le *emozioni colleriche* possono danneggiare questi organi e tutti gli altri organi coinvolti con l'apparato digestivo.

Lo *Stomaco*, oltre al *Fegato*, potrebbe essere uno degli organi più coinvolti nell'emozione della *rabbia*. I disturbi che possono manifestarsi nel tempo sono: *disturbi digestivi*, *coliche*, *gonfiore*, *nausea*, *disordini dell'appetito*, *ulcere* e *gastrite*.

Anche *Gola* e *Intestino* fanno parte dell'apparato digerente. La *Gola* è coinvolta nella deglutizione e nell'espressione verbale e le esplosioni di *rabbia* possono causare lo stesso effetto delle parole trattenute. *Ira* e *rabbia* possono essere anche la causa di forti *emicranie*, *tensioni al collo* e *alle spalle*, *pressione alta* e *vertigini*.

Citiamo ancora un brano da un'altra intervista a *Candace Pert*, per capire come avviene la "comunicazione" tra organi ed emozioni nell'organismo.

*"Uno studio recente ipotizza che i Neuropeptidi possano fornire la chiave per una comprensione della chimica delle emozioni del corpo. ...*

*...I Neuropeptidi sono sostanze chimiche prodotte e rilasciate da cellule cerebrali o di altro tipo. Uno studio recente ipotizza che i Neuropeptidi possano fornire la chiave per una comprensione della chimica delle emozioni*

*del corpo. Essi mostrano di funzionare come una forma di comunicazione interna del corpo. ...*

*...Il rapporto tra Neuropeptidi e zone recettrici specializzate è stato assimilato a quello fra 'chiave e serratura'. I Neuropeptidi fluttuano virtualmente in tutti i fluidi del corpo e vengono attratti solo da quei recettori specializzati che, concretamente, corrispondono a determinate serrature. Ciò determina un sistema di comunicazione in cui i Neuropeptidi 'parlano' e i recettori 'ascoltano'. ...*

*...Ritengo che i Neuropeptidi e i loro recettori siano una chiave per comprendere come la mente e il corpo siano interconnessi e come le emozioni possano manifestarsi attraverso il corpo. Maggiore è infatti la nostra conoscenza dei Neuropeptidi, più difficile risulta ragionare in termini tradizionali di mente e corpo. Ha molto più significato parlare di una singola entità integrata, un 'corpo-mente'." [78]*

Per chi conosce più approfonditamente il lavoro terapeutico proposto dal Dott. Upledger, apparirà chiara l'affinità che collega le dichiarazioni della Neuroscienziata con i contenuti dei libri *"The Brain Speaks"* e *"Cell Talk"*, dello stesso Dott. Upledger (vedi i riferimenti bibliografici a fine testo).

Infatti, nei libri del Dott. Upledger si descrive la modalità di trattamento in cui il Facilitatore adotta il dialogo del Rilascio Somato-Emozionale per poter *"ascoltare e dialogare con le cellule dei vari organi e con il cervello"*, dopo che essi sono stati coinvolti in un trauma emotivo vissuto dal paziente.

Non è pur vero che tutto *"vibra"* (energeticamente) in sintonia con l'Universo e che anche la voce (emissione di Bio-Fononi) è una vibrazione?

### **Tecnica energetica per l'emotività trattenuta nelle viscere**

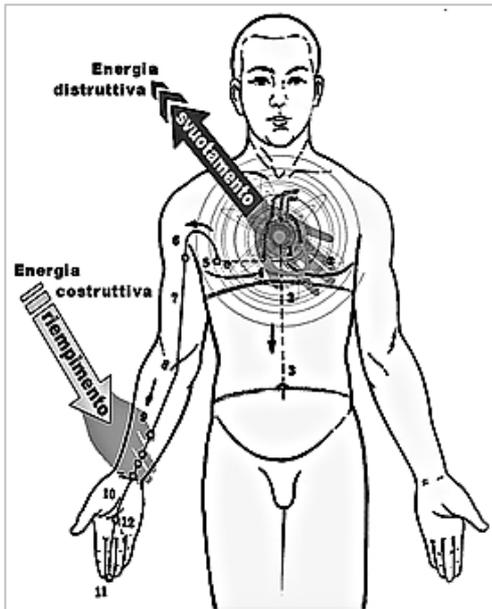
Nel trattamento delle viscere (*Trattamento energetico dei Meridiani*) adotteremo la tecnica energetica di *svuotamento* dell'energia distruttiva e *riempimento* con energia costruttiva nel *Meridiano* associato all'organo.

Nell'effettuare lo *svuotamento/riempimento energetico* del *Meridiano*, potremo agire sia attraverso l'intento (non verbale) sia attraverso il Dialogo Immaginario Terapeutico, a seconda delle indicazioni del Non Coscivo della persona. In ogni caso lasceremo defluire l'energia distruttiva correlata all'emozione traumatica che ha generato una o più Cisti Energetiche e ha compromesso l'ottimale flusso energetico nel *Meridiano*. Vediamo come.

*Tecnica di trattamento CST e SER attraverso i Canali Energetici*

*Obiettivi per il Facilitatore*

1. Avere un'ulteriore strumento di valutazione e trattamento.
2. Conoscere quali sono i *Meridiani* presi in considerazione dalla CST.
3. Conoscere il percorso dei *Meridiani* corrispondenti agli organi.
4. Valutare il flusso del *Meridiano* e percepire se il *Meridiano* è:
  - a. funzionale,
  - b. energeticamente vuoto,
  - c. energeticamente sovraccarico,
  - d. se vi è un'interruzione (*Cisti Energetica*) nel flusso energetico e in quale punto del percorso è localizzata l'interruzione.
5. Rilasciare l'emotività correlata all'energia distruttiva che è stata trattenuta nelle viscere.



#### Tecnica

1. Servendoci dell'Arcing individueremo la *Cisti di Energia*. L'Arcing è il metodo di valutazione per riscontrare le lesioni attive e dopo il trattamento andato a buon fine non rileverà più *Cisti Energetiche*.
2. Con l'intento faremo fuoriuscire l'energia distruttiva (dissipando la *Cisti Energetica*) mentre al suo posto immetteremo il flusso di energia costruttiva.
3. Rivaluteremo, attraverso la tecnica dell'Arcing, la dissipazione o meno della cisti energetica precedentemente individuata.

Nella tecnica di svuotamento e riempimento energetico del *Meridiano* porremo una mano sopra l'organo coinvolto nel passaggio del *Meridiano* e l'altra mano sul punto distale del *Meridiano* stesso.

Per gli organi singoli (es.: Pericardio), lasciando sempre una mano sull'organo coinvolto, porremo l'altra mano alternativamente sui tutti i punti distali dello stesso *Meridiano*. Per gli organi pari (es.: polmoni) tratteremo l'organo e il suo punto distale rispettivamente prima a destra e poi a sinistra.

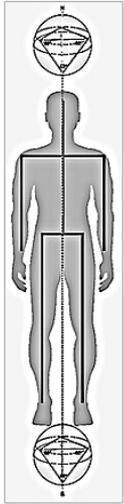
### Tecnica di svuotamento e riempimento energetico del Meridiano

Con riferimenti  
all'Energia specifica  
di ogni *Meridiano*

- ▶ Allo scopo di dissipare la cisti energetica, agiremo considerando solo 6 tra i Meridiani principali, come ci ha indicato il Dott. Upledger:
  - ▶ Pericardio (nell'immagine)
  - ▶ Polmoni
  - ▶ Milza
  - ▶ Cuore
  - ▶ Reni
  - ▶ Fegato
- ▶ Nel trattamento considereremo i 6 Meridiani puramente come canali di uscita ed accesso.
- ▶ Valuteremo il flusso del Meridiano per la sua:
  - ▶ funzionalità
  - ▶ qualità
  - ▶ quantità d'energia
 ▶ l'eventuale interruzione di flusso (cisti energetica) ed andremo a rilasciare l'emotività distruttiva contenuta nelle viscere associate al Meridiano.
- ▶ Creando un flusso continuo, da una mano all'altra, attraverso il "canale" del Meridiano, effettueremo il rilascio (svuotamento) di energia distruttiva e contemporaneamente immetteremo (riempimento) l'energia costruttiva.

## Due principi basilari per il sistema energetico del corpo umano

Abbiamo già avuto modo di saggiare l'argomento "energia" con degli accenni al "principio di conservazione dell'energia" e, in modo più approfondito, agli aspetti della "polarità". Ora, prima di affrontare il "Sistema Vettore/Asse" come "Impalcatura Energetica del corpo umano", consideriamo che: "Il campo energetico della persona è sottomesso alle leggi totali dell'Universo e, in particolar modo, alla 'Legge di polarità' e al 'Principio di conservazione dell'energia'. Tutto l'Universo, fino alla più piccola particella è permeata d'energia.



Tutto il mondo materiale e spirituale si appoggia sull'energia, la quale si presenta come una 'carcassa' dell'Universo che circola costantemente trasformandosi in differenti qualità ed in una moltitudine di forme. L'uomo ha una 'carcassa' energetica complessa che interagisce costantemente con l'Universo... Gli antichi Orientali ritennero che la persona è in continua collaborazione con l'Universo. Se l'armonia è leggermente infranta, le persone si ammalano, mentre se lo squilibrio energetico è significativo può condurre alla morte. Gli antichi guaritori per gestire l'energia della persona conoscevano l'anatomia energetica umana e la sua interazione con l'Universo... Nel corpo umano, consideravano, l'esistenza di sette centri energetici... Cinque centri energetici sono disposti lungo il lato interno della colonna vertebrale, mentre altri due centri sono situati nella testa... I guaritori Orientali hanno fissato uno schema dell'energia Cosmica che penetra nel sincipite, e attraversando la spina dorsale ed il coccige giunge fino alla pianta dei piedi. L'energia della Terra attraversa i piedi e si dirige alla testa. Nell'organismo si stabilisce una bilancia energetica che distribuisce armoniosamente "Yang" e "Yin" in ogni organo, in ogni cellula. Il corpo umano è simile ad un magnete indiviso in cui ogni particella è regolata dai segni più e meno."<sup>[92]</sup>

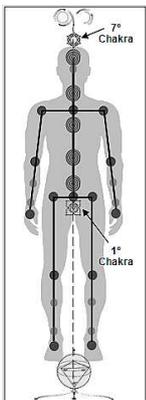
Dunque si sta parlando di polarità e di *Chakra* per tracciare la base iniziale di un'"Impalcatura Energetica" nel corpo umano. Quest'impalcatura si può visualizzare tramite i "Vettori", anch'essi già brevemente trattati nel testo.

I *Vettori* hanno i loro punti di repere, nel corpo umano, in corrispondenza ai *Chakra* (i principali e alcuni dei secondari) ed il loro allineamento su di un "Asse" che segue il principio di polarità. Per questo d'ora in poi, per delineare una delle tecniche di trattamento energetico del corpo umano, parleremo di un "Sistema Vettore/Asse" così come lo aveva intuito, visualizzato, teorizzato e realizzato il Dott. Upledger.

## Come visualizzare la "mappa" del Sistema Vettore/Asse

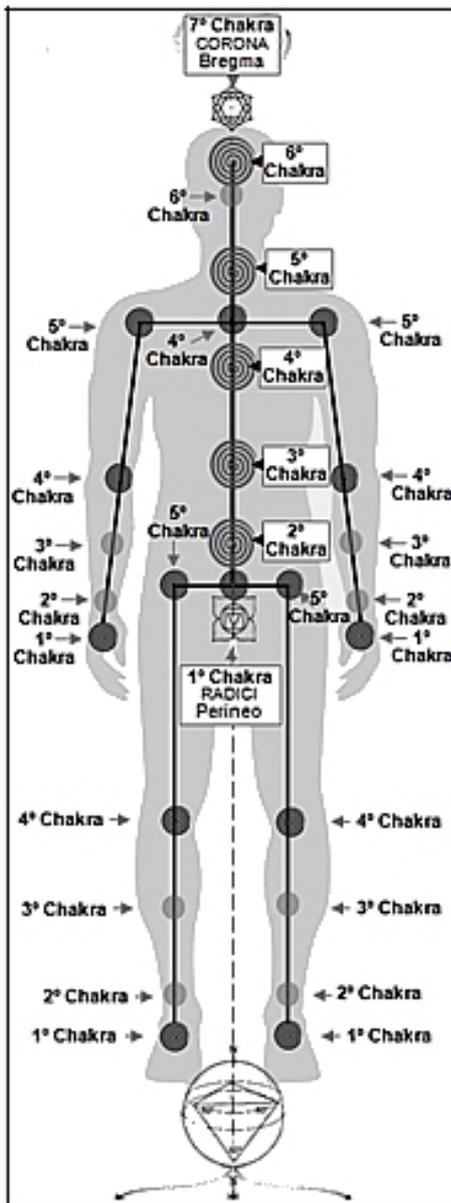
*Le mani sono, essenzialmente, gli occhi del Facilitatore di CST e SER.*

Durante i seminari tenuti agli studenti che apprendono le tecniche del Rilascio Somato-Emozionale, era emerso che la maggiore difficoltà per alcuni studenti era quella di visualizzare/percepire il *Sistema Vettore/Asse*. Ne conseguiva che diventava veramente ostico per loro effettuare un trattamento servendosi dei *Vettori*. Uno dei motivi di questa difficoltà avrebbe potuto essere dato dal fatto che, per recepire/assimilare delle nuove informazioni, si tende ad affidarsi quasi esclusivamente all'*Emisfero Sinistro* del cervello. Per questo, sia nei seminari sia in questo testo, si premette l'argomento (e l'esercizio) del collegamento tra i due *Emisferi* ed il *Corpo Calloso*, per potersi permettere di non lesinare nell'uso dell'*Emisfero Destro* e farne, invece, uno strumento utile per "dare forma" a ciò che *sembra* difficile da percepire/intuire se non con le sole mani del Facilitatore.



Per aiutarci a visualizzare i *Vettori* potremo fare una prima analogia con i meridiani e i paralleli della terra, rapportandoli al corpo umano. Basiamoci dunque sulla polarità (come i poli nord e sud del pianeta Terra) e iniziamo la mappa dei *Vettori*, servendoci anche dei "*Chakra*" come punti di repere. Immaginiamo che la persona abbia una polarità in cui il nord è il punto centrale in mezzo al capo in direzione del 7° *Chakra* (figura a sinistra), mentre il sud è al polo opposto di una linea che scende retta dal 7° *Chakra* e attraversa altri 5 *Chakra* principali e centrali, in direzione del pube verso 1° *Chakra*, fermandosi però all'altezza delle ossa iliache. Poi pensiamo che questa linea retta verticale sia attraversata da due linee rette orizzontali che la intersecano, una all'altezza delle spalle (da una spalla all'altra) e una all'altezza del bacino (da un'anca all'altra). Ora andiamo a completare la nostra mappa.

## Tracciare la mappa del Sistema Vettore/Asse con i Chakra principali e inferiori/secondari



Per visualizzare l'intera mappa Vettore/Asse, può esservi utile un "tracciato" formato dai Chakra, che comprenda sia i 7 Chakra principali sia alcuni dei 21 Chakra secondari (che hanno maggiore relazione con gli organi coinvolti nel lavoro di CST e SER).

Immaginiamo nel corpo una mappa bidimensionale formata dai Chakra (vedi immagine) internamente al corpo e consideriamo che il 1° e il 7° Chakra fungono esclusivamente da poli direzionali: il 1° Chakra ci indica la direzione verso il basso (*radici*) e il 7° verso l'alto (*corona*). Colleghiamo ora il 1° e il 7° Chakra tra loro mediante una linea retta che attraversa i restanti 5 Chakra principali. Avremo così ottenuto il primo Asse Vettoriale (*centrale*).

Considerando poi come punti di reperi i Chakra secondari/inferiori (che possono essere singoli o a coppie) vedremo che ciascuno di essi corrisponde energeticamente ad un Chakra primario/principale. Unendo i Chakra secondari tra loro (come nell'immagine) sia in senso orizzontale (trasversale rispetto all'Asse Vettoriale centrale) sia in senso longitudinale passando per ogni centro energetico (*punto di forza*), potremo ottenere la nostra "mappa completa" del Sistema Vettore/Asse, che in CST e SER costituisce l'Impalcatura Energetica del corpo umano.

### **"Che ci facciamo con questi Vettori?"**

Questa era la domanda che si era posta il Dott. Upledger dopo aver visualizzato (intuito/percepito) il sistema vettoriale in cui si "muove" l'energia nei trattamenti di CST e SER e da questa domanda era iniziata la sua "sperimentazione", su centinaia di casi clinici, fino a formalizzare il protocollo lavorativo con cui il Facilitatore può bilanciare/riequilibrare con successo ogni disallineamento dell'Impalcatura Energetica del corpo umano per ripristinare il corretto assetto del Sistema Vettore/Asse e, con esso, ripristinare anche lo scorrimento ottimale del flusso energetico nell'organismo.

Come sempre avviene nei trattamenti di CST e SER, però, non basta fermarsi all'atto dell'applicazione della tecnica di riallineamento rispetto ad una deviazione del Sistema Vettore/Asse (anche se può dare risultati positivi nell'immediato) bensì si dovrà comunque ricercare ed eliminare la causa che ha provocato la deviazione o il disallineamento del Vettore rispetto al suo Asse dato che, in caso contrario, si rischierebbe di procurare solamente una situazione di benessere a breve termine e non una situazione risolutiva.

*Quindi, quale può essere la causa del disallineamento del o dei Vettori rispetto al proprio asse?*

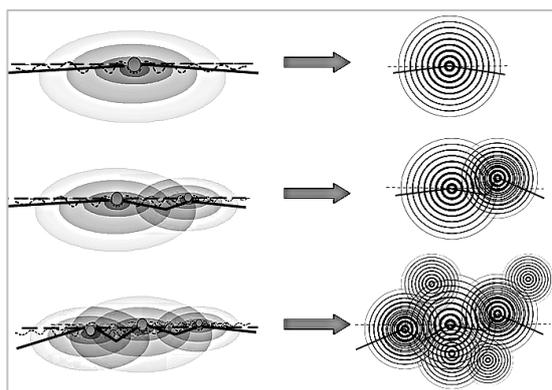
Le cause sono molteplici ma, tra le più comuni, potremmo trovare la "sofferenza" di un organo o un fattore/emozione/evento traumatico non risolto che ha creato una lesione attiva, una *Cisti Energetica*, che sta interrompendo, deviando o bloccando il flusso energetico vitale. Il Vettore, di conseguenza, nell'adattamento alla disfunzione, assumerà una posizione deviata o comunque diversa (spezzata o completamente dislocata) rispetto al suo Asse, coinvolgendo l'intera Impalcatura Energetica.

*Le Cisti Energetiche, le disfunzioni somatiche, i traumi fisici, i disturbi emotivi, assieme a tutto ciò che fino ad ora abbiamo definito come "piccole morti", interrompono o distorcono il sistema di allineamento e continuità energetica e, in alcuni casi, possono anche esprimersi palesando una evidente disfunzione posturale.*

Dunque, il disallineamento di uno o più *Vettori* rispetto al corrispondente *Asse* e la conseguente interruzione del flusso energetico, possono essere provocati da una *Cisti Energetica*. Andremo quindi ad individuare dove è posizionata la cisti energetica e risaliremo alla causa o alle concause che l'hanno generata, per poterla dissipare.

Proviamo ad immaginare l'effetto di una *Cisti Energetica* nel *sistema vettoriale* come se fosse un sasso che cade su di uno specchio d'acqua. Fino a prima dell'impatto, lo specchio d'acqua è una superficie lineare mentre, dopo l'impatto, subisce una serie di modificazioni che alterano sia la zona in cui è avvenuto l'impatto sia tutta la superficie circostante. Sappiamo che le *Cisti Energetiche* hanno una loro "vibrazione" e, come i *Chakra*, creano dei vortici energetici (in questo caso, antagonisti) in grado di "spostare" l'assetto del *Vettore*. Più sono le *Cisti Energetiche* presenti nell'organismo, più il *Sistema Vettore/Asse* verrà compromesso.

Per aiutarci, vediamo qui sotto la rappresentazione grafica bidimensionale.



Va quindi detto che, se nel trattamento del *Sistema Vettore/Asse* si riallineano esclusivamente i *Vettori* e, alla rivalutazione opportuna dopo ogni trattamento, si nota che il *Sistema* tende a non mantenere l'assetto corretto, si dovrà sicuramente ricercare e dissipare la *Cisti d'Energia* che impedisce il buon esito della tecnica e poi riallineare nuovamente il *Sistema* in modo che l'assetto corretto permanga in modo durevole. Inoltre, nel riallineare il *Sistema Vettore/Asse*, è importante rispettare i tempi di sistemazione e "fusione" dei *Vettori*; troppa fretta nel concludere porterà sicuramente i *Vettori* ad assumere una posizione esclusivamente temporanea, anche dopo aver dissipato la *Cisti Energetica* (dato che potrebbe permanere la traccia della memoria cellulare).

### **Tecniche d'allineamento dei Vettori sul loro Asse – per i Facilitatori**

Tecnica A: *Visualizzazione e mobilitazione energetica*

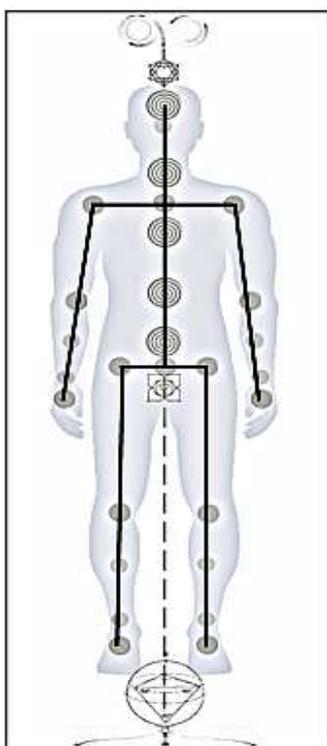
- 1A. Mettersi ai piedi del paziente appoggiando le mani sul dorso dei suoi piedi, con gli occhi socchiusi per visualizzare i *Vettori*;
- 2A. con un leggerissimo movimento sollevare lentamente gli arti inferiori e portarli in direzione cefalica (in linea retta o diagonalmente) nell'intento di agganciare la parte scollegata dai punti di giunzione dell'Asse;
- 3A. mobilitare gli arti superiori direzionandoli in modo da riconnettere i *Vettori* all'Asse;
- 4A. fare lo stesso in tutto il corpo, dove si rileva un disallineamento o una piegatura del *Vettore*, usando il corpo come un magnete per attrarre il *Vettore* sul proprio Asse;
- 5A. adottare movimenti delicati e lenti di trazione, compressione, rotazione, o una combinazione di essi, fino a che i *Vettori* devino, allineandosi all'Asse.



Tecnica B: *Tocco e mobilitazione energetica*

Questa tecnica può essere effettuata sia con il tocco delle mani sul corpo del paziente sia con la sola percezione energetica, tenendo le mani a distanza ravvicinata rispetto al corpo e facendole scorrere come uno "scanner" per visualizzare i *Vettori* lungo il corpo del paziente.

- 1B. Se non si riescono a percepire i vettori visivamente, ci si può aiutare con il tocco;
- 2B. in questo secondo caso, ad occhi chiusi, appoggiando le mani sui piedi, immaginare di inviare energia, dalle mani in direzione delle anche e valutare se il flusso energetico scorre continuo o trova degli impedimenti o degli ostacoli;
- 3B. fare lo stesso in tutto il corpo, cambiando la posizione di partenza delle mani, per l'invio di energia dalle estremità del corpo lungo gli Assi di scorrimento dei Vettori;
- 4B. dove si percepisce un blocco, rimanere con l'intento d'invio d'energia lungo l'Asse, fino a che non si sente il flusso energetico scorrere liberamente;
- 5B. ripetere questo esercizio in corrispondenza ad ogni Vettore del corpo, fino a che il flusso energetico potrà scorrere liberamente dovunque;
- 6B. prendere nota mentalmente dei vari blocchi percepiti (*Cisti Energetiche*) e, per fare in modo che i Vettori non si disallineino nuovamente, ricercare la componentistica emotiva che può aver causato una o più Cisti Energetiche in corrispondenza ai blocchi precedentemente percepiti, usando anche le informazioni che ci vengono date dalla componentistica emotiva corrispondente ai vari organi, Meridiani e Chakra coinvolti nei "punti del blocco";



*Vettori nel loro Asse dopo la tecnica di riallineamento*

7B. Quindi usare il Fattore Significativo per decidere su quale problematica lavorare.

Tenendo sempre presenti le indicazioni del Non Conscio del paziente, se il Facilitatore dovesse percepire la presenza di Cisti Energetiche durante la valutazione del Sistema, potrebbe comunque servirsi di uno qualunque dei metodi fino ad ora esaminati: per ripristinare in modo stabile il corretto assetto Vettore/Asse:

- Dialogo Immaginario Terapeutico,
- Tecnica di riempimento e svuotamento energetico dei Meridiani (nella loro connessione ad organi/viscere).

Solo dopo aver dissipato la Cisti d'Energia sarà molto più semplice riallineare stabilmente il Vettore compromesso e riallinearlo sul proprio Asse, sempre usando le tecniche di mobilizzazione energetica dei Vettori, senza più incorrere nella possibilità di un fenomeno di "ritorno" del Vettore alla posizione disfunzionale in cui si era posizionato rispetto al suo Asse.

### **Dalle osservazioni del Dott. Upledger ad un ulteriore metodo**

Il Dott. Upledger aveva riscontrato che, in alcuni dei casi da lui trattati, le linee dei Vettori fuoriuscivano dal corpo (ad esempio, oltre il limite fisico delle spalle) pur restando in una posizione tale da formare angoli di 90° rispetto all'intersezione con l'Asse principale di riferimento. In quei casi, si era comunque in presenza di una disfunzione.

Le sue linee guida per il Facilitatore, sintetizzavano la tecnica del riallineamento dei Vettori in questo modo:

- valutare l'allineamento Vettore/Asse nel Sistema;
- usare il corpo fisico come un magnete per mobilizzare il Sistema;

- la mobilitazione del Vettore deve essere fatta lentamente dandogli il tempo di riallinearsi;  
Se con la tecnica d'allineamento il Vettore non rientra o se non si mantiene in posizione corretta, occorre ricercare la disfunzione che ne determina l'anomalia e trattarla oppure la Cisti di Energia e rilasciarla."

Dopo la tecnica d'allineamento del Sistema Vettore/Asse, si ha un riscontro immediato di miglioramento, in cui il paziente percepisce una maggiore *propriocezione*: "...insieme delle funzioni deputate al controllo della posizione

*e del movimento del corpo, sulla base delle informazioni rilevate da recettori periferici denominati propriocettori (recettori del fuso neuromuscolare, organi tendinei del Golgi, recettori delle capsule articolari, riflessi propriocettivi). Le informazioni provenienti dai propriocettori entrano nel midollo spinale a livello delle corna dorsali. Qui, le fibre afferenti presentano sinapsi con neuroni locali, formando archi riflessi propriocettivi; alcune diramazioni, invece, risalgono l'intero midollo spinale per raggiungere i centri cerebrali deputati alla regolazione dei movimenti, come il tronco encefalico e il cervelletto. Tali informazioni sono elaborate all'interno di riflessi spinali volti al mantenimento della corretta postura e a contrastare la forza di gravità.*"<sup>[93]</sup>

Dopo l'applicazione delle tecniche di valutazione e riequilibrio dei Vettori, il Dott. Upledger aveva modo di riscontrare i benefici del trattamento anche attraverso le testimonianze dei suoi pazienti, in uno dei suoi libri leggiamo:

*"So che i pazienti sono molto consapevoli degli effetti positivi dell'integrazione e dell'allineamento Vettore/Asse quando viene loro effettuato. Le osservazioni si riferiscono costantemente a un senso di 'migliorata correttezza' e 'migliore consapevolezza corporea.'" (propriocezione).*

Il Dott. Upledger, da buon educatore, desiderava che ogni Facilitatore potesse avvalersi del suo metodo per poterlo applicare ma, non solo, desiderava che ognuno lo potesse sperimentare attraverso ulteriori ricerche e scoperte, intuizioni ed applicazioni, per poterlo migliorare e... superare.

A proposito della tecnica di valutazione e trattamento del Sistema Vettore/Asse, il Dott. Upledger ha scritto:

*"Quando praticate questa tecnica, essa sviluppa ed espande i vostri limiti sensoriali... Un universo sconosciuto attende ulteriori esplorazioni."*

Quindi, seguendo le indicazioni del Dott. Upledger e tenendo comunque e sempre presente l'obiettivo terapeutico, nel prossimo capitolo valuteremo e tratteremo il *Sistema Vettore/Asse* con un ulteriore metodo, sia eidetico sia empirico, in cui ci baseremo non solo al riferimento logistico ma anche alle peculiarità energetiche dei *Chakra*.

## **Considerazioni**

Una delle più grandi sfide che ho affrontato, come docente di CST e SER è stata quella di insegnare il primo seminario italiano di SER 1 rivolto ai non vedenti dell'Unione Italiana ciechi.

Durante i primi tre giorni del corso pensavo di non affrontare proprio la parte del programma sui Vettori ma, quando ho esposto le mie perplessità ai miei assistenti che per l'occasione di quel corso erano dei miei studenti di CST che lavoravano da anni con i non vedenti, sono stato invece rassicurato e spinto ad affrontare l'argomento proprio da una mia assistente abilitata in "orientamento e mobilità dei non vedenti".

Appena spiegato l'argomento alla classe di non vedenti, dando istruzioni verbali sulla posizione delle mani per iniziare ad affrontare questa tecnica, con mia immensa sorpresa, gli studenti non vedenti mi dissero che per loro era tutto molto chiaro e iniziarono a praticare seguendo uno degli approcci che gli avevo proposto, tra quelli indicati dal Dott. Upledger nel libro "Rilascio Somato-Emozionale e oltre - Il Trauma e la Mente".

Mettendo le mani a minima distanza del corpo, a partire dai piedi, e risalendo verso la testa, una volta che gli studenti trovavano "l'incrinatura" e/o la deviazione del Vettore, iniziavano a spostare energeticamente il Vettore per ricongiungerlo al suo Asse, usando i soli movimenti delle mani, a poca distanza dal corpo e ovviamente senza toccare né muovere il corpo.

Incredibile ma vero!!! Devo dirvi che sia io sia i miei assistenti eravamo estremamente felici di questo esito.

Da allora ho sempre proposto il metodo di percepire e mobilitare i Vettori con le "linee scintillanti" (come le vedeva il Dott. Upledger e come avevo proposto ai non vedenti), oppure, a chi ha delle difficoltà ad immaginarli, di adottare qualunque altra forma di visualizzazione soggettiva.

### **L'analisi crea paralisi**

"*L'analisi crea paralisi*" è una frase che spesso il Dott. Upledger diceva in classe, rivolgendosi a quegli studenti che amavano disquisire su ogni dettaglio (abusando dell'*Emisfero Sinistro*) anziché cogliere innanzi tutto, a livello intuitivo, il senso di un concetto che lui desiderava trasmettere.

Anche *Sian L. Beilock*, psicologa, kinesiologa, scienziata cognitiva e presidente del Human Performance Lab di Chicago, sarebbe stata d'accordo con lui, tant'è che ha rilasciato un'intervista allo *Wall Street Journal* sul tema "*Paralisi da Analisi*", in cui adduceva ai fattori stressanti (come può esserlo anche lo stress analitico/intellettuale) alcuni dei blocchi cognitivi o motori più comuni nei semplici eventi quotidiani delle persone.

Questo concetto, però, ha radici ben più antiche e si ispira ad una delle più famose favole di Esopo, lo scrittore nato nel VI secolo a. C., in Grecia.

Oggi si discute di "*insight*" e "*problem solving*" e la diatriba ingaggiata da psicologi, neurologi, sociologi, pedagogisti, antropologi, ecc., sull'influenza primaria dell'uno o dell'altro comportamento adottato nella realtà delle persone, rischia davvero di diventare "*paralizzante*".

Per fortuna, nonostante ogni discussione di merito, possiamo sempre contare sulle grandi intuizioni di grandi individui, che sono vissuti e vivranno in ogni tempo, indipendentemente dalla loro disciplina scientifica o umanistica, per accogliere un "*Eureka!*" o una soluzione costruttiva, evolutiva e/o salvifica, rispetto alle condizioni/situazioni difficili da comprendere o da affrontare, siano esse ordinarie o esiziali, materiali o spirituali, per ogni diverso scenario/fenomeno che ci propone la vita.

# DELL'IMPALCATURA ENERGETICA

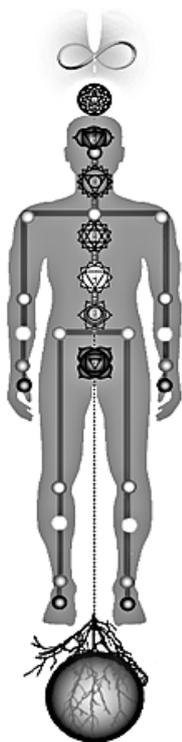
## NEL SISTEMA VETTORE/ASSE

### I Chakra nella CST e nel SER

Definiamo meglio i *Chakra* nel modo propedeutico alle tecniche di CST e SER. Abbiamo già visto nei *Meridiani* della MTC che ogni organo del corpo umano afferisce a uno specifico *Meridiano*. La stessa cosa avviene per i *Chakra* e, come per i *Meridiani*, ogni *Chakra* ha una propria peculiarità energetica ed emozionale, che si riferisce nel fisico ad uno specifico organo. Queste corrispondenze costituiscono per il Facilitatore un ulteriore metodo di valutazione e trattamento, nel contesto di ricerca dell'anomalia o della disfunzione presente nell'organismo e nel ripristino e stabilizzazione delle corrette funzioni fisiologiche, includendo la riarmonizzazione energetica ed emotiva della persona. Inoltre, va tenuto presente che la funzionalità dei *Chakra*, nell'obbiettivo che ci siamo prefissi, è quella di permetterci di avere un ulteriore accesso alla cognizione dell'*Impalcatura Energetica* del corpo umano (*Sistema Vettore/Asse*), la stessa impalcatura che ci dovrà sostenere nell'affrontare situazioni di cambiamento, perdita, abbandono, separazione e lutto, tutte situazioni/scenari in cui potrebbe essere compromesso il nostro *Continuum Energetico Vitale*.

### Chakra principali e inferiori/secondari e anatomia afferente

Nella sintesi di Assam Bihar su "I Sette Chakra" leggiamo: "I Chakra sono centri energetici e di consapevolezza presenti nel corpo umano... I Chakra principali sono sette, ma ce ne sono molti altri secondari... che "idealmente" corrispondono con i punti dei meridiani dell'agopuntura... ...Ognuno di essi sovrintende a determinati organi... In occidente si nominano per numero o riferendosi al centro o al plesso fisico interessato."<sup>[94]</sup>



Ai nostri fini focalizzeremo l'attenzione sulla scelta dei *Chakra* adeguati a perfezionare la mappatura del *Sistema Vettore/Asse*, in modo pertinente alla CST e al SER. Il *Sistema Vettore/Asse* collegato all'identità dei *Chakra* può suggerire, identificare ed associare a livello energetico l'anomalia e la componentistica emotiva che ha originato (o che alimenta) la *Cisti d'Energia*. Se la *Cisti Energetica* è posizionata lungo il *Vettore* ed interrompe il flusso energetico o devia il *Vettore* dal suo tracciato rispetto all'*Asse*, potremo riferirci alle peculiarità dei *Chakra* che costituiscono i punti di reperi di quel *Vettore* per stabilirne la natura energetica. Per aiutarci ad identificare il tipo d'energia che potremmo trovare, elenchiamo brevemente qui di seguito i 7 *Chakra principali* e le loro corrispondenze fisiche ed emotive nel corpo umano. Ad ognuno dei 7 *Chakra principali* (punti di reperi primari nel *Sistema*), assoceremo anche alcuni dei *Chakra inferiori* a loro corrispondenti (punti di reperi secondari) e utili a mappare il *Sistema Vettore/Asse*.

# I CHAKRA PER UNA VALUTAZIONE DELL'IMPALCATURA ENERGETICA

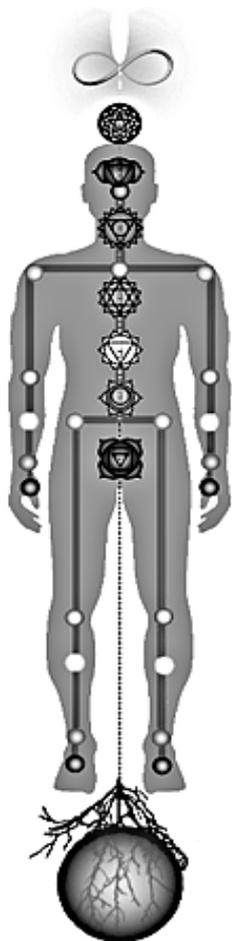
## NEL SISTEMA VETTORE/ASSE

### I Chakra nella CST e nel SER

Definiamo meglio i *Chakra* nel modo propedeutico alle tecniche di CST e SER. Abbiamo già visto nei *Meridiani* della MTC che ogni organo del corpo umano afferisce a uno specifico *Meridiano*. La stessa cosa avviene per i *Chakra* e, come per i *Meridiani*, ogni *Chakra* ha una propria peculiarità energetica ed emozionale, che si riferisce nel fisico ad uno specifico organo. Queste corrispondenze costituiscono per il Facilitatore un ulteriore metodo di valutazione e trattamento, nel contesto di ricerca dell'anomalia o della disfunzione presente nell'organismo e nel ripristino e stabilizzazione delle corrette funzioni fisiologiche, includendo la riarmonizzazione energetica ed emotiva della persona. Inoltre, va tenuto presente che la funzionalità dei *Chakra*, nell'obbiettivo che ci siamo prefissi, è quella di permetterci di avere un ulteriore accesso alla cognizione dell'*Impalcatura Energetica* del corpo umano (*Sistema Vettore/Asse*), la stessa impalcatura che ci dovrà sostenere nell'affrontare situazioni di cambiamento, perdita, abbandono, separazione e lutto, tutte situazioni/scenari in cui potrebbe essere compromesso il nostro *Continuum Energetico Vitale*.

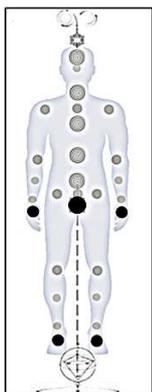
### Chakra principali e inferiori/secondari e anatomia afferente

Nella sintesi di Assam Bihar su "I Sette Chakra" leggiamo: "I Chakra sono centri energetici e di consapevolezza presenti nel corpo umano... I Chakra principali sono sette, ma ce ne sono molti altri secondari... che "idealmente" corrispondono con i punti dei meridiani dell'agopuntura... ...Ognuno di essi sovrintende a determinati organi... In occidente si nominano per numero o riferendosi al centro o al plesso fisico interessato."<sup>[94]</sup>



Ai nostri fini focalizzeremo l'attenzione sulla scelta dei *Chakra* adeguati a perfezionare la mappatura del *Sistema Vettore/Asse*, in modo pertinente alla CST e al SER. Il *Sistema Vettore/Asse* collegato all'identità dei *Chakra* può suggerire, identificare ed associare a livello energetico l'anomalia e la componentistica emotiva che ha originato (o che alimenta) la *Cisti d'Energia*. Se la *Cisti Energetica* è posizionata lungo il *Vettore* ed interrompe il flusso energetico o devia il *Vettore* dal suo tracciato rispetto all'*Asse*, potremo riferirci alle peculiarità dei *Chakra* che costituiscono i punti di reperi di quel *Vettore* per stabilirne la natura energetica. Per aiutarci ad identificare il tipo d'energia che potremmo trovare, elenchiamo brevemente qui di seguito i 7 *Chakra* principali e le loro corrispondenze fisiche ed emotive nel corpo umano. Ad ognuno dei 7 *Chakra principali* (punti di reperi primari nel *Sistema*), assoceremo anche alcuni dei *Chakra inferiori* a loro corrispondenti (punti di reperi secondari) e utili a mappare il *Sistema Vettore/Asse*.

- 1° Chakra: detto anche "della radice".



Il suo nome in sanscrito è: *Kundalini*. Si riferisce alla volontà di sopravvivenza e alla soddisfazione degli istinti e dei fabbisogni primari e all'aspetto puramente fisico della sessualità finalizzato alla riproduzione.

*Colore associato:* rosso.

*Nota musicale associata:* DO.

*Punto di reperi primario:* **perineo / o / pube /coccige.**

*Punti di reperi secondari:* uno nella pianta di ogni piede e nel palmo di ogni mano.

*Organi collegati:* **ghiandole surrenali, reni, vescica, colonna vertebrale, retto.**

**Sul piano corporeo corrisponde ai surreni, alla secrezione di ormoni d'adrenalina e di corticosteroidi, che garantiscono l'adattabilità nelle situazioni di pericolo (lotta o fuga) e l'adattamento a intensi sforzi.**

- 2° Chakra: detto *sacrale o sessuale*.



È relazionato alla sessualità ed alla sua componente emotiva, alla creatività, al senso della bellezza, all'autostima.

*Colore associato:* arancione.

*Nota musicale associata:* RE.

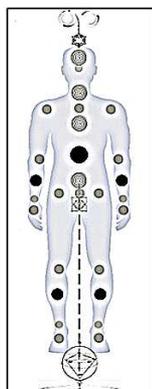
*Punto di reperi primario:* tra ombelico e osso pubico / infraombelicale.

*Punti di reperi secondari:* uno in ogni caviglia e uno in ogni polso.

*Organi collegati:* **gonadi, organi riproduttivi, nervo sciatico.**

**Sul piano fisico corrisponde alle ghiandole germinali ed alla loro influenza nello sviluppo dei caratteri sessuali. Viene associato anche con i disturbi ai reni e alla circolazione e ad alcune disfunzioni del Sistema Immunitario.**

- 3° Chakra: detto *ombelicale*.



È pertinente al desiderio di potere e alla manipolazione della realtà, per trovare il proprio posto nella società e nel mondo. Ha la capacità di assimilare e trasformare quello che la vita propone.

*Colore associato:* giallo.

*Nota musicale associata:* MI.

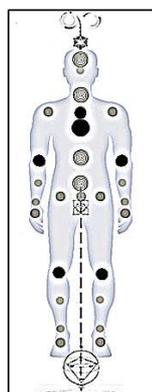
*Punto di reperi primario:* bocca dello stomaco / plesso solare.

*Punti di reperi secondari:* uno al centro di ogni tibia e uno al centro di ogni avambraccio.

*Organi collegati:* **fegato, cistifellea, milza, stomaco, pancreas, duodeno, intestino tenue, colon trasverso.**

**Sul piano fisico è collegato alle funzioni digestive ed in particolare al pancreas, ghiandola esocrina, che contiene anche delle cellule endocrine responsabili della produzione degli ormoni di insulina e glucagone.**

- 4° Chakra: detto *del cuore*.



È associato all'amore e alla capacità di amare incondizionatamente, all'empatia e alla guarigione. È punto d'unione e centro energetico dell'asse "cielo - terra".

*Colore associato:* verde.

*Nota musicale associata:* FA.

*Punto di reperi primario:* in posizione centrale tra spina dorsale e cuore.

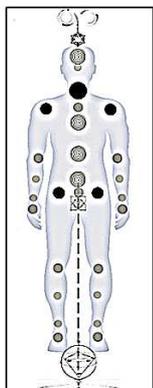
*Punti di reperi secondari:* uno dietro ogni ginocchio, uno anteriormente ad ogni gomito e uno in corrispondenza alla ghiandola del timo.

*Organi collegati:* **cuore, timo, bronchi e polmoni.**

**L'organo a cui corrisponde è il cuore, ma si associa anche alla ghiandola del timo (fino alla pubertà).**

È connesso al Nervo Vago e al Sistema Immunitario. Associato ad organi endocrini responsabili della produzione dell'ormone atriale natriuretico (ANF) che è prodotto da cellule specializzate del miocardio. Coinvolto nel controllo omeostatico d'acqua, sodio, potassio nell'organismo e grasso nel sistema circolatorio e, a livello renale, li riduce abbassando la pressione sanguigna.

- 5° Chakra: detto della gola.



È relazionato alla capacità di comunicare e alle svariate forme d'espressione creativa come: musica, danza, arte e in generale col ritmo.

*Colore associato:* azzurro / blu.

*Nota musicale associata:* SOL.

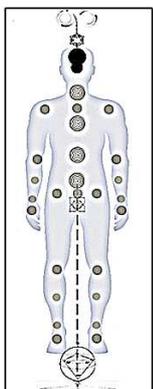
*Punto di reperi primario:* al centro della gola.

*Punti di reperi secondari:* uno sotto ogni clavicola tra l'epifisi mediale e laterale e uno in corrispondenza di ogni cresta iliaca anteriore-superiore.

*Organi collegati:* gola, tiroide, tonsille, laringe, corde vocali, esofago.

Sul piano fisico corrisponde alla tiroide, che scandisce il tempo interno della crescita e del metabolismo.

- 6° Chakra: detto della fronte.



Riguarda la capacità di comprendere la realtà vibratoria sovrasensibile ed è quindi in relazione con le facoltà di intuizione e di visione delle entità normalmente non percepibili. Ad esso è collegato il cosiddetto *terzo occhio*.

*Colore associato:* indaco / viola.

*Nota musicale associata:* LA.

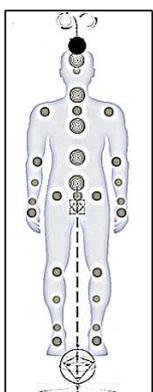
*Punto di reperi primario:* nel centro della fronte in corrispondenza alla glabella.

*Punti di reperi secondari:* uno solo, centrale dietro agli occhi.

*Organi collegati:* ipofisi - ghiandola pituitaria, cervello, occhi, orecchie, naso.

A livello fisico corrisponde all'ipofisi, che esercita un'influenza su tutte le altre ghiandole endocrine dell'organismo.

- 7° Chakra: detto della corona.



È ritenuto la sede dell'illuminazione in cui l'Io individuale si congiunge con quello cosmico universale, il canale del Sé Superiore; determina le esperienze mistiche di pace e beatitudine.

*Colore associato:* viola / luce bianca / luce dorata.

*Nota musicale associata:* SI.

*Punto di reperi primario:* in linea con la sutura coronarica, al centro della fontanella (nel punto del Bregma).

*Punti di reperi secondari:* non ha Chakra secondari.

*Organi collegati:* epifisi - ghiandola pineale, cervello.

A livello corporeo è associato alla ghiandola pineale, la cui funzione si relaziona con la capacità di adattamento ai ritmi del giorno e della notte, e in generale con i processi di crescita e invecchiamento.

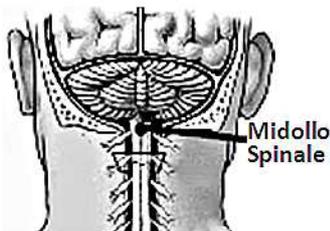
## Altri organi considerati

Abbiamo già avuto modo di prendere in esame alcuni organi, tra quelli vitali, coinvolti con i Meridiani. Ora introdurremo le funzioni anatomiche ma, soprattutto, le peculiarità energetiche di alcuni altri organi tra

quelli correlati ai *Chakra* e, mano a mano, completeremo la selezione degli Organi e Sistemi Organici fino ad avere una visione, essenziale ma coerente delle più importanti strutture organiche principalmente coinvolte nelle tematiche trattate da questo testo.

Una volta considerate tutte le principali strutture coinvolte, potremo concentrarci maggiormente e con consapevolezza sulla parte dell'emozionalità correlata ad ogni Organo e/o Sistema Organico e le loro conseguenti funzionalità nei trattamenti di CST e SER, riferiti alle situazioni di perdita, morte, piccole morti, separazioni, abbandoni e lutti.

► *Midollo spinale*



Il *Midollo Spinale*, assieme al *Midollo Allungato*, è coinvolto nella funzione di proteggere il *Cervello* dal dolore di un trauma fisico grave. La conduzione degli impulsi nervosi viene bloccata fino al *Tronco dell'Encefalo*.

► *Ipofisi*



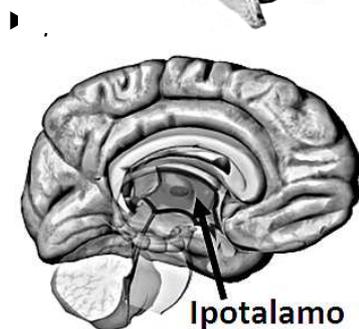
La *Ghiandola Pituitaria (Ipofisi)* interpreta i simboli cosmici che riceve dall'universo attraverso la *Ghiandola Pineale* e li traduce in azione terrena. Può assumere alcune funzioni legate all'*Ippocampo* ed alla memoria.

*Ha grandi capacità di risoluzione dei problemi.*

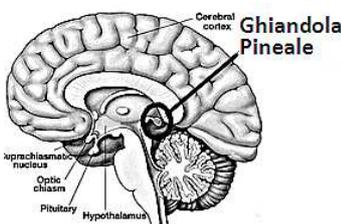
Equilibra le disfunzioni del *Sistema Endocrino*, i problemi legati al *Cervello* ed al *Midollo Spinale* e le problematiche del *Sistema Immunitario*. La sua parte posteriore assume un ruolo importante nelle funzioni renali.

È il protagonista nelle strutture coinvolte nell'asse dello *stress: Ipotalamo / Ipofisi / Corticosurrene*.

Regola ed influenza il ritmo sonno/veglia (in connessione con il *Sistema Reticolare*), la fame, la sete, il comportamento emotivo e sessuale, la temperatura corporea, le *Ghiandole Endocrine*, l'attivazione del *Sistema Nervoso Autonomo*; regola anche il testosterone ed ha un ruolo nelle dipendenze.

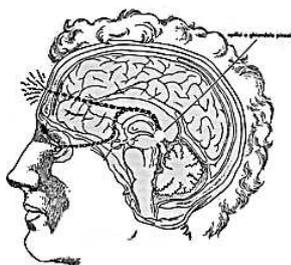


► *Ghiandola Pineale*



Il "*Corpo Pineale*" contiene cristalli magnetici e si ipotizza che orientino a Nord la nostra bussola interiore. L'inquinamento elettromagnetico (*in quanto fattore traumatico*) turba la *Ghiandola Pineale*. Essa orchestra l'integrazione del *corpo* con la *mente* e lo *spirito*. Aiuta il sistema a decidere quali energie debbano avere accesso all'interno del corpo materiale. La *Ghiandola Pineale* si unisce al "*Centro*" (struttura collegata agli *Ippocampi* e all'*Insula* del *Cervello*) per controllare il *Terzo Occhio (6° Chakra)* ed il processo di canalizzazione, per cui la *Ghiandola Pineale* è uno dei grandi intermediari tra il cosmo ed il corpo terreno.

È connessa alla *Ghiandola Pituitaria* ed invia l'energia cosmica alla *Pituitaria*, che si adopera per creare l'armonia terrena. È *mediatrice tra la singola coscienza ed il tutto*. Ci collega agli elementi di saggezza utili alla nostra consapevolezza cosciente. Reagisce alla luce nei processi di guarigione.



## I Chakra e il loro ruolo nella cultura occidentale

Come abbiamo già avuto modo di sottolineare, noi non eseguiremo dei trattamenti basandoci sulle usuali tecniche di trattamento (riequilibrio, riarmonizzazione) dei *Chakra*, adottate per lo più dalle discipline Yoga bensì, “utilizzeremo” i *Chakra* esclusivamente come riferimento per lavorare energeticamente sul *Sistema Vettore/Asse*. Comunque, crediamo che sia importante conoscere la connessione energetica dei Chakra nel corpo umano e la loro correlazione con l’emotività trattenuta negli organi. Per approfondire queste correlazioni, ci affidiamo ai testi di studiosi, scrittori, docenti ed esperti di Yoga.

In questo contesto va però detto che non desideriamo soffermarci sui 7 *Chakra principali* (sui quali la letteratura abbonda di informazioni), invece desideriamo sostanziare la scelta dei *Chakra secondari* (o inferiori), meno noti ma comunque, come abbiamo visto, utili per tracciare la mappa del *Sistema Vettore/Asse* e per avere le indicazioni ed i suggerimenti sulla natura fisica ed emotiva dell’anomalia che può avere causato un disallineamento del *Vettore* dal proprio *Asse*.

Prima, però, diamo alcuni brevi accenni sull’origine dei *Chakra*.

La loro prima descrizione si ha nei testi, antecedenti al V secolo d.C., che documentano le tradizioni religiose tantriche dell’India del nord.

Crediamo che tutti sappiano che il termine *Chakra* è un adattamento occidentale dal sanscrito (lingua ufficiale dell’India, corrispondente al greco antico o al latino occidentali, in quanto matrice delle lingue indoeuropee e indiane moderne) per indicare una “ruota”, un “disco”, un “cerchio” e tale è la forma con cui si raffigurano i *Chakra*.

Nella tradizione religiosa indiana, i *Chakra* rappresentano sia un “cerchio” o un “diagramma” mistico, sovrapponibile a quello del mandala per offrire una visione della unitarietà dell’esistenza, sia i centri in cui risiedono gli elementi del “corpo sottile” (o “corpo yogico” nella definizione accademica di André Padoux per distinguerlo dal “corpo trasmigrante”), come all’origine delle tradizioni tantriche a cui afferiscono lo yoga e la medicina ayurvedica o anche come per l’induismo e per il buddhismo e, comunque centri in cui risiede l’energia divina e del “creato”.

Molti indologi e studiosi occidentali hanno affrontato il tema dei *Chakra* affacciandosi alla filosofia ed alle religioni indiane ed in altri vari contesti, chi come “diagramma mistico”, chi in modo funzionale a definire i diversi sistemi religiosi nei vari periodi storici, chi come uno dei mezzi di riferimento per le pratiche utili all’ascesa spirituale e chi, ancora, come pratiche e riti utili a garantire una struttura salubre del corpo e salvifica dello spirito (anche nella visione *reincarnazionale* o di metempsicosi).

Tra i più famosi occidentali che hanno studiato, introdotto e diffuso la “dottrina” dei *Chakra*, troviamo lo scrittore orientalista britannico Sir *John Woodroffe* (1865 – 1936), alias *Arthur Avalon* che, all’inizio del secolo scorso, fu tra i primi a tradurre dal sanscrito un testo indiano che trattava questo argomento e a cui in seguito fece riferimento anche lo psicologo *Carl Gustav Jung*.

*C.G. Jung* prese in considerazione i *Chakra* studiando a fondo la loro carica energetica e vide nel loro potenziale una correlazione archetipica che trovava la sua risonanza nella vita inconscia dell’individuo. Ad essi, in un loro possibile contesto disfunzionale, associò le fonti dei disturbi psicosomatici. Inoltre, affermando che la cultura occidentale non aveva ancora sviluppato il risveglio della coscienza cosmica, fece delle corrispondenze tra i vari “livelli” dei *Chakra* ed i livelli del processo di identificazione e sviluppo della coscienza individuale con il Sé Superiore.<sup>[95]</sup>

*Mircea Eliade* (1907 – 1986), filosofo rumeno, storico, scrittore e docente universitario di storia delle religioni in Francia e a Chicago, fu allievo di *C. G. Jung* e profondo conoscitore delle filosofie orientali, studiandone gli antichi testi direttamente dal sanscrito. Trasmise al mondo occidentale i più importanti concetti filosofici della religione indiana e con essi anche le pratiche e i rituali. Prese in considerazione i *Chakra* descrivendoli come dei “centri” che rappresentano degli “stati yoga” attraverso cui si ha accesso ad esperienze *transfisiologiche*, inaccessibili senza un’ascesa spirituale.<sup>[96]</sup>

*Charles Webster Leadbeater* (1854 – 1934), vescovo vetero-cattolico, teosofo, scrittore, occultista e chiaroveggente britannico, fondatore della Chiesa cattolica liberale, fu una figura controversa e, per molti, “scomoda”. Visse e studiò per molti anni in India, prima di tornare nella società londinese dove divenne

fautore di rituali e cerimoniali sui “*corpi sottili*”, tra cui i *Chakra* nella loro triplice natura che comprende i *mandala* e i *mantra*.

Lo scrittore *Diego Fayenz* nel suo articolo “*Chakras mantra e mandala*”, scrive prendendo in considerazione anche le affermazioni di *Leadbeater*: “...risulta evidente un preciso rapporto tra le qualità morali, lo sviluppo dei poteri latenti ed i centri di forza o “*chakra*” dell’organismo psicofisico dell’uomo... Gli schemi teosofici che rappresentano la costituzione occulta dell’uomo e del mondo con i rispettivi piani e corpi possono avere proprietà analoghe quando vengono presi come mandala di meditazione che offrono a chi medita la visualizzazione delle realtà archetipali che esistono nella sua coscienza e in questo modo si stabilisce, attraverso l’intuizione, un rapporto psicologico tra realtà spirituale, schema esterno (mandala) e uomo.”<sup>[97]</sup>

*Rudolf Joseph Lorenz Steiner* (1861 – 1925), fondatore dell’*Antroposofia*, dottrina di derivazione teosofica, attribuisce ai *Chakra* la peculiarità di “*strumenti di percezione del corpo astrale*”, così come lo sono i cinque sensi per il corpo fisico; tale funzione dei *Chakra* è possibile, secondo *Steiner*, solamente a seguito di una giusta disciplina volta all’evoluzione spirituale che ne “*ridesta*” la primaria funzione. *Steiner* fornisce nei suoi testi le istruzioni per l’attivazione dei *Chakra* che costituiscono dei “*centri di forza*” per l’apertura dello sviluppo interiore e la percezione dei “*mondi sottili*”.

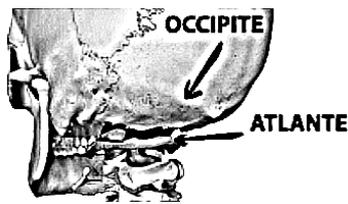
*Gabriele Burrini*, giornalista e studioso di storia delle religioni, saggista e scrittore italiano contemporaneo, nel suo articolo “*Chakra astrali e centri eterici secondo l’Antroposofia*”, fornisce una breve introduzione sui *Chakra*, prima di affrontare lo sviluppo dell’argomento secondo l’*Antroposofia* e scrive: “*Sull’onda del movimento New Age si è attualmente diffuso un vasto e capillare interesse per la dottrina orientale dei chakra, un interesse oggi finalizzato soprattutto a scopi salutistici, nel senso che i chakra vengono intesi come centri energetici grazie alla cui attivazione il corpo umano può ripristinare la naturale armonia psico-fisica corrosa dalle tensioni quotidiane e dallo stress. Questa è la strada del Reiki, della cristalloterapia, della cromoterapia dei chakra e del balancing dell’aura, nei quali è perlopiù un operatore-guru che attiva i chakra del “paziente” imponendo su di essi le mani o collocando particolari cristalli o fasci di luce. Diverso era l’uso della dottrina dei chakra secondo lo yoga indiano, che in essi vide le tappe di un severo cammino interiore di liberazione, fatto di meditazioni sulle Scritture, di recitazioni liturgiche dei mantra, di autocontrollo del respiro e di posture fisiche: un cammino mistico, insomma, o “mentale”, che apriva l’anima umana al colloquio con l’Assoluto... Lo stesso cammino “mentale” dei chakra si ritrova nel buddhismo. Nel Piccolo Veicolo (Theravâda), tuttavia, la dottrina dei chakra era assente. Essa compare soltanto nel buddhismo tantrico Vajrayâna, sviluppatosi intorno al VII secolo d.C. e diffusosi in Tibet... Come far rivivere, in modo idoneo alla civiltà moderna, questa lontana “mappa interiore”, questa affascinante “geografia dell’anima”, connessa con il mondo degli archetipi spirituali? Nel rispondere a tale quesito Rudolf Steiner dà del sistema dei chakra una personale interpretazione contenuta in L’iniziazione... e in La scienza occulta...”<sup>[98]</sup>*

Queste, citate fino ad ora, sono alcune tra le voci più autorevoli che hanno focalizzato l’attenzione dell’occidente sulle pratiche afferenti ai *Chakra*.

Di fatto, in occidente, com’è facile capire dai pregressi e come scrive lo storico delle religioni *David G. White* (1953): “*Nei fatti non esiste un sistema dei ‘chakra’ che si possa definire standard. Ogni scuola, e alle volte ogni maestro di ogni singola scuola, ha avuto il proprio sistema di chakra.*”<sup>[99]</sup>

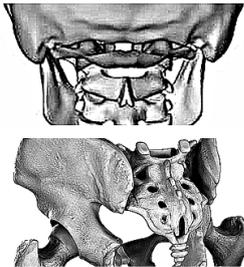
## SVILUPPO DELLE ALTRE PRINCIPALI STRUTTURE ORGANICHE COINVOLTE

### ► 5° Diaframma



Coinvolge il IX, X e XI Nervo cranico. Controlla il flusso sanguigno arterioso nel capo, il drenaggio venoso e del fluido cerebrospinale attraverso le vene giugulari. Occorre liberare il 5° *Diaframma* per ripristinare la funzionalità delle altre strutture coinvolte.

### ► Triade della compressione o della depressione



Le strutture ossee coinvolte in quella che, in Tecnica Cranio-Sacrale, viene chiamata "*Triade della compressione*" (o *Triade della depressione*), sono:

- l'Articolazione SSB,
- il 5° *Diaframma*,
- l'Articolazione L5-S1.

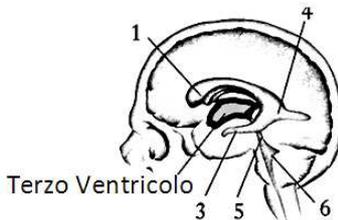
Se più d'una di queste tre articolazioni è in disfunzione, occorre lavorare anche sulle altre per ripristinare la loro funzionalità.

### ► Sistema Vagale



Fa parte del *Sistema Nervoso Autonomo*, di cui il mediatore è il *Nervo Vago* (X *Nervo Cranico*) che innerva tutte le fasce che avvolgono le viscere. È il responsabile della funzionalità di tutti gli organi pertinenti alle emozioni, anche nelle loro accezioni distruttive.

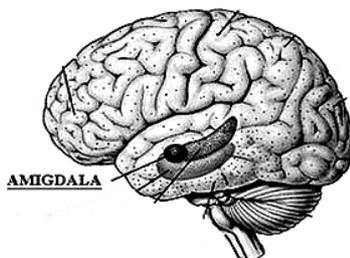
### ► 3° Ventricolo



È la seconda struttura organica tra le più coinvolte in un'esperienza di *lutto*, infatti il 3° *Ventricolo* potrebbe essere definito come: "il cuore del cervello".

Esso trattiene le emozioni in generale e la tristezza in particolare.

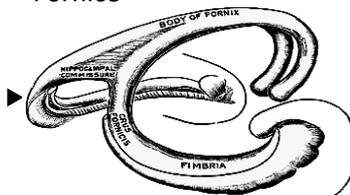
### ► Amigdale



Le *Amigdale* (vedi anche a pag. 118) possono essere trattate con la tecnica di Direzione di Energia.

"Vedono e sentono" (es.: nei casi di anestesia e/o coma) quello che avremmo visto o sentito se si fosse rimasti in stato di veglia cosciente e trattengono la paura di quel momento.

### ► Fornice



Struttura fondamentale del *Sistema Limbico*.

Le sue fibre si originano nell'*Ippocampo* dei due emisferi cerebrali.

Agisce in connessione con i due emisferi ed è la sede centrale della *fiducia*.

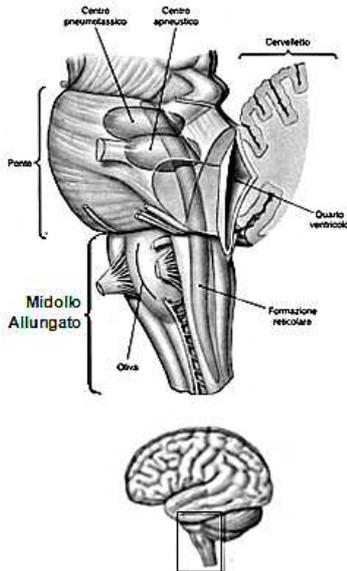
L'*Ippocampo* è una struttura collocata anatomicamente completamente dentro i *Lobi Temporal* che si occupano di *memoria recente* e *paura emotiva*.



È in relazione diretta con il *Nervo Olfattivo* (quest'ultimo è il primo Nervo che si forma in fase embrionale e che raggiunge il *Sistema Limbico* senza interfacciarsi col *Sistema Reticolare*).

Mantiene la *memoria emotiva degli eventi olfattivi* ed in particolare ricorda la *paura*. L'*ansia* presente in un sistema è in gran parte dovuta a disfunzioni dell'*Ippocampo*.

### ► Midollo Allungato



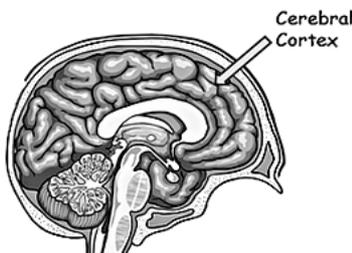
Una delle funzioni del *Midollo Allungato* è proteggere il *Cervello*, bloccando l'eccesso di informazioni ed impulsi (soprattutto quelli dolorifici) che arrivano dal *Sistema Nervoso Periferico*.

Una delle possibili disfunzioni del *Midollo Allungato* si manifesta con *comportamenti ossessivi e/o compulsivi*, derivanti da un eccesso di impulsi inviati al *Cervello* e non precedentemente "fermati".

Il *Midollo Allungato* è in correlazione con il *Cervelletto*; quest'ultimo può inibire un Rilascio Somato-Emozionale, per difesa, quando il *Midollo Allungato* decodifica l'esperienza del SER come prematura per il paziente. Perciò è importante, durante il SER, avere un "dialogo" diretto e schietto con il *Cervelletto* e il *Midollo Allungato*.

Il *Midollo Allungato* serba l'*esperienza di passato, presente e futuro* e mette le informazioni a disposizione della struttura che il Dott. Upledger definisce: "*Centro*".

### ► Corteccia Cerebrale

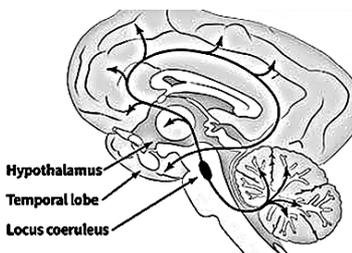


*Sostanza Grigia* (vedi anche a pag. 119) che ricopre entrambi gli emisferi.

È costituita da sei strati, ognuno con una funzione specifica.

La *Corteccia Cerebrale* domina gli istinti (*Sistema Limbico*.)

### ► Locus Ceruleus

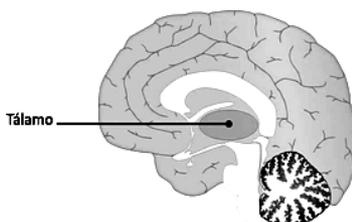


Situato nel *Tronco Encefalico*, fa parte del *Ponte* ed è il pavimento del 4° *Ventricolo*.

Quando un evento attiva una serie di cambiamenti fisiologici, il *Locus Ceruleus* rilascia noradrenalina e norepinefrina, per questo può avere un ruolo nelle *emozioni di rabbia, piacere, aggressività*.

È coinvolto nei processi di memoria e del sonno (come riposo) e nella percezione del *dolore*, nella *genesì dell'ansia* e nella regolazione dell'umore e dell'appetito.

### ► Talamo



*Trattiene circa il 50% del dolore percepito dal sistema*, proteggendo così il *Cervello* (vedi anche a pag. 119).

*Ha la chiave di rapporto/vissuto dell'ultima metà della vita*.

Ha funzionalità sulla memoria a lungo termine e stimola a pensare/concepire la prima memoria di noi.

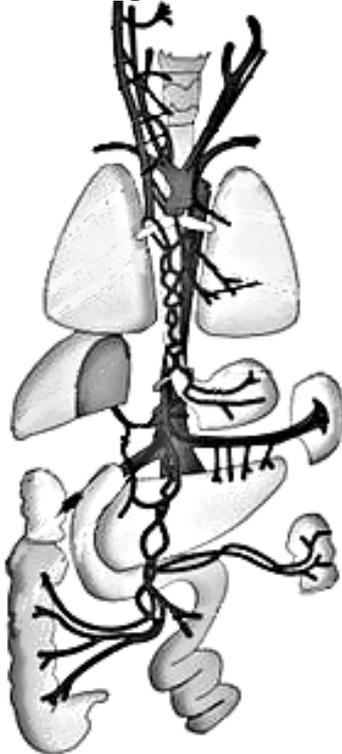
► *Cervelletto*



È la parte più antica del nostro *Sistema Nervoso Centrale* ed è coinvolto, attraverso il *Nervo Vago* (X N.C.), con la nostra *percezione della perdita e della morte*.

Il *Cervelletto* è la struttura che dà l'autorizzazione a *fare emergere una memoria alla consapevolezza*, se essa è utile per la salute del soggetto e la sua evoluzione personale.

► *Nervo Vago*



È il *X Nervo Cranico* e innerva tutte le viscere e per questo viene detto: "*la regina del Parasimpatico*".

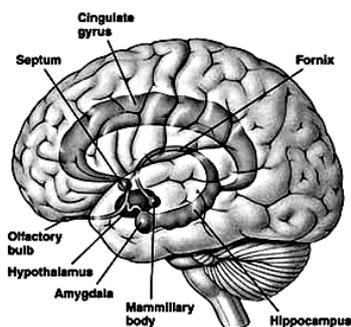
Esso presiede, come parte del *Sistema Parasimpatico*, alle attività di controllo e regolazione del nostro organismo nelle fasi di: riposo, sonno, digestione degli alimenti e la loro assimilazione ed eliminazione, anche quando l'organismo può non essere pronto ad entrare in azione.

Il *Sistema del Nervo Vago* ha grande influenza sulla funzionalità cardiaca e sulla respirazione.

I nuclei del *Nervo Vago* sono inseriti nel *Midollo Allungato* che filtra le informazioni che vanno al *Cervello*, tra le quali anche quelle dei ricordi di interruzione del *continuum vitale* che, in quanto eventi traumatici, possono essere causa di disfunzione del *Sistema Vagale*.

Il *Nervo Vago* ha anche molte interazioni con il *Sistema di Allarme Reticolare (SAR)*, e questo è il motivo per cui questo sistema può causare palpitazioni, vomito, ecc.

► *Sistema limbico*



Il *Sistema Limbico (Cervello Mammiliano)* è la sede delle nostre emozioni e vi si può accedere tramite l'intento, con una "presa della volta cranica".

Successivamente alla presa, dopo che l'emotività della persona si sarà espressa, potremo accedere alla *Neocorteccia* per poter trovare una soluzione costruttiva, utile alla dissipazione e alla trasformazione dell'energia distruttiva provocata dal trauma.

# IL CONCETTO DI ENTROPIA E SINTROPIA

---

## L'ENERGIA TERAPEUTICA IN CST E SER

### Entropia e Sintropia

Per introdurre il concetto di “*dissipazione delle Cisti Energetiche*” e, più precisamente, il concetto di rilascio dell’*energia distruttiva* (entropica) a favore dell’*energia costruttiva* (sintropica) attraverso la metodica del Rilascio Somato-Emozionale (tema già parzialmente affrontato), dobbiamo soffermarci un momento sulla modalità in cui il Facilitatore “usa” l’energia sintropica per dissipare la Cisti d’Energia e, quindi, dobbiamo introdurre i concetti di *Energia Entropica* e *Energia Sintropica* (e/o *Estropica*).

*Ulisse Di Corpo*, psicologo, psicologo sperimentale PhD, ricercatore sociale e statista, ha sviluppato la teoria dei bisogni vitali e, con *Antonella Vannini*, psicologa, psicoterapeuta, psicologa cognitiva e ipnosi-terapeuta, ci hanno dato la loro visione su: “*Le qualità distintive della legge dell’entropia e della legge della sintropia*”. Ecco alcuni brani estratti dal contesto dell’elaborato, che vi invitiamo a leggere interamente (vedi ‘*webliography*’<sup>[116]</sup> a fine libro):

*“Il secondo principio della termodinamica afferma che in ogni trasformazione di energia... una parte di energia si libera nell’ambiente. L’entropia è la grandezza con cui si misura la quantità di energia che si è liberata nell’ambiente... L’entropia misura quanto un sistema sia vicino allo stato di equilibrio e quale sia quindi il grado di disordine del sistema stesso. I fenomeni entropici presentano quindi le seguenti caratteristiche principali: 1) causalità: le onde divergenti non potrebbero esistere in assenza della causa che le ha generate; 2) tendenza all’omogeneità o principio dell’entropia: i fenomeni entropici tendono ad un livellamento generale, nel senso che procedono dal differenziato verso l’omogeneo, dal complesso verso il semplice. Con il passare del tempo cresce sempre più l’omogeneità e l’uniformità del sistema, ossia l’entropia del sistema stesso. L’entropia, come espressa dal secondo principio della termodinamica è, quindi, una caratteristica tipica delle onde divergenti... Le qualità distintive dei fenomeni sintropici sono invece: 1) l’entropia diminuisce; 2) i fenomeni sintropici sono di tipo antidispersivo e attrattivo, perché l’intensità delle onde convergenti, col passare del tempo, si concentra in spazi sempre più piccoli, con conseguente concentrazione di materia ed energia; 3) nei fenomeni sintropici abbiamo uno scambio materiale ed energetico. Infatti, in questi fenomeni si presenta un costante aumento di concentrazione materiale ed energetica. Tuttavia, siccome questa concentrazione non può aumentare indefinitamente, si osservano fenomeni entropici che compensano quelli sintropici e, di conseguenza, uno scambio di materia e di energia con l’ambiente esterno; 4) i fenomeni sintropici sono generati da “cause finali”, attrattori, che assorbono le onde convergenti. Queste “cause finali” sono strettamente connesse all’esistenza stessa del fenomeno: in questo modo è possibile introdurre il concetto di un “finalismo scientifico”, dove la parola finalismo è analoga a “causa finale”... Il conflitto tra la vita e l’entropia è ben documentato ed è continuamente dibattuto da biologi e fisici... Albert Szent-Gyorgyi affermava che ‘è impossibile spiegare le qualità di organizzazione e di ordine dei sistemi viventi partendo dalle leggi entropiche del macrocosmo’. Questo è uno dei paradossi della biologia moderna: le proprietà dei sistemi viventi si contrappongono alla legge dell’entropia che governa il macrocosmo... L’ipotesi di un conflitto fondamentale tra vita (sintropia) e ambiente (entropia) porta alla conclusione che i sistemi viventi devono soddisfare alcune condizioni vitali come, ad esempio, acquisire sintropia dal microcosmo e combattere gli effetti dissipativi e distruttivi dell’entropia. Al fine di combattere gli effetti dissipativi dell’entropia, i sistemi viventi devono, secondo questo modello, acquisire energia dal mondo esterno, proteggersi dagli effetti dissipativi dell’entropia ed eliminare i residui della distruzione delle strutture ad opera dell’entropia... Per riparare i danni causati dall’entropia, il sistema vivente deve attingere alla sintropia che consente di creare ordine, strutture e organizzazione e di contrapporsi agli effetti distruttivi dell’entropia... La legge della sintropia apre in questo modo una terza via nel dibattito sull’evoluzione in cui l’entropia (causalità e caso) interagisce con la sintropia (finalismo e necessità) producendo processi di organizzazione verso forme sempre più complesse, organizzate ed evolute.<sup>[116]</sup>*

## Descrizioni di Entropia, in sintesi

- Etimologia** La parola Entropia etimologicamente è composta dalle parole greche *en-* ("dentro") e *trope* ("rivolgimento").
- Significato** Misurazione del disordine che aumenta in una trasformazione fisica a causa del distribuirsi dell'energia disponibile "su più gradi di libertà".
- All'origine** L'Entropia (in *Fisica*) è il secondo principio della legge della Termodinamica (legge indice di degradazione dell'energia di un determinato sistema fisico). Qui lo spiega *Antonio Vecchia* (1938 – 2016), geologo, docente di scienze naturali, saggista:  
*"Termodinamica deriva da due termini greci che assieme significano 'movimento del calore'... studia le leggi relative a trasformazioni o trasferimenti di energia di qualsiasi tipo tra sistemi materiali. Il nome che è stato dato a questa parte della fisica si riferisce al fatto che è molto facile convertire una qualunque forma di energia (elettrica, chimica, meccanica, nucleare, ecc.) in calore e, dalla misurazione del calore... è possibile risalire alla quantità di energia in gioco... In natura tutte le trasformazioni spontanee generano disordine, ovvero quella grandezza che i fisici chiamano 'S' entropia... una trasformazione è spontanea quando vi è la naturale tendenza che essa si verifichi senza dover essere sottoposta ad alcuna azione esterna... per conoscere la misura dello stato di disordine di un sistema... dobbiamo calcolare la sua entropia... Una formula utile per calcolare l'entropia di un sistema isolato è stata proposta alla fine dell'Ottocento dal fisico austriaco Ludwig Boltzmann (1844 -1906)... In realtà non sempre in una trasformazione aumenta l'entropia nel sistema in esame: i processi metabolici cioè quelli che avvengono all'interno delle cellule invece che creare disordine aumentano l'ordine (la grandezza fisica che viene detta 'neghentropia')... la cellula è un sistema aperto nel quale sono possibili scambi di materia e di energia con l'ambiente esterno. A questo punto è opportuno chiarire la distinzione che esiste fra sistema isolato, sistema chiuso e sistema aperto... Un sistema isolato rappresenta un settore di Universo che non prevede scambi né di materia né di energia con il suo esterno... Un sistema è chiuso quando non scambia con l'esterno materia ma ha la possibilità di scambiare energia... un sistema si dice aperto se può scambiare con l'esterno sia materia che energia. Il corpo umano... è un esempio di sistema aperto in quanto in esso vi è un continuo scambio di acqua, sali minerali, composti organici, gas e calore con l'esterno o l'interno dell'organismo..."*
- I principi della Termodinamica: *"...la variazione di entropia di un sistema è direttamente proporzionale alla quantità di calore somministrata ed inversamente proporzionale alla temperatura del sistema a cui il calore viene aggiunto.... Dal primo principio della termodinamica discende la legge di conservazione dell'energia la quale afferma che l'energia non può essere creata né distrutta, ma solo trasformata da una forma in un'altra. Da ciò si deduce che l'energia totale di un sistema isolato resta costante indipendentemente dalle trasformazioni chimiche o fisiche a cui può essere soggetto il sistema stesso... Il secondo principio della termodinamica afferma che quando nell'Universo si realizza un processo spontaneo si ha sempre un aumento di entropia. Si noti che l'aumento di entropia si riferisce in questo caso all'Universo intero e non solo al sistema in esame... Il secondo principio completa il primo il quale prende in considerazione l'energia solo dal punto di vista quantitativo affermando che in un sistema isolato la quantità totale di energia si conserva mentre il secondo sostiene che l'energia possiede anche una qualità e che nei processi di trasformazione l'energia tende spontaneamente a degradarsi passando gradualmente da forme più pregiate a forme meno pregiate... Quando alla fine si porta il sistema allo zero assoluto (273 °C sotto lo zero) il ghiaccio si troverà in uno stato di ordine perfetto ed ogni possibile attività cesserà. Questa osservazione porta all'enunciato di quello che in modo improprio viene chiamato il "terzo principio della termodinamica" il quale afferma che allo zero assoluto ( $T = 0 \text{ K}$ ) l'entropia di un cristallo puro è pari a zero ( $S = 0$ )."*<sup>[117]</sup>
- In Filosofia** Per estensione al principio (secondo principio) espresso dalla fisica nella legge della termodinamica, l'accezione in filosofia designa come entropia una tendenza intrinseca ad un

sistema di perdere irreversibilmente parte del proprio ordine o delle proprie qualità.<sup>[118]</sup>

*In Chimica* La definizione di entropia che si evince dal secondo principio della termodinamica, in chimica, abbisogna sicuramente di maggiori specifiche rispetto al concetto di “disordine” menzionato dalla fisica. In chimica, ad esempio, osserviamo che alcune delle trasformazioni dello stato della materia, in cui l’entropia aumenta, portano invece ad una percezione di un aumento dell’ordine (es.: la cristallizzazione di un liquido). A questo scopo, l’entropia andrebbe meglio definita nella fisica come “grado di dispersione dell’energia” anziché “disordine”. La necessaria differenza di definizione è sostanziata da esempi chimico-fisici in cui l’entropia dei sistemi isolati aumenta in corrispondenza al relativo numero di stati microscopici di ogni sistema.<sup>[119]</sup>

*In Fisiologia* Abbiamo visto che il corpo umano è un sistema aperto, come lo è anche ogni singola cellula. *Fausto Bersani Greggio*, fisico, ricercatore in fisica nucleare, studioso di elettromagnetismo ambientale e biologico, collaboratore all’Istituto Nazionale Italiano di Fisica Nucleare, professore a contratto e scrittore, spiega come reagisce il corpo umano agli stimoli esterni, in una visione entropica. Qui trovate parte della sua spiegazione:

*“...L’impronta dell’entropia è riconoscibile anche nell’ambito della fisiologia umana quando nell’organismo, o in sue parti, intervengono modificazioni a seguito di interazioni con l’ambiente esterno... Gli organi di senso rappresentano la base biologica della percezione... la loro funzione è quella di registrare i cambiamenti che avvengono nell’ambiente e trasmetterli al cervello... Ogni organo di senso comporta una ‘trasduzione’, ossia la modificazione di un tipo di energia presente nell’ambiente (ad esempio onde luminose o sonore) in segnali neurali, ossia un altro tipo di energia. Inoltre i sensi non rispondono solo alla stimolazione di una particolare forma di energia, ma devono anche fornire percezioni differenziate a fronte di eventuali variazioni del segnale esterno. In sostanza ogni forma di energia può variare secondo due modalità: ‘quantitativa’ e ‘qualitativa’... qualsiasi stimolo fisico deve raggiungere un livello minimo per suscitare una sensazione. Tale livello, chiamato “soglia assoluta, segna il confine fra gli stimoli che vengono recepiti dall’organismo (stimoli sovralliminari) e gli stimoli che, pur essendo presenti, non sono avvertiti dall’organismo (stimoli infraliminari)... La differenza appena percepibile pare sia una costante, che ha un valore specifico per ogni modalità sensoriale e misura l’intensità di uno stimolo dicendoci di quanto esso deve variare per essere percepito come diverso da un altro (Legge di Weber-Fechner)... Gli accostamenti, ad esempio, tra la risposta a uno stimolo e l’entropia, così come tra il numero di microstati possibili e l’intensità dello stimolo stesso non possono passare inosservati: uno stimolo esterno sarà tanto più significativo quanto maggiore sarà il numero di microstati che metterà a disposizione del sistema e, allo stesso tempo, la risposta fisiologica sarà proporzionale al grado di disordine che viene introdotto a livello biologico a fronte di tale interazione con l’ambiente... Il nostro sistema percettivo, nel momento della trasduzione, trasforma energia ordinata ad esempio sotto forma di onde elettromagnetiche o acustiche, le quali contengono informazioni sull’universo circostante, in impulsi nervosi, l’unico linguaggio che il cervello è in grado di comprendere, anche se più disordinati. Questo connotato degenerativo comporta, dopo la trasduzione del nostro cervello, una perdita delle informazioni originali dello stimolo e impedisce un’ulteriore possibilità di produrre lavoro.”<sup>[120]</sup>*

*In Psicoterapia* Dalla pagina web di ‘Neuroscienze’, *Roberto Minotti*, psicologo e psicoterapeuta ad orientamento gestaltico, viene sviluppato il principio dell’entropia rapportandolo alla psicobiologia. Ecco una sintesi:

*“...per gli organismi viventi ogni elemento assimilabile rappresenta entropia negativa, ovvero uno stato estremamente ben ordinato di materia che viene restituito in una forma molto degradata... quanto espresso dal secondo principio della termodinamica. Tale principio stabilisce, inoltre, che una trasformazione avviene spontaneamente in un modo piuttosto che in un altro e che la sua direzione è irreversibile. Come vedremo in seguito, l’unico organo in grado di smentire tale principio sembra essere il nostro encefalo attraverso l’attività delle proprie capacità cognitive... Anche le cellule del nostro cervello scambiano elementi chimici e i neuroni attraverso le sinapsi stabiliscono collegamenti*

costituendo le reti neurali. Ma oltre alle funzioni per così dire “normali”, il cervello dell'uomo fa qualcosa di più. Esso genera idee, inventa soluzioni e produce artefatti. Il livello da organico passa a quello immateriale, trasformando la biologia in psicologia. I nostri pensieri non sono osservabili, le immagini e i ricordi altrettanto, eppure esistono. Potremmo dire che il cervello, come parte del corpo, trasforma sostanze chimiche in rappresentazioni mentali, il visibile nell'invisibile... Abbiamo inventato simboli comunicabili per comprendere e descrivere il mondo. La conoscenza e la comunicazione sono elementi inscindibili che costituiscono e rappresentano il nostro essere profondo. Come la trasmissione di elementi biologici è vitale per il nostro organismo, così i significati veicolati dal linguaggio lo sono per la mente. Più dell'azoto, del sodio o del potassio, elementi primari di cui si nutre il nostro cervello, sono le “sostanze” ideali, i segni, i simboli e significati, cioè strutture di senso impalpabili che rappresentano l'entropia negativa. È per tale ragione che l'apprendimento, lo studio, la ricerca, l'arte e tutto ciò che possiamo identificare come strutture logiche ritardano il decadimento delle nostre cognizioni. Oltre a ciò, soltanto la nostra mente è in grado di assimilare forme strutturate producendo forme ancora più complesse... La mente, quindi, assimila ordine producendo altro ordine, più complesso e strutturato di quello originario. L'attività del cervello umano sembra non tener conto del secondo principio della termodinamica in cui l'ordine produce disordine, ma di procedere con principi energetici e fisici molto diversi. Se consideriamo il concetto di irreversibilità descritta dall'entropia (la ‘freccia del tempo’), soltanto la mente umana può viaggiare nel tempo, osservando ciò che è stato, proiettandosi verso eventi futuri, pur restando e vivendo nel presente. Questa energia mentale è la sola ad operare flussi reversibili di energia sotto forma di rappresentazioni (ricordi ed immagini) connettendo aree del cervello deputate alle tre dimensioni temporali. L'irreversibilità dell'energia della materia, ordine verso disordine, sembra essere oltrepassata dalla reversibilità del pensiero, ordine verso ordine.”<sup>[121]</sup>

*In Fisica* Per la spiegazione dell'Entropia nella Fisica, ci affidiamo alle note del fisico francese Olivier Costa de Beauregard (1911 – 2007):

“...In ogni processo fisico reale una parte dell'energia iniziale si converte in calore, una forma di energia “disordinata”, che tende a disperdersi e che non si ritrova più nella configurazione finale... Ogni trasformazione implica dunque una ‘spesa’ di energia che non può più essere utilizzata. Da qui l'irreversibilità dei fenomeni fisici... L'idea essenziale è che più grande è il numero di particelle che costituiscono un sistema, maggiore è il numero di stati disordinati possibili rispetto a quello degli stati ordinati. È quindi più ‘probabile’ che un sistema passi da uno stato ordinato ad uno disordinato che viceversa, venendo a mancare i vincoli che ne assicurano la struttura ordinata... entro il contesto della fisica classica, eventi di [ritorno all'iniziale stato fisico] non sono impossibili bensì fortemente improbabili e l'improbabilità aumenta con il numero di particelle in gioco e le configurazioni microscopiche disponibili. Questo ha portato molti fisici a parlare di una ‘freccia termodinamica del tempo’, legata all'aumento dell'entropia... la differenza tra passato e futuro esiste in ogni processo e non è affatto appannaggio dei soli sistemi complessi, ma dipende drasticamente dalle condizioni iniziali. Lo status particolare del principio dell'aumento dell'entropia, semmai, consiste proprio nel fatto che contiene molto di più di quanto non ci sia in una legge fisica che si limita a correlare i valori di alcune grandezze nei vari punti di spazio-tempo; il secondo principio della termodinamica tiene implicitamente conto delle condizioni iniziali di un sistema... e, sulla base di queste condizioni esprime un'affermazione sugli stati asintotici del sistema, cioè sul suo futuro... è molto probabile, per un sistema isolato, passare da uno stato a bassa entropia ad uno con entropia maggiore ed è invece estremamente improbabile una ‘fluttuazione’ che, vedendo invertirsi tutti i moti delle particelle, porti l'intero sistema ad uno stato di entropia minore. È importante sottolineare che il secondo principio vale per sistemi isolati... Nessun sistema è realmente isolato in natura ed in effetti assistiamo di continuo a processi di morfogenesi che portano molti sistemi a mantenere o persino accrescere il loro grado di ordine e di struttura, attraverso scambi continui di materia ed energia con l'ambiente circostante... L'altro ‘percorso’ dell'energia, quello che conduce a stati più strutturati, si caratterizza con un'altra

*grandezza, la 'neghentropia o informazione'... In tal modo, 'entropia ed informazione' vengono ad essere le due facce della medaglia dell'energia e... in virtù del principio di conservazione di quest'ultima, sono due grandezze strettamente correlate. Infatti, sono connesse da una semplice legge che stabilisce che la somma dell'entropia e dell'informazione è costante per un sistema isolato. Anche per un sistema aperto ci si aspetta una relazione di questo genere..."<sup>[122]</sup>*

## **Fisica quantistica: Entanglement ed Entropia**

*Entanglement* (letteralmente: groviglio, intreccio) in modo più descrittivo *correlazione quantistica*, è il termine con cui si definisce lo stato quantico di un sistema fisico in cui vi è la possibilità per due particelle di comunicare nello spazio e nel tempo, scambiandosi delle informazioni. Praticamente, è il modo della fisica quantistica di descrivere un "rapporto a distanza" (senza alcun limite spazio-tempo) tra due sistemi. Recentemente, i ricercatori della Commissione Tecnico-Scientifica dell'Upledger International hanno validato alcune nuove tecniche proposte da *Kenneth Koles Ph.D, LAc, DSc, CST-D*, agopuntore, studioso di Medicina Orientale, ricercatore e docente, che si basano anche sul concetto dell'*entanglement quantistico* per l'applicazione della CranioSacral Therapy e del SomatoEmotional Release.

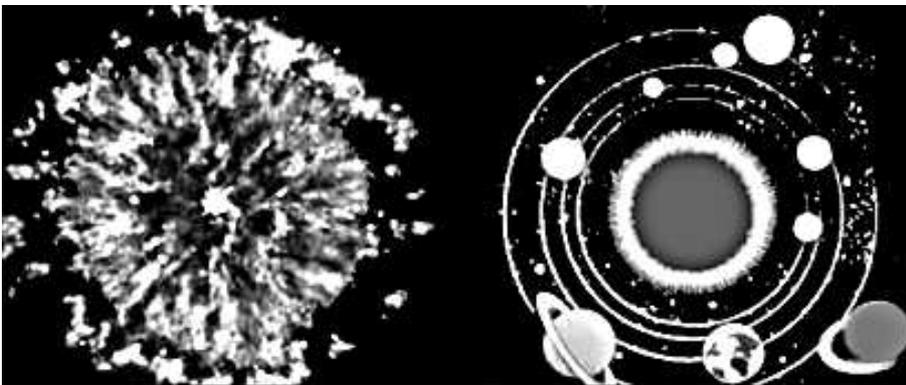
Ancora da *Roberto Minotti*, dall'Entropia all'Entanglement: *"Tra le più straordinarie proprietà della meccanica quantistica la più affascinante è probabilmente quella descritta con il termine tecnico di 'entanglement quantistico', ovvero il collegamento tra due particelle. Grazie a questa proprietà, se una delle due subisce una modificazione energetica, allora, istantaneamente tale effetto si ripercuote anche sull'altra. La distanza tra le due particelle è ininfluente (potrebbero essere distanti anni luce l'una dall'altra), ma la cosa ancor più sorprendente è che le particelle divengono 'entangled' solo se in precedenza sono state prodotte da un determinato processo che le ha vincolate in un modo speciale e irreversibile. In altre parole, l'entropia (lo scambio di energia) tra le due particelle avviene simultaneamente se questi due sistemi hanno interagito tra loro per un certo periodo di tempo."*<sup>[123]</sup>

La giornalista *Viola Rita*, laureata in Fisica, si occupa di divulgazione e comunicazione scientifica ed ha pubblicato sulla rivista *Wired* un articolo sull'*entanglement* di cui riportiamo alcuni passaggi:

*"L'entanglement quantistico, un complesso e misterioso fenomeno della meccanica quantistica, definito da Einstein come 'spaventosa azione a distanza', è stato oggi fotografato per la prima volta da un team di fisici dell'università di Glasgow, nel Regno Unito... L'entanglement quantistico si manifesta quando due particelle sono intrinsecamente collegate e questa unione ha effetti sul sistema fisico: qualsiasi azione o misura sulla prima ha un effetto istantaneo anche sulla seconda (e viceversa) anche se si trova a distanza. In questo caso gli autori hanno fotografato l'entanglement fra due fotoni che interagiscono e per un istante condividono lo stesso stato fisico. I risultati sono pubblicati su 'Science Advances'. L'entanglement quantistico è un fenomeno privo di un analogo nella fisica classica, che prevede, in determinate condizioni, lo stato di un sistema (ad esempio una particella) non sia descritto come stato singolo ma come 'sovrapposizione' di più sistemi. In questo modo la misura di uno di questi influisce anche sugli altri... Oggi gli autori hanno creato un sistema per fotografare quello che succede nell'entanglement quantistico... La fotocamera è stata in grado di catturare le immagini dei fotoni nello stesso istante e ha mostrato che queste particelle, pur essendo separate e distanti, si erano spostate nello stesso modo. In pratica, erano 'entangled' e le immagini lo dimostrano... 'Si tratta di un'elegante dimostrazione di una proprietà fondamentale in natura', ha commentato sulle pagine della Bbc Paul-Antoine Moreau'...un risultato entusiasmante - prosegue Moreau - che potrebbe essere utilizzato per far avanzare il campo di ricerca emergente del quantum computing e per portare a nuovi tipi di imaging'... Al centro di tutto c'è il fatto che la meccanica quantistica prevede l'entanglement, un fenomeno che però è incompatibile con la realtà fisica - da qui nasce un paradosso e l'incompletezza delle teorie nonché la presenza di variabili nascoste che possano spiegare questo paradosso... 'Qui abbiamo illustrato un esperimento che dimostra la «violazione», mediante le immagini osservate, di una 'disuguaglianza di Bell' [John Stewart Bell (1928 - 1990), fisico nord-irlandese che affermava che nessuna teoria fisica locale a variabili nascoste può riprodurre le predizioni della meccanica quantistica; da qui la sua teoria fu chiamata 'disuguaglianza di Bell', appunto, tra la fisica reale e la fisica quantistica. Oggi Bell è stato sconfessato dalla dimostrazione dell'esistenza dell'entanglement quantistico] ...'Acquisire una rappresentazione visiva di questo effetto fondamentale è una dimostrazione che le immagini possono catturare e sfruttare l'essenza del mondo quantistico'"*<sup>[124]</sup>

Ancora una descrizione dell'*entanglement quantistico* fatta da *Luigi Maxmilian Caligiuri*, fisico, ricercatore, saggista scientifico, considerato tra uno dei primi 100 scienziati al mondo dall'International Biographical Centre di Cambridge (si noti bene che l'articolo scritto da Caligiuri risale a prima della scoperta/dimostrazione, riportata qui sopra, da parte del team di fisici dell'università di Glasgow). Ecco un estratto dal suo articolo:

*"In estrema sintesi, il concetto di entanglement è basato sull'assunzione che gli stati quantistici di due particelle microscopiche A e B (ma anche, in una certa misura, dei sistemi macroscopici) inizialmente interagenti possano risultare legati (appunto 'intrecciati') tra loro in modo tale che, anche quando le due particelle vengono poste a grande distanza l'una dall'altra, la modifica che dovesse occorrere allo stato quantistico della particella A istantaneamente avrebbe un effetto misurabile sullo stato quantistico della particella B, determinando in tal modo il fenomeno della cosiddetta "azione fantasma a distanza" (spooky action at distance)... Se non siamo disposti a ritenere, com'è ragionevole che sia, che la realtà che sperimentiamo sia creata esclusivamente dalla nostra interazione con il mondo circostante all'atto della percezione o della misurazione, allora dobbiamo accettare la possibilità che l'interazione quantistica a distanza tra particelle intrecciate si trasmetta a una velocità superiore a quella della luce nel vuoto."*<sup>[125]</sup>



Entropia

Sintropia/Neghentropia

### Neghentropia e Sintropia, oppure Estropia?

Sebbene tutti e tre i termini indichino un deflusso dallo stato di caos e disordine entropico, i termini *sintropia* e *neghentropia* assumono un significato analogo, mentre l'*estropia* si sviluppa proponendo un concetto diverso. Vediamo come.

**Neghentropia** Il termine *Neghentropia* (che abbiamo già incontrato nel testo) letteralmente è l'abbreviazione dell'espressione inglese "*neg(ative) entropy*". Il suo significato è chiaro: *entropia negativa*, ovvero, l'organizzazione di elementi fisici che naturalmente tendono all'entropia, cioè al caos o al disordine. Questo termine, che descrive il concetto del ritorno all'ordine di un sistema disordinato, è usato per tutti i fenomeni fisici (organici ed inorganici) ma, in un contesto biologico e/o prettamente rivolto agli esseri viventi, viene più opportunamente usato (con lo stesso significato) il termine *Sintropia* mentre, in altri contesti, con significato analogo, possono anche trovarsi i termini: *niroentropia* e *sintaxia*. Si differenzia il termine *Estropia*.

**Sintropia** Parlando di *Sintropia* è più che doveroso menzionare *Luigi Fantappié* (1901 – 1956), il matematico che propose per la prima volta nel 1942 la teoria della *Sintropia* nel suo libro "*Principi di una teoria unitaria del mondo fisico e biologico*" che, in edizioni più recenti, ha preso il titolo di: "*Che cos'è la Sintropia*".

*Fantappié* "*Fu definito dal premio Nobel L. De Broglie [(1892 – 1987) fisico, matematico e storico francese] «eminente scienziato e pensatore, professore attento e disponibile e chiarissimo divulgatore.»*"<sup>[126]</sup>

È quindi inevitabile che, nei paragrafi qui di seguito dove riportiamo alcuni frammenti dei testi utili a spiegare questo fenomeno fisico che si fronteggia con la seconda legge della termodinamica, gli autori dei testi vengono a menzionare il padre della *Sintropia*.

Proseguiamo nella definizione di *Sintropia* con *Antonella Vannini* (già citata descrivendo l'entropia) in questi pochi brani tratti da un suo articolo in cui propone degli accenni storici sulle premesse scientifiche alla *Sintropia* e riassume le caratteristiche dei fenomeni entropici, sintropici e di equilibrio.

*“La descrizione delle caratteristiche dei fenomeni entropici e sintropici nasce dai lavori di Luigi Fantappiè, uno dei maggiori matematici italiani, il quale, lavorando sulle formule della fisica quantistica e della relatività ristretta, notò che tutti i fenomeni fisico-chimici determinati da cause collocate nel passato sono governati dal principio dell'entropia, mentre i fenomeni attratti verso cause collocate nel futuro (attrattori), sono governati da un principio simmetrico a quello dell'entropia che Fantappiè denominò 'sintropia'... Come noto l'entropia è descritta dal secondo principio della termodinamica, in base al quale in ogni trasformazione di energia (ad esempio trasformando il calore in lavoro), una parte di energia si dissipa nell'ambiente: quando l'energia dissipata nell'ambiente è distribuita in modo uniforme (ad esempio non vi sono più variazioni di calore), si raggiunge uno stato di equilibrio in cui non è più possibile trasformare l'energia in lavoro. Questo stato di equilibrio è anche noto come morte termica. I fenomeni sintropici, al contrario, si caratterizzano per la tendenza alla concentrazione dell'energia, alla creazione di differenziazione ed ordine e al mantenimento del sistema lontano dalla morte termica. Fantappiè notò immediatamente la coincidenza tra le proprietà dei fenomeni sintropici e le qualità tipiche dei sistemi viventi... La scoperta di Fantappiè può essere considerata la naturale evoluzione delle scoperte avvenute in fisica all'inizio del Novecento:*

1. *Einstein aveva introdotto nel 1905 la teoria della relatività ristretta che:*
  - a. *comportava la descrizione dell'universo sulla base di quattro dimensioni: le tre dimensioni dello spazio e la quarta del tempo;*
  - b. *introduceva la duplice soluzione dell'energia e portava alla 'Übercausalität', cioè la supercausalità: causalità meccanica e retrocausalità.*
2. *Dirac, nel 1928, aveva dimostrato l'esistenza matematica del positrone come antiparticella dell'elettrone.*
3. *Anderson, nel 1932, confermò sperimentalmente l'esistenza del positrone producendo in questo modo la prima prova empirica dell'effettiva esistenza della retrocausalità.*
4. *Infine, Bell nel 1952 dimostrò la famosa simmetria CPT (Charge Parity and Time reversal symmetry) in base alla quale tutte le leggi della fisica quantistica sono simmetriche rispetto al verso del tempo.*
5. *Fantappiè aggiunse a queste scoperte un elemento nuovo. Egli dimostrò, da una parte, che le onde divergenti, le cui cause sono poste nel passato, corrispondono ai fenomeni chimici e fisici soggetti al principio dell'entropia; dall'altra, che le onde convergenti, le cui cause sono poste nel futuro, corrispondono ad una nuova categoria di fenomeni soggetti ad un principio simmetrico a quello dell'entropia, principio che Fantappiè stesso denominò 'sintropia' (Fantappiè, 1942). Analizzando le qualità dei sistemi sintropici Fantappiè collegò la sintropia ai sistemi viventi: finalità, differenziazione, ordine e organizzazione, giungendo così alla formulazione della 'Teoria Unitaria del Mondo Fisico e Biologico'...*

*Nel modello di 'Fantappiè-Arcidiacono' (Giuseppe Arcidiacono, 1927 – 1998) vengono descritti [da Arcidiacono, 1991] tre tipi fondamentali di fenomeni:*

- a) *I 'fenomeni entropici', nei quali la 'componente' entropica è prevalente: essi sono di tipo disgregativo perché soggetti al livellamento entropico. Di conseguenza, in questi fenomeni si osserva il passaggio da stati più complessi a stati più semplici.*
- b) *I 'fenomeni sintropici', nei quali prevale la "componente" sintropica: essi sono di tipo costruttivo e tendono a realizzare stati sempre più complessi e differenziati.*
- c) *I 'fenomeni di equilibrio', nei quali la componente entropica e quella sintropica sono in equilibrio tra di loro: in questi fenomeni non si osserva né la differenziazione sintropica, né il livellamento entropico. Tali fenomeni si situano a metà strada tra il determinismo (cause collocate nel passato) e l'indeterminismo (attrattori, ossia cause collocate nel futuro).”<sup>(127)</sup>*

Il fisico teorico *Ignazio Licata*, professore presso l'“Institute for Basic Research di Palm Harbor, Florida, USA”, scrive un articolo ricco di contenuti in cui, parlando di *Sintropia*, offre contemporaneamente un'immagine emblematica del pensiero scientifico in generale e di *Luigi Fantappiè* in particolare. Qui di seguito: ciò che più ha catturato la nostra attenzione.

*“... Nei processi quantistici ciò che noi osserviamo sono sempre transizioni elementari, come i processi di emissione-assorbimento di particelle. La simmetria relativistica ci impone di considerare transizioni “forward” e “backward” (J. Cramer). Ma questo equivale a considerare il ben noto fenomeno della non-località quantistica, ossia la possibilità degli oggetti quantistici di scambiarsi informazione attiva (D. Bohm) senza scambio di energia in particolari stati di coerenza. Ritroviamo quindi in un contesto diverso l’antica suggestione di Fantappié. Non a caso diversi fisici e biologi hanno suggerito recentemente la possibilità di un ruolo dell’entangled quantistico nel garantire le condizioni necessarie per la complessità di alcuni processi biologici (H. Frölich; G. Preparata)... Poco prima della morte Fantappié aveva scritto: «Quanto sembra inesplicabile in un universo può invece trovare la sua logica sistemazione in un altro universo associato ad un numero maggiore di ‘gradi di libertà’... Grazie al nostro io spirituale apparteniamo a tutta la catena degli universi... Vero è che alcuni limitano con pregiudizi i propri ‘gradi di libertà’, ritenendo di non possederne altri all’infuori di quelli della mobilità materiale.»... Quello che di essenziale resta nella lezione di Fantappié è l’idea che fisica e biologia, l’universo e la molecola, devono incontrarsi ad un livello profondo... È questa tensione verso una comprensione sempre più ampia del Reale che lega sottilmente le domande della scienza moderna alla visione unitaria di Luigi Fantappié.”<sup>[128]</sup>*

**Estropia**        Sebbene spesso i termini *Estropia* e *Sintropia* siano usati alla stessa stregua in CST e SER, in realtà l’*Estropia* sviluppa dei concetti formalmente diversi rispetto alla *Sintropia*, ovvero, dei concetti molto più vicini alla *Neghentropia* e sensibilmente meno vicini ai “gradi di libertà” citati da *Fantappié* che, a nostro avviso, sono più conformi al lavoro dei Facilitatori. La visione più relativistica della realtà suggerita dall’*Estropia*, seppure propositiva, inevitabilmente si lega alla corrente di pensiero che dà vita al movimento culturale “*Transumanista*.”

Al solito, per essere il più obbiettivi possibile (nel limite delle scelte effettuate), lasciamo descrivere il concetto prospettato agli autori competenti e auspichiamo per i lettori l’occasione per un approfondimento ed una successiva valutazione.

Nel 1988, *Tom W. Bell* (alias *Tom Morrow*), dottore in giurisprudenza e il filosofo e “futurista” *Max More*, hanno coniato il termine “*Estropia*”; con esso s’intende definire l’insieme di: intelligenza, ordine funzionale, vitalità, energia, vita esperienziale, capacità e spinta al miglioramento e alla crescita di un sistema vivente o di un sistema organizzativo. Lasciamo allo stesso *Max More* il compito di descrivere la finalità del “*Transumanesimo*” (di cui i membri sono denominati “*Estropici*”), in un brano estrapolato da: “*Una Dichiarazione Transumanista*”:

*“ESTROPIA - il livello di intelligenza, informazione, ordine, vitalità, capacità di migliorarsi di un sistema. ESTROPICI - coloro che perseguono l’incremento dell’estropia. ESTROPIANESIMO - la filosofia, transumanista ed in continua evoluzione, dell’estropia. L’estropianesimo è una filosofia ‘transumanista’. I Principi Estropici descrivono una specifica versione del pensiero transumanista. Come gli umanisti, i transumanisti sono per la ragione, il progresso ed i valori centrati sul proprio benessere, piuttosto che su di una autorità religiosa esterna. I transumanisti spingono l’umanesimo verso la sfida alle limitazioni della specie umana con l’uso di scienza, tecnologia, creatività e pensiero critico. Noi sfidiamo l’inevitabilità dell’invecchiamento e della morte. Perseguiamo la crescita ininterrotta delle nostre capacità intellettuali e fisiche, nonché il continuo sviluppo emotivo. Vediamo l’umanità come una fase di transizione nella continua evoluzione della vita intelligente. Siamo a favore dell’uso di metodi scientifici per rendere possibile il passaggio dalla condizione umana a quella transumana e postumana...”<sup>[129]</sup>*

Ancora una visione dell’*Estropia* secondo *Kevin Kelly*, scrittore, fotografo, ambientalista, studioso di cultura digitale e asiatica e co-fondatore della rivista *Wired*, offertaci nella traduzione di *Marco Ranocchiarì*.

*“L’estropia non è né un’onda né una particella e neanche pura energia: è una forza immateriale che assomiglia molto all’informazione... il meglio che possiamo fare è dire che l’estropia assomiglia, ma non è equivalente, all’informazione. E il motivo per cui non la possiamo descrivere esattamente in termini riferiti all’informazione è che, in fondo, l’informazione non sappiamo cosa sia. Con ‘informazione’ indichiamo alcuni concetti contraddittori, che meriterebbero ciascuno una parola a sé: comunemente intendiamo difatti: 1) una certa quantità di dati; 2) un impulso significativo, un segnale. Quando l’entropia aumenta, produce ‘più informazione’ nel senso di più dati. Ma se l’entropia decresce, cioè se avviene un aumento di estropia (entropia negativa), allora si ha nuovamente un “aumento di informazione”, ma stavolta nella seconda accezione, cioè*

*quella di avere dati più strutturati e significativi. Finché non faremo chiarezza sul nostro linguaggio, il termine informazione sarà più che altro una metafora...*"<sup>[130]</sup>

## Entropia e Sintropia nell'azione del Facilitatore

Per certo sappiamo che il Dott. Upledger non si è mai dichiarato *transumanista* né tanto meno *estropico*, pur usando a volte il termine *Estropia* nella didattica di CST e SER. Sappiamo, però, che da uomo e da studioso estremamente curioso, sensibile e aperto all'innovazione, il Dott. Upledger spesso adottava delle terminologie utili a "far passare" un concetto ai suoi studenti e abbiamo ragione di credere che l'uso del termine *estropico* sia stato adottato esclusivamente per rendere più conforme il termine *Sintropia* ad una visione più "neutra" e/o "attualizzata" (o meglio ancora "laica", se preferite) e, quindi, più accettabile per alcuni. Sicuramente, rispetto al concetto di *Estropia*, è stato messo largamente in rilievo il ruolo della "informazione" di cui parla *Kevin Kelly nel suo articolo*. L'*informazione*, in termini energetici, assume un'importanza particolare nel lavoro di Tecnica Cranio-Sacrale e Rilascio Somato-Emozionale.

Vediamo allora, in sintesi, ciò che risulta più utile sapere per il Facilitatore, nel suo lavoro di ripristino del *Continuum Energetico Vitale* nelle persone.

Sull'*Entropia* (*en = dentro e tropé/tropos = trasformazione/tendenza*): può essere definita come la graduale degenerazione di un sistema verso il massimo disordine (fino alla morte termica).

L'entropia è la seconda legge della termodinamica.

In una struttura biologica nel momento in cui subentra un trauma, l'energia da organizzata diventa disorganizzata e la struttura fisiologica va in adattamento.

Se la struttura non è dovutamente trattata e subentrano delle complicazioni dovute all'accrescimento e/o alla ritenzione di energia entropica, la struttura fisiologica può ulteriormente andare in caos, anche fino al coma e alla morte.

Sulla *Sintropia* (*sin = insieme/convergente e tropos = trasformazione/ tendenza*): può definirsi energia che converge verso attrattori, aumentando in complessità, differenziazione, struttura, ordine.

La Sintropia è energia costruttiva.

Le condizioni che favoriscono una salutare dispersione di energia entropica da trauma sono le emozioni costruttive (amore, gioia, felicità, ecc.) che generano le condizioni adatte ad accogliere l'energia sintropica. Con il permesso del Sé Superiore del paziente e attraverso le mani del Facilitatore, l'energia sintropica va a dissipare l'entropia.

### La Cisti Energetica come disfunzione entropica

La ritenzione dell'energia distruttiva crea un'area di entropia che il Dott. John Upledger definisce: "Cisti Energetica". La Cisti di Energia è, dunque, una "disfunzione entropica".

Le condizioni che favoriscono la ritenzione dell'energia entropica sono le emozioni distruttive (paura, odio, rabbia, sensi di colpa, ecc.) che fanno da "pavimento" e al contempo favoriscono la sedimentazione del trauma.

La sedimentazione del trauma, a livello energetico, forma la Cisti di Energia (disfunzione entropica).

È come se quest'ultima immagazzinasse l'emozione presente al momento del trauma e la trattenesse nella memoria (e nell'organismo) per autoalimentarsi, mantenere, accentuare e sviluppare la condizione entropica (distruttiva).

Anche nel trauma fisico ci può essere una componentistica emotiva che va ad alimentare l'energia entropica.

Le aree di accresciuta entropia (Cisti Energetiche) possono aver origine da un ampio spettro di problemi o situazioni o scenari distruttivi (tossici, karmici, virali, traumatici, ecc.).

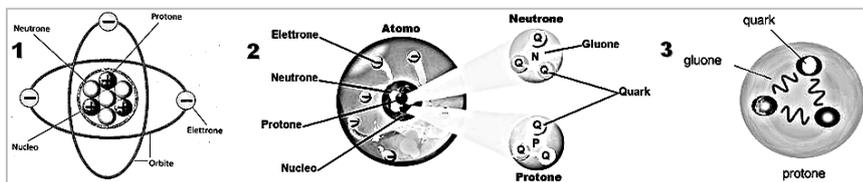


*Nell'illustrazione a fianco diamo una rappresentazione grafica del rilascio dell'energia entropica trattenuta da una cisti energetica.*

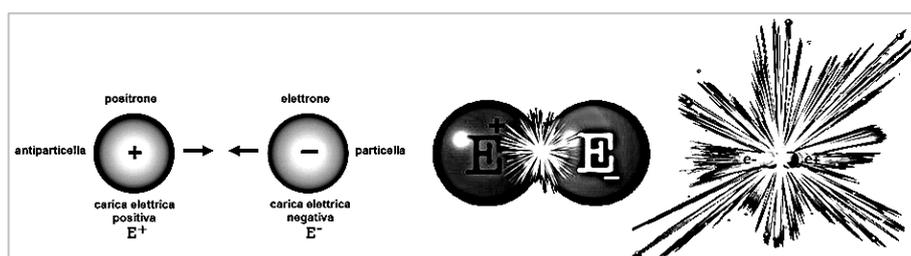
*L'energia entropica, trattenuta nell'organismo sotto forma di Cisti Energetica, viene gradualmente rilasciata mediante l'azione d'invio di energia sintropica, tramite il tocco aptonomico del Facilitatore, fino a che la Cisti Energetica viene dissipata.*

### **L'energia terapeutica della CST e del SER é... Energia Sintropica**

*Energia Terapeutica – testo del Dott. John E. Upledger, D.O., O.M.M.*



1. Nei tessuti delle mani del terapeuta troviamo atomi, il cui nucleo contiene neutroni e protoni.
2. Gli atomi possono rilasciare neutroni e protoni dal loro nucleo atomico.
3. Ogni atomo ha un nucleo che è circondato da elettroni, che ruotano su orbite concentriche attorno al nucleo.
4. Quando il nucleo dell'atomo rilascia una coppia di neutroni e protoni, si formano i nucleoni.
5. Ogni nucleone è altamente energizzato.
6. Il cervello continua a controllare e dirigere questi nucleoni altamente energizzati, attraverso specifici canali nervosi.
7. Questi canali dirigono i nucleoni verso l'aspetto interno della pelle del terapeuta.
8. Il cervello del terapeuta decide che il trattamento, dato dal terapeuta, sarà veicolato nel corpo del paziente, in una specifica zona.
9. I nucleoni in questo modo passano attraverso la pelle del terapeuta e penetrano nella pelle del paziente.
10. Se c'è del materiale isolante che si frappone tra la pelle del terapeuta e quella del paziente, il passaggio dei nucleoni e la loro energia saranno parzialmente trattenuti dal materiale isolante.
11. Se questo si verifica, parte dell'energia terapeutica dei nucleoni verrà utilizzata per penetrare il materiale isolante interposto tra la pelle del terapeuta e quella del paziente.
12. Dopo che i nucleoni del terapeuta sono penetrati nel corpo del paziente, in qualche modo vengono indirizzati dall'intelligenza combinata di terapeuta e paziente, per portarsi nella zona in cui è localizzato il problema.
13. Quando i nucleoni raggiungono la zona in cui si trova il problema (potrebbe trattarsi di un tumore, una cisti, una fibrosi, una distorsione ossea e/o un centro infiammatorio), l'energia positiva dei nucleoni attira la carica negativa (-) degli elettroni, togliendola dagli atomi della zona della problematica nel corpo del paziente.
14. Dopo che gli elettroni sono stati allontanati dalla zona problematica, gli atomi e le loro orbite si dissipano ed avviene una disgregazione dei nuclei degli atomi che si trovavano presso l'area problematica.



15. Quando gli atomi della zona problematica si dissipano, si dissipa anche la problematica ad essi connessa e le mani del terapeuta possono percepire il dissiparsi del problema (tumore, cisti, tessuto fibrotico, problema osseo, infiammazione, ecc.).
16. Ricordate che i materiali isolanti interposti tra la pelle del terapeuta e quella del paziente, nella zona in cui si appone il tocco, ridurrà in qualche percentuale l'effetto terapeutico.
17. Il materiale isolante andrebbe rimosso per raggiungere il massimo effetto terapeutico. La zona libera dal materiale isolante, in cui apporre il tocco, può anche essere molto piccola, delle dimensioni di 3-4 dita, in appoggio terapeutico.

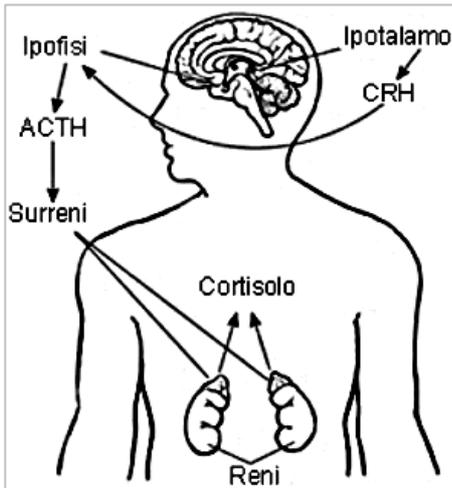
### **Alla luce di quanto sopra, l'entanglement nella visione terapeutica**

Abbiamo già parlato dell'entanglement ma, ora, desideriamo definirlo in una visione terapeutica dove potremmo apprezzare maggiormente l'azione verso l'auto-guarigione della persona, attraverso il lavoro del Facilitatore.

*Gioacchino Pagliaro*, psicologo, psicoterapeuta, fondatore dell'Associazione Internazionale di Ricerca sull'Entanglement in Medicina e Psicologia (AIREMP), sembra sostenere una visione fortemente simile alla prospettiva terapeutica del Dott. Upledger. Ecco un estratto da un suo articolo:

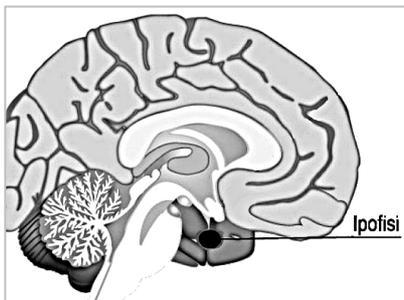
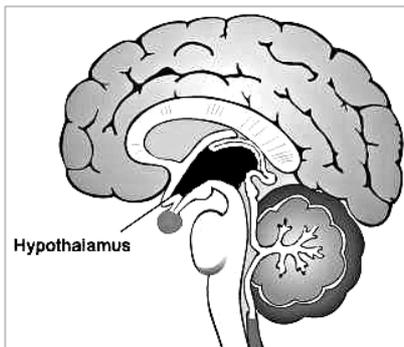
*"L'organismo umano è costituito da sistemi biologici, costituiti da cellule che a loro volta sono composti da molecole, costituite da atomi che sono a loro volta composti da fotoni e quindi da energia. Ogni forma materiale ha anche una manifestazione immateriale vibrante. La materia in quanto energia vibra, trasmette e riceve informazioni. L'organismo umano è costituito da questa energia/informazione che interagisce con l'intero universo e con la Mente. [la Mente: è intesa da Gioacchino Pagliaro come il Sé, ovviamente, esteso ad un livello mentale sovraordinato.] Ogni entità materiale, attraverso l'energia di cui è dotata è interrelata con tutte le altre, è interconnessa e interdipendente ed è parte costitutiva della Mente. Questo livello di interconnessione e di interdipendenza della realtà subatomica, caratterizzato dalla non località e dalle comunicazioni non locali, vede le particelle subatomiche dei nostri organismi interagire tra loro, e con quelle dell'universo, simultaneamente generando la realtà dell'entanglement. Nella realtà dell'entanglement, dove spazio e tempo sono convenzioni ritenute anch'esse illusioni, non c'è separazione tra le entità viventi e non viventi, ma esiste un vasto sistema di campi vibrazionali e di comunicazioni non locali. Pertanto, nell'organismo umano, non ci sarebbe solo una comunicazione molecolare ma anche comunicazioni verso l'interno e verso l'esterno, costituite dalle vibrazioni, dai processi di risonanza e dall'entanglement. Il senso di separazione dell'uomo dall'ambiente e dall'universo, come sostenuto anche da alcune recenti teorie della Fisica Quantistica sarebbe solo un'illusione. Probabilmente un errore di percezione/rappresentazione della realtà dovuta al condizionamento della cultura materialista. Il senso di separazione, lo spirito competitivo distruttivo in cui veniamo educati causa, secondo alcune importanti medicine orientali, la rottura di quell'armonia tra il macrocosmo universale e il microcosmo individuale, tra il livello sovraordinato della mente e le menti individuali, provocando sofferenza e malattia."*<sup>[131]</sup>

## L'Asse dello Stress - HPA - Hypothalamic-Pituitary-Adrenal axis



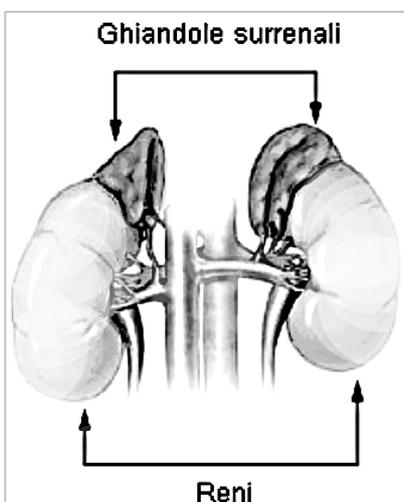
HPA è l'acronimo inglese usato per «asse ipotalamo-ipofisi-surrene». È il principale effettore della risposta individuale di stress, assieme alle branche simpatica e parasimpatica del sistema nervoso autonomo (che agisce tramite rilascio di adrenalina e noradrenalina) ad una situazione potenzialmente pericolosa. In tale situazione l'organismo ha necessità di utilizzare le risorse energetiche disponibili che ha immagazzinato con l'alimentazione, distribuendole a determinati distretti corporei.

Le risorse energetiche verrebbero fornite (sotto forma di zuccheri semplici) ai muscoli degli arti superiori e inferiori per concretizzare la strategia più efficace di difesa (sia essa una ritirata o una lotta). Inoltre, l'organismo avrebbe la necessità di interrompere temporaneamente altri processi come l'accumulo di ulteriori energie, utili in condizioni normali, ma dannosi durante una situazione di emergenza.



La funzione dell'asse HPA è resa possibile dal rilascio di ormoni che, attraverso la circolazione sanguigna, raggiungono gli organi-bersaglio e facilitano l'utilizzo di energie. Gli ormoni che permettono questo tipo di risposte sono della famiglia dei corticosteroidi: l'ormone (CRH) che induce il rilascio di corticotropine, il cortisolo e l'ormone (ACTH) adrenocorticotropo. Per poter svolgere la funzione di risposta a situazioni potenzialmente pericolose, l'asse HPA deve essere in contatto diretto con gli organi di senso in grado di veicolare le informazioni provenienti dal mondo esterno, e deve essere in grado di mobilitare le risorse energetiche in modo rapido e specifico. Le afferenze provenienti dagli organi di senso (occhi e orecchie) raggiungono l'IPOTALAMO il quale secreta il CRH in tempi molto brevi (stimati in secondi); quest'ultimo, rilasciato nell'eminenza mediana, va subito all'IPOFISI dove induce secrezione e rilascio di ACTH che viene immesso nella circolazione sanguigna, tramite cui raggiunge la CORTECCIA SURRENALE per indurre il rilascio di cortisolo che aumenta la produzione di glicogeno e mantiene in equilibrio i liquidi corporei e potenzia anche le risposte immunitarie. I siti di primo rilascio di questi ormoni sono quelli da cui prende il nome l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene.<sup>[132]</sup>

Vediamo ora come descrivono l'HPA gli esperti di diverse discipline quali: la psicoterapia ad orientamento cognitivo, l'osteopatia, la psicologia clinica e la chiropratica.



### HPA in Psicoterapia ad

*orientamento cognitivo* Dall'Istituto Beck a orientamento scientifico-professionale, fondato in Italia dalla Dott.ssa Antonella Montano, in conformità con l'omonimo Istituto di Philadelphia, l'"Istituto A.T. Beck", ecco quanto scrivono sull'HPA gli psicoterapeuti di orientamento cognitivo.

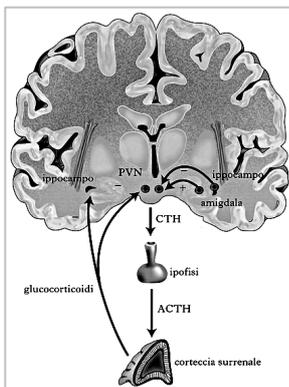
*"L'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA) è il coordinatore centrale dei sistemi di risposta neuroendocrina allo stress. L'asse HPA è costituito da componenti ipotalamiche endocrine, dalla porzione anteriore dell'ipofisi, nonché da un organo effettore, ovvero le ghiandole surrenali. Dopo l'esposizione allo stress, i neuroni nel nucleo ipotalamico paraventricolare (PVN) secernono l'ormone di rilascio della corticotropina (CRH) dalle*

*terminazioni nervose che si trovano nell'eminenza mediana direttamente nella circolazione portale ipotalamo-ipofisaria. La CRH stimola la produzione e il rilascio di adrenocorticotropina (ACTH) dall'ipofisi anteriore.*

L'ACTH, a sua volta, stimola il rilascio di glucocorticoidi dalla corteccia delle ghiandole surrenali. I glucocorticoidi modulano il metabolismo, così come la funzione immunitaria e il cervello, coordinando in tal modo la risposta fisiologica adattativa allo stress. Allo stesso tempo, diversi network cerebrali modulano l'attività dell'asse HPA. In particolare, i neuroni CRH nel PVN ricevono un controllo inibitorio dall'ippocampo e dalla corteccia prefrontale (PFC), mentre l'amigdala e il tronco encefalico esercitano un controllo eccitatorio. Inoltre, i glucocorticoidi stessi esercitano il controllo di feedback negativo dell'asse HPA regolando i neuroni del PVN e dell'ippocampo. È dimostrato che l'esposizione elevata ai glucocorticoidi ha effetti negativi sui neuroni dell'ippocampo, come la riduzione delle ramificazioni dendritiche, la perdita di spine dendritiche e la riduzione della neurogenesi. Nei pazienti con 'PTSD' il sistema di controllo a feedback dell'asse HPA risulta compromesso, caratterizzato da una diminuita produzione basale di cortisolo con un aumento del controllo a feedback negativo sull'asse HPA, con una complessiva risposta maladattativa agli stimoli stressanti sia cronici che acuti.<sup>[133]</sup>

**HPA in Osteopatia** Riportiamo alcune parti del testo "Il ragionamento clinico osteopatico" scritto da: Christian Lunghi, osteopata e naturopata; Francesca Baroni, osteopata; Mariantonietta Alò, osteopata e dietista.

"L'adattamento è messo in atto dall'HPA e SAS che traducono l'entità della sollecitazione ambientale attivando reazioni di allarme-resistenza-esaurimento... Questi sovraccarichi di strutture e funzioni sono individuati dall'osteopata attraverso la palpazione di alterazioni tissutali associabili a biomarcatori di stress e infiammazione... A, allostasi; B, biomeccaniche; BPS, biopsicosociali; C/R, circolatorio-respiratorie; HPA, asse ipotalamo ipofisi corticosurrenalico; M/E, metabolico-energetiche; N, neurologiche; SAS, sistema simpatico-adrenergico... L'adattamento è il meccanismo biologico principale per ripristinare l'equilibrio e minimizzare gli effetti interni dello stress; esso avviene dopo la decodifica della domanda ambientale messa in atto dall'asse HPA e dal SAS (Vanitallie, 2002), manifestandosi con biodinamismi di allarme-resistenza-esaurimento (Selye, 1956). Attraverso risposte omeostatico-allostatiche (McEwen e Wingfield, 2010) delle unità autoregolarie... l'individuo intraprende la risposta adattativa andando incontro a sindromi di adattamento locale o generale (Selye, 1956) dei tessuti e delle funzioni a essi correlate (Mueller e Maluf, 2002; Sueki et al., 2013). Questi sovraccarichi di strutture e funzioni, di cui sono stati individuati i biomarcatori (McEwen, 2015) sono relazionati dall'osteopata ad alterazioni della meccanica tissutale, attraverso lo strumento della palpazione percettiva (Lunghi et al., 2016)... Si ritiene che in condizioni di sovraccarico, i recettori interstiziali tissutali miofasciali possano portare, con modalità autonoma rispetto al tono muscolare, a una rigidità fasciale a causa della loro sensibilità, per eccessiva sollecitazione o iperattivazione del sistema nervoso autonomo... In aggiunta a queste influenze fasciali legate allo stress, è anche noto che il carico muscolare per sé è percepito come ingresso interocettivo basato sulla contrattilità, oltre che sulla sensibilità metabolica dei tessuti (Calsius et al., 2016). Disordini fasciali possono alterare funzioni sensoriali: a seguito di stimolazioni delle terminazioni interocettive-proprioceptive si manifestano cambiamenti generalizzati o locali, dell'output autonomo, con aumento del plasma extravasale, ovvero estrusione di plasma da piccoli vasi sanguigni nella matrice extracellulare... I tessuti rispondono con uno stato generalizzato di ipersensibilità, che predispone ad affaticamento neurologico-metabolico-circolatorio-respiratorio, e inficia la capacità delle istanze autoregolarie di lavorare in rete con modalità fisiologiche... Sollecitazioni ambientali endogene ed esogene possono, inoltre, favorire una sindrome di adattamento locale lasciando memorie disfunzionali impresse nei tessuti. Ciò avviene anche prima della formazione di vere e proprie aderenze attraverso lo sviluppo d'infiltrazione fibrosa con collegamenti incrociati tra fibre di collagene nei punti nodali di bande fasciali, insieme alla perdita progressiva di proprietà elastiche (Tozzi, 2014; 2015a; 2015b)..."<sup>[134]</sup>



#### HPA in Psicologia Clinica

Per la Psicologia Clinica ci siamo affidati ad un testo di Mario Guazzelli (1948 – 2012) medico, psichiatra, ricercatore, scrittore, saggista, docente universitario e del suo collega Angelo Gemignani, medico, psicologo, psichiatra, docente universitario e ricercatore, entrambi docenti presso l'Università di Pisa. Ecco alcuni brani tratti dal loro testo.

"...Lo stress è un aspetto quotidiano della vita di tutti gli individui ed è associato a eventi negativi che possono inficiare la salute fisica e mentale. È spesso definito come una minaccia o un pericolo, sia esso reale o implicito, all'omeostasi dell'organismo. In questo senso, la

risposta di stress viene spesso definita come l'insieme delle attivazioni fisiologiche e comportamentali messe in atto da un organismo per fronteggiare le sollecitazioni (stressor) che tendono a turbarne l'equilibrio omeostatico. I cambiamenti che l'individuo deve mettere in atto per rispondere a una situazione stressante, come ad esempio l'adeguamento a sollecitazioni ambientali, è sostenuto da sistemi ad alto livello di integrazione la cui risposta adattativa, detta allostasi, si caratterizza per cambiamenti sistemici e comportamentali volti a sviluppare la migliore capacità omeostatica dell'individuo, aumentando le sue possibilità di sopravvivenza... L'allostasi è generata dall'attività congiunta del sistema nervoso centrale (SNC) e autonomo (SNA), dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA), del sistema simpatico-midollare del surrene (SAM) e del sistema immunitario/pro infiammatorio... Secondo McEwen... l'allostasi è un processo atto a mantenere l'omeostasi... quando la risposta allostatica perdura nel tempo, come avviene in condizioni di stress cronico, si può produrre il cosiddetto "carico allostatico", caratterizzato da un'aumentata attività dei mediatori sulle loro cellule target che conduce a fenomeni di desensibilizzazione e danno tissutale... Gli effetti del carico allostatico, nel lungo termine, sono rappresentati da drammatiche conseguenze per l'individuo, quali insonnia, disturbi mentali (come depressione e ansia) e varie patologie somatiche, in particolare a carico del sistema cardiovascolare e respiratorio... La risposta cerebrale allo stress, indipendentemente che si tratti di stress acuto o cronico, deve essere inserita nell'ambito del capitolo della plasticità adattativa. Recenti studi sulla formazione ippocampale hanno fornito specifici esempi di come la plasticità neuronale sia regolata dai livelli ormonali e dall'attività del sistema immunitario/proinfiammatorio, nella vita adulta così come durante lo sviluppo... Da un punto di vista morfologico, le conseguenze dell'insulto ormonale e proinfiammatorio includono la riduzione del volume ippocampale, sottesa a sua volta da alterazioni del trofismo dendritico e da riduzione della neurogenesi (NG), cioè la capacità di formare nuovi neuroni... Sul piano funzionale, lo stress cronico è generalmente associato alla riduzione della eccitabilità ippocampale e dei meccanismi di potenziamento a lungo termine (LTP, Long Term Potentiation), la cui conseguenza principale è rappresentata da alterazioni della funzione mnesica ippocampale... Recentemente è stato ipotizzato che il meccanismo fisiopatogenetico alla base di alcuni disturbi mentali associati allo stress, quali la depressione e il disturbo post traumatico da stress (PTSD, Post Traumatic Stress Disorder), risieda proprio in una perdita di neuroni o in un'alterazione della NG ippocampale (la cosiddetta neurogenesis hypothesis)..."<sup>[135]</sup>

**HPA in Chiropratica** Per la considerazione dell'asse HPA in Chiropratica ci affidiamo al chiropratico, massaggiatore medico, massofisioterapista, alimentarista, posturologo e ergonomista Giovanni Chetta, che ha considerato, sotto ogni aspetto inerente le sue specializzazioni, gli effetti dello stress nell'HPA. Ecco dei brani del testo.

“...L'unione mente-corpo è ormai unanimemente riconosciuta dopo le dimostrazioni scientifiche della psiconeuroimmunologia. Mente e corpo, stati d'animo, pensiero e reazioni fisiologiche sono strettamente integrate e si condizionano a vicenda istante per istante. Benessere psichico e benessere fisico sono due aspetti imprescindibili l'uno dall'altro... Lo stress è un'energia di adattamento. Fu il neuroendocrinologo Hans Selye a fornire, nel 1936, la prima definizione scientifica dello stress. Il termine era stato preso a prestito dall'ingegneria, che lo usava per indicare lo sforzo, la tensione cui veniva sottoposto un materiale... Selye cercò di stabilire una relazione tra lo stimolo esterno pericoloso o minaccioso (stressor) e la reazione biologica interna dell'organismo (risposta o reazione da stress)... ne concluse che lo stress è la risposta "strategica" dell'organismo nell'adattarsi a qualunque esigenza, sia fisiologica che psicologica, cui venga a esso sottoposto. In altre parole, è la risposta aspecifica dell'organismo a ogni richiesta effettuata su di esso... Lo stress quindi provoca una reazione fisiologica, reazione da stress, come risposta alle esigenze causate dagli stimoli esterni (stressor), che mobilita le risorse disponibili al fine di produrre una speciale energia, ad alto rendimento, definibile come "energia da stress". Il processo biochimico che sprigiona tale energia è una reazione naturale che necessariamente si ripete nell'organismo, quotidianamente, tutte le volte che occorre. In altre parole, lo stress implica un aumento di attività di funzioni naturali stimulate da determinati ormoni, in particolare adrenalina, noradrenalina; corrisponde quindi a un'intensificazione della vitalità che consente all'organismo di adattarsi e reagire al variare delle circostanze. Per questo motivo, Hans Selye identificò lo stress con l'energia di adattamento che sperimentiamo ogni giorno... Ciò che sostanzialmente contraddistingue le risposte da stress, come Selye e altri stu

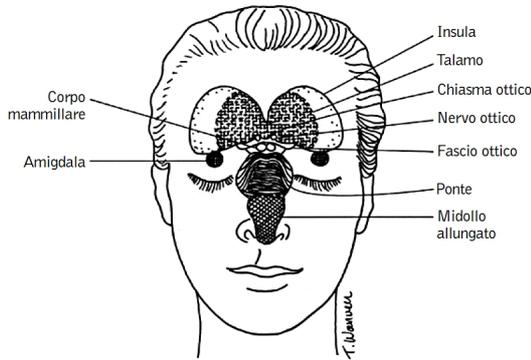
semplici, come Selye e altri stu  
sensazione di dominare il proprio ambiente e di conseguenza la vitalità cresce al massimo. Viceversa lo stress è negativo quando è indesiderato, spiacevole e accompagnato da sensazioni d'insicurezza, disagio,

soggezione ecc... La risposta di stress è quindi un insieme di reazioni a catena che coinvolgono innanzitutto il sistema nervoso, il sistema endocrino e il sistema immunitario agendo di conseguenza su tutto l'organismo. Si tratta di sistemi che operano in stretta interdipendenza, come la psico-neuro-endocrino-immunologia ha dimostrato, sotto il controllo del sistema nervoso centrale. Determinante pare essere l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA); mentre in condizioni di non stress l'attività dell'asse HPA è organizzata in oscillazioni periodiche regolari, in condizioni di stress si verifica un'ulteriore attivazione del sistema... Le 5 fasi del distress cronico [il termine distress rappresenta l'aspetto negativo dello stress, e viene contrapposto ad eustress che rappresenta l'aspetto positivo dello stress]: 1) Stanchezza cronica (fisica o mentale)... 2) Problemi interpersonali, auto-isolamento... 3) Turbe emotive... 4) Dolori cronici... 5) Patologie da stress... L'organismo umano funziona come un network, una rete integrata che unifica sia in maniera fisica che chimica i vari organi, sistemi e apparati. Sia che siano i circuiti cerebrali, attivati da emozioni, pensieri, oppure i circuiti nervosi vegetativi, attivati da sollecitazioni o da feedback di organi o sistemi, sia che sia il sistema connettivo tramite spinte e tensioni meccaniche, sia che siano gli organi endocrini o immunitari a emettere messaggi, questi ultimi, nella loro parte fondamentale, verranno riconosciuti da tutte le componenti della rete. Il collegamento è stringente e a doppio senso di marcia. Tra eventi biologici, fisici ed eventi psichici esiste quindi un rapporto a due vie piuttosto che un rapporto causa-effetto... ”<sup>[136]</sup>

## Principali strutture, organi e sistemi coinvolti nel trattamento finale

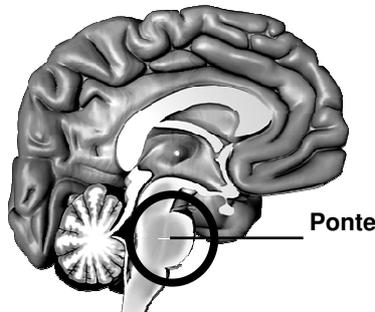
Ecco le strutture, gli organi e i sistemi organici che dovremo considerare (e/o riconsiderare) in base alla loro funzione specifica in questa fase.

### Ponte

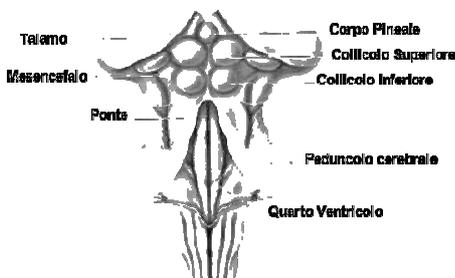


È l'area attraversata da tutte le *comunicazioni* e collega i centri superiori del *Cervello* con l'intero corpo attraverso le strutture che si trovano al di sotto di esso. Partecipa a quasi tutte le *decisioni* che riguardano l'organismo e, in particolare, alla scelta che la persona effettua rispetto al "*continuare a vivere o concludere l'esistenza*".

Il Dott. Upledger riferisce che il nostro Spirito abbandona il corpo attraverso il Ponte.

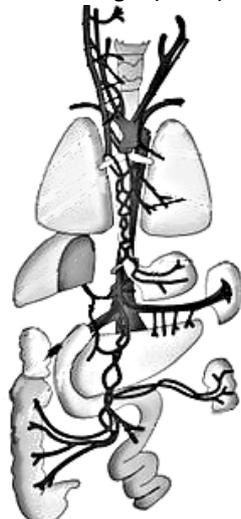


Il Ponte è conosciuto come il "grande connettore". Esso è situato nel Tronco Encefalico immediatamente sotto il Mesencefalo. Quindi il Ponte collega i centri superiori del Cervello con l'intero corpo, attraverso le strutture che si trovano al di sotto di esso. Al di sotto del Ponte troviamo il Cervelletto, il Midollo Allungato e il Midollo Spinale.



Quando il nostro corpo fisico cessa di esistere, lo Spirito si libra verso l'alto attraverso il Ponte. Esso, inoltre, percepisce le informazioni cosmiche ed è coinvolto in tutto ciò che concerne le decisioni vitali. Effettua un grande lavoro di "selezione" e svolge anche una funzione da isolatore e/o stabilizzatore per i vari sottosistemi cerebrali. Se necessario svolge anche alcuni compiti del Sistema di Allarme Reticolare (SAR).

### Nervo Vago (X NC)

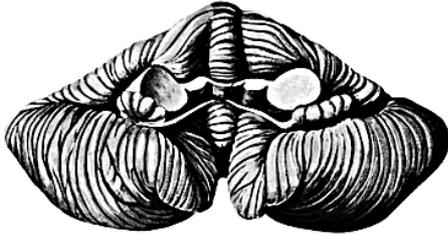


È il X Nervo Cranico (X NC) e sottostà a sua volta all'influenza del Cervelletto che gli invia il messaggio di arresto delle attività cardiache e respiratorie, in modo da indurre un opportuno processo di morte quando percepisce che è il momento adatto.

Sul Sistema Vagale e sull'influenza che il Cervelletto ha su di esso, il Dott. John E. Upledger ha scritto:

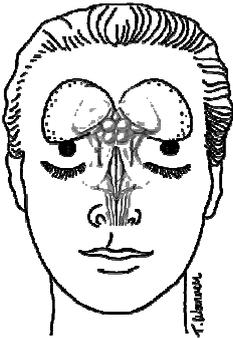
*"Questo può spiegare i racconti sulle esperienze personali di alcuni terapeuti che descrivono casi di pazienti che stavano soffrendo molto e da molto tempo a causa del processo di morte ma che, improvvisamente, erano arrivati al fine vita e con facilità solo poche ore dopo aver ricevuto un trattamento di CranioSacral Therapy."*

## Cervelletto

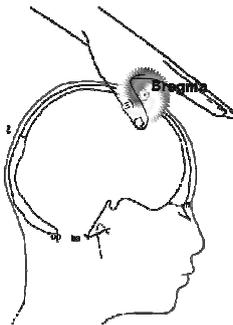


Il *Cervelletto* decide quando è il tempo di morire, ed è in grado di indurre un opportuno processo di morte che spesso mette in atto attraverso la propria influenza sul *Nervo Vago* (X NC). Attraverso il *Sistema Vagale*, il *Cervelletto* può arrestare il *Cuore* ed il respiro quando percepisce che è il momento più adatto.

## Centro

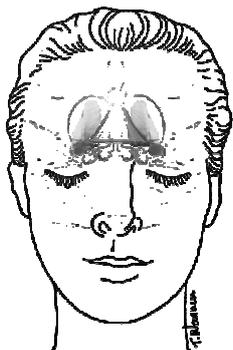


Il *Centro* è una piccola struttura di forma piramidale ubicata, in maniera simmetrica, al centro del *Cervello*. Dal punto di vista anatomico, il *Centro* è collegato agli *Ippocampi* ed al *Lobo Centrale (Insula)* del *Cervello*. La maggior parte del suo lavoro è svolta tramite le connessioni energetiche. L'energia che viene ricevuta dal *Centro* entra attraverso il 7° *Chakra (Chakra della Corona)* che si trova nel punto dove è situato il *Bregma*. Attraverso il *Centro* passa l'energia spirituale e l'energia del cosmo che, dal *Centro*, viene inviata nell'organismo dove ve ne è bisogno.



Se il vertice del *Centro* è spostato rispetto alla sua posizione corretta, riceverà solo parte dell'energia in ingresso. Ogni informazione che il *Centro* riceve dall'universo viene veicolata sotto forma di energia nell'organismo. Il *Centro* si collega energeticamente, attraverso il *Cuore*, fino all'*Ossso Sacro*. Lavora costantemente per controllare l'Ego, per mantenerci vivi e funzionali e per indurci al relax come requisito necessario alla guarigione fisica, psico-emotiva e spirituale.

*Il Centro riceve scarsa attenzione dalla maggior parte dei manuali di anatomia e di neurologia. Esso è posizionato tra i due ippocampi che fungono da sua base, o fondamenta, di supporto. Ha una struttura piramidale; la sua sommità è ubicata esattamente sulla linea mediana del capo. Il Centro, inoltre, ha bisogno di spazio per poter funzionare correttamente. Qualsiasi situazione che comprometta lo spazio del Centro ne compromette anche la funzionalità.*



## Introduzione alle tecniche iniziali del trattamento finale

Iniziamo dalle mani del Facilitatore appoggiate (nella posizione di “percezione tattile / ascolto”) sul dorso dei piedi del paziente, dato che è la posizione elettiva che il Facilitatore assume per valutare il corretto assetto del *Sistema Vettore/Asse* nell’organismo.

Si agirà sul riallineamento dell’*impalcatura Energetica* del *Sistema Vettore/Asse* per riequilibrare ed armonizzare la connessione dell’energia del “*Sistema-Aperto/Essere-Umano*” con l’energia universale, in modo da predisporre quanto è necessario per il lavoro da svolgersi sulle restanti strutture dell’organismo.

Si controllerà che il *Vettore* centrale sia in asse con il polo direzionale superiore nel cranio, tenendo come riferimento la linea ideale che unisce il 1° al 7° *Chakra* (quest’ultimo situato in corrispondenza al Bregma).

Una volta verificato (o ripristinato) il corretto allineamento del *Vettore* centrale con il proprio *Asse*, con una delle tre prese della *Volta Cranica* (la più idonea) si porrà il focus sul percorso del *Vettore* tra il 6° e il 7° *Chakra*.



Questo sarà il riferimento energetico che avremo per lavorare anche con il *Corpo Calloso*, che unisce i due *Emisferi Cerebrali*. In questo modo saremo anche in connessione con il *Sistema Nervoso Centrale*, con il *SAR*, con il *Sistema Limbico* e con i *tre cervelli* (*Rettiliano*, *Mammiliano* e *Neocorteccia*).

## DIAFRAMMA RESPIRATORIO E STRETTO TORACICO

*Ciò che segue è un estratto dal manuale di studi scritto dal Dott. John E. Upledger DO, OMM, per gli studenti del primo livello (CST 1) della CranioSacral Therapy. COPYRIGHT © 1987 dell’UPLEDGER INTERNATIONAL PUBLISHING - TUTTI I DIRITTI RISERVATI.*

### *Introduzione all’ascolto del Ritmo Cranio-Sacrale – la palpazione*

Il polso respiratorio è determinato dal movimento della gabbia toracica e del diaframma nel loro assecondare il costante riempirsi e svuotarsi dei polmoni durante la respirazione. Si palpa comodamente in qualsiasi punto della superficie anteriore del torace. Una volta acquisita familiarità con il polso respiratorio a livello del torace, le mani del Facilitatore si potranno spostare in un’altra posizione. Proprio come il polso cardiaco, il polso respiratorio può essere palpato in quasi tutti i punti del corpo. Sebbene questo non sia il modo usuale di sentire il polso respiratorio, è tuttavia possibile percepirlo.

Alcuni punti suggeriti per la palpazione respiratoria sono: l’addome, la parte anteriore della coscia o del polpaccio, le caviglie, le spalle.

Mentre percepite il polso respiratorio in queste diverse aree, domandatevi come il tessuto sotto le vostre mani si sta muovendo in risposta al polso respiratorio: ruota, si espande, si contrae, si muove su e giù? Lasciate che la risposta vi arrivi attraverso le mani.

Il polso cardiaco può essere percepito in ogni punto che avete palpato per sentire il polso respiratorio e viceversa. Ora aggiungete alla palpazione le seguenti fasi:

1. Scegliete una zona e palpate il polso cardiaco come indicato sopra.
2. Senza spostare le mani, cercate di percepire il polso respiratorio.
3. Passate ripetutamente dalla palpazione di un polso a quella dell’altro senza spostare le mani.
4. Sovrapponete la palpazione di un polso all’altro così da sperimentare sia il polso cardiaco che quello respiratorio contemporaneamente.

Quali nuove informazioni vi giungono da questa esperienza di palpazione?

Il Ritmo Cranio-Sacrale (RCS), come il polso cardiaco e respiratorio, può essere percepito su tutto il corpo. Inoltre, come gli altri polsi, il Ritmo Cranio-Sacrale ha un carattere distinto nelle diverse parti del corpo. Imparerete a utilizzare la palpazione del Ritmo Cranio-Sacrale come un mezzo per monitorare la funzione del Sistema Cranio-Sacrale (SCS). Il Ritmo Cranio-Sacrale vi dirà se il sistema sta funzionando normalmente o in modo anomalo. Vi indicherà altresì il successo dei vostri sforzi terapeutici per ristabilire la normale funzionalità del Sistema. Imparare a percepire il Ritmo Cranio-Sacrale è il primo passo per una Tecnica Cranio-Sacrale efficace.

Il Ritmo Cranio-Sacrale si riflette in tutto il corpo. Tuttavia, il movimento effettivo nei vari punti è lievemente diverso.

### *Fasce e diaframmi*

Il polso terapeutico è un fenomeno che abbiamo osservato in molteplici occasioni, quando il corpo del soggetto è in fase di autocorrezione. Può esserne interessata qualsiasi parte del corpo sottoposta a trattamento. L'ampiezza del polso terapeutico sembra aumentare da valori prossimi allo zero fino a giungere all'attenzione consapevole del Facilitatore. Il polso terapeutico non va confuso con il polso cardiaco, sebbene all'inizio vi possa sembrare quasi lo stesso; l'ampiezza massima del polso terapeutico può durare secondi o minuti e sembra indicare che qualcosa di positivo sta accadendo. Una volta che la fase di autocorrezione si è conclusa, il polso terapeutico si riduce di ampiezza fino a diventare impercettibile. Personalmente non modifico quello che sto facendo, di qualunque cosa si tratti, fino a quando il polso terapeutico è percepibile.

### *Rilascio del Diaframma Respiratorio*

**Obiettivo Primario:** mobilizzare i tessuti e le strutture del diaframma respiratorio.

**Posizione delle Mani:** mano posteriore – trasversalmente sotto T12-L1.

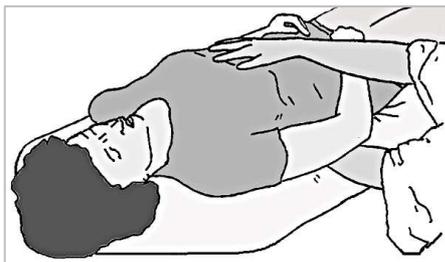
**Posizione delle Mani:** mano anteriore – a contatto con il bordo delle costole e il processo xifoideo.

**Tecnica:**

1. Trovare i punti di repere.
2. Alleggerire la pressione a 0 grammi.
3. Amalgamarsi/Fondersi (*melding*).
4. Aggiungere la pressione un grammo alla volta fino ad incontrare la resistenza del tessuto.
5. Seguire la direzione di attrazione (senza permettere mai il movimento ripetitivo).
6. Proseguire fintanto che si percepiscono i segni di rilascio.



### *Posizione delle mani per il Rilascio del Diaframma Respiratorio*



Tratto da CranioSacral Therapy di John E. Upledger e Jon D. Vredevoogd.

Riproduzione autorizzata da Eastland Press, Inc., P.O. Box 99749, Seattle, WA 98199. Copyright 1983. Tutti i diritti riservati.

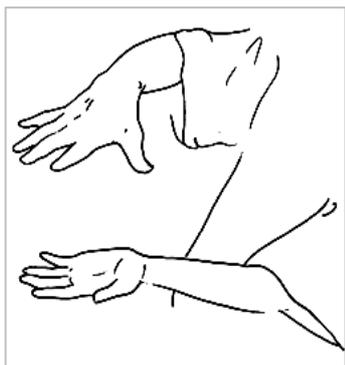
## Rilascio dello Stretto Toracico

**Obiettivo Primario:** mobilizzare i tessuti e le strutture dello stretto toracico.

**Posizione delle Mani:** mano posteriore – trasversalmente sotto C7-T1.

**Posizione delle Mani:** mano anteriore – pollice e medio a contatto con l'articolazione sterno-clavicolare e clavicole.

**Tecnica:**



1. Trovare i punti di repere.
2. Alleggerire la pressione a 0 grammi.
3. Amalgamarsi/Fondersi (*melding*).
4. Aggiungere la pressione un grammo alla volta fino ad incontrare la resistenza del tessuto.
5. Seguire la direzione di attrazione (senza permettere mai il movimento ripetitivo).
6. Proseguire fintanto che si percepiscono i segni di rilascio.

**Posizione delle mani per il Rilascio dello Stretto Toracico**



Tratto da *CranioSacral Therapy* di John E. Upledger e Jon D. Vredevoogd.

Riproduzione autorizzata da Eastland Press, Inc., P.O. Box 99749, Seattle, WA 98199. Copyright 1983. Tutti i diritti riservati

## Tecniche di Rilascio di: Diaframma respiratorio e Stretto Toracico

**Obiettivi:**

1. Sviluppare la percezione dell'intero sistema fasciale corporeo e dei suoi diaframmi trasversali.
2. Acquisire esperienza e fiducia nella percezione del "rilasciamento" tessutale e del "polso terapeutico".
3. Produrre il rilasciamento tessutale a livello del diaframma pelvico.
4. Produrre il rilasciamento tessutale a livello del diaframma respiratorio.
5. Produrre il rilasciamento tessutale a livello dello stretto toracico.
6. Produrre il rilasciamento tessutale a livello dello ioide.
7. Acquisire una conoscenza operativa dell'anatomia del diaframma pelvico, del diaframma respiratorio, dello stretto toracico e dello ioide.

Qualsiasi contrazione anomala dei diaframmi può produrre un “strascico” sul Sistema Cranio-Sacrale che viene valutato dalla testa o dai piedi. Perciò è suggerito che i Facilitatori valutino la qualità e l’attività del Sistema Cranio-Sacrale (SCS) sia dalla testa sia dall’osso sacro, prima e dopo il rilascio di ognuno dei diaframmi precedentemente descritti. Queste tecniche hanno un forte impatto sulle restrizioni diaframmatiche e sulle funzioni del SCS.

## Rilascio fasciale delle Strutture Intracraniche

*Ciò che segue è un estratto dal manuale di studi scritto dal Dott. John E. Upledger DO, OMM, per gli studenti del primo livello (CST 1) della CranioSacral Therapy. COPYRIGHT © 1987 dell’UPLEDGER INTERNATIONAL PUBLISHING - TUTTI I DIRITTI RISERVATI.*

### La Prima Presa della Volta Cranica

**Obiettivo Fondamentale:** valutare la mobilità e le restrizioni delle ossa del cranio (e relative membrane), principalmente sull’aspetto mediale-laterale.

**Posizione delle Mani:** mani e dita allargate sulla parte laterale del cranio creando un contatto leggero e confortevole.

**Tecnica:** mantenere questa posizione delle mani sull’aspetto mediale-laterale del cranio e valutare il Ritmo Cranio-Sacrale (RCS).

**Considerazioni Cliniche:** valutare/acquisire informazioni sul RCS per come si manifesta attraverso le ossa laterali del cranio.

### Posizione delle mani per la Prima Presa della Volta Cranica



*Tratto da CranioSacral Therapy di John E. Upledger e Jon D. Vredevoogd.*

*Riproduzione autorizzata da Eastland Press, Inc., P.O. Box 99749, Seattle, WA 98199. Copyright 1983. Tutti i diritti riservati*

### La Seconda Presa della Volta Cranica

**Obiettivo Fondamentale:** valutare mobilità e restrizioni delle ossa craniche (in relazione alle membrane), principalmente da una prospettiva antero-posteriore, allo stesso tempo focalizzarsi sulla base cranica.

**Posizione delle Mani:** una mano “a coppa” a contatto con l’occipite, mentre il pollice e il mignolo dell’altra mano vanno in contatto con le grandi ali dello sfenoide.

**Tecnica:** valutare il Ritmo Cranio-Sacrale (RCS) usando questa posizione delle mani sull’aspetto antero-posteriore del cranio.

**Considerazioni Cliniche:** valutare/acquisire informazioni sul RCS e su come si riflette sulle ossa antero-posteriori del cranio.

### *Posizione delle mani per la Seconda Presa della Volta Cranica*



*Tratto da CranioSacral Therapy di John E. Upledger e Jon D. Vredevoogd.*

*Riproduzione autorizzata da Eastland Press, Inc., P.O. Box 99749, Seattle, WA 98199. Copyright 1983. Tutti i diritti riservati*

### *La Terza Presa della Volta Cranica*

**Obiettivo Fondamentale:** valutare la mobilità e le restrizioni delle ossa del cranio (in relazione alle membrane) focalizzandosi principalmente sull'occipite e lo sfenoide.

**Posizione delle Mani:** entrambe le mani "a coppa" sull'occipite con i pollici estesi lateralmente e anteriormente alle grandi ali dello sfenoide.

**Tecnica:** valutare il Ritmo Cranio-Sacrale usando la posizione delle mani sull'occipite, sfenoide e ossa temporali.

**Considerazioni Cliniche:** valutare/acquisire informazioni sul RCS - Ritmo Cranio-Sacrale per come si manifesta nell'occipite e nello sfenoide.

### *Posizione delle mani per la Terza Presa della Volta Cranica*



*Tratto da CranioSacral Therapy di John E. Upledger e Jon D. Vredevoogd.*

*Riproduzione autorizzata da Eastland Press, Inc., P.O. Box 99749, Seattle, WA 98199. Copyright 1983. Tutti i diritti riservati*

**SEGUONO:**

**VARIAZIONI QEEG  
E CONCLUSIONI DELLO STUDIO PRELIMINARE**

# VARIAZIONI QEEG IN 5 PAZIENTI FIBROMIALGICHE DOPO TERAPIA CRANIO SACRALE. Uno studio preliminare.

## **ABSTRACT**

Abbiamo analizzato l'effetto della CranioSacral Therapy (CST) e SER (SomatoEmotional Release) in un campione di 5 pazienti con diagnosi di fibromialgia. Abbiamo scelto come principale metodo di oggettivazione uno strumento delle neuroscienze: QEEG, (Quantitative ElectroEncephalography). In combinazione sono stati somministrati i test McGill P.R.I. Pain Rating Index, Beck Depression Inventory (BDI), Zung Self-Rating Anxiety Scale (SAS) e valutazioni specifiche della CST.

I risultati della CST confermano quanto già in precedenza rilevato sul piano clinico: generale miglioramento dello SQAF (Simmetria, Qualità, Ampiezza, Frequenza del movimento fisiologico dell'organismo dovuto al Ritmo Cranio-Sacrale), aumentata mobilità fasciale, incremento del tono dell'umore e della qualità/durata del sonno. I test su dolore, ansia, depressione sostengono questi trend. I risultati QEEG evidenziano alcuni elementi di grande interesse e sostengono l'ipotesi che la tecnica manuale CST possa indurre una modificazione dell'attività del SNC. Riteniamo il QEEG uno strumento idoneo a valutare le modificazioni ottenute con CST e SER sul piano cerebrale. Si osserva che CST e SER possono essere benefiche per il paziente affetto da fibromialgia.

## **INTRODUZIONE**

La CST è una tecnica utilizzata negli Stati Uniti a partire dagli anni '60, in seguito diffusa in tutto il mondo; gode di ampia letteratura clinica, ma la ricerca scientifica sull'argomento è carente (01). La Tecnica Cranio-Sacrale (CST) agisce sulla funzionalità del Sistema Cranio-Sacrale, uno dei sistemi fisiologici del nostro organismo descritto per la prima volta dal Dott. John Upledger (1932-2012, medico osteopata e chirurgo). Il Sistema Cranio-Sacrale è composto da ossa del cranio, meningi, liquido encefalo-rachidiano (e dalle strutture nervose connesse) ed è caratterizzato da uno specifico ritmo (Ritmo Cranio-Sacrale, RCS, anche chiamato *terzo ritmo* 02). L'RCS è misurabile in frequenza, ampiezza, simmetria e qualità (SQAF) e la sua alterazione può correlarsi a condizioni disfunzionali anche multisistemiche. Secondo la filosofia del Dr. Upledger, la CST attraverso un tocco aptonomico può sostenere i processi autocorrettivi insiti in ogni persona.

La fibromialgia è una patologia recentemente classificata come neurologica, associata a diverse disfunzioni del sistema nervoso centrale, che portano a perdita dell'attività analgesica discendente e sensibilizzazione centrale (03-06), neuroinfiammazione con attivazione microgliale diffusa (07-11), disfunzione cognitiva (12-14), controllo motorio alterato (15), depressione (16), e possibili disfunzioni della capacità di cognizione sociale (17). La fibromialgia può causare astenia profusa, parestesie, algie, spasmi muscolari, debolezza muscolare, disturbi di coordinazione, compromissione della deambulazione, vertigini, compromissione della qualità e durata del sonno, difficoltà di concentrazione, deficit di memoria e della vista.

Lo studio si pone l'obiettivo di oggettivare eventuali modificazioni ottenute dalle pazienti fibromialgiche durante il Trattamento Intensivo attraverso QEEG (elettroencefalografia quantitativa). Il QEEG è una tecnica elettroencefalografica di indagine cerebrale che offre importanti vantaggi riguardo alla risoluzione temporale elevata (real time) e alla maneggevolezza rispetto ad altre tecniche di neuroimmagine, quali la TAC, la RMf e la PET. Il QEEG è una tecnica non invasiva di misurazione, tramite una tecnologia digitale, delle configurazioni elettriche sulla superficie dello scalpo, che riflettono principalmente l'attività della corteccia cerebrale sottostante. Abbiniamo al QEEG alcuni test di valutazione (McGill, BDI, Zung). Cerchiamo inoltre di individuare possibili correlazioni tra le misurazioni QEEG e le valutazioni CST.

## **MATERIALI E METODI**

Per questo studio preliminare sono state reclutate 5 pazienti, femmine, di età compresa tra 41 e 57 anni (media: 48,6 - mediana: 48) con diagnosi di fibromialgia.

Le pazienti sono iscritte all'associazione Comitato Fibromialgici Uniti (CFU-Italia) della Regione FVG e ognuna di esse ha scelto volontariamente di prendere parte al presente studio dopo essere stata compiutamente ed esaustivamente informata circa gli scopi e lo svolgimento dello stesso.

Tutte e cinque le pazienti presentano sintomi di fibromialgia compresi tra grado moderato (cioè che consente, con l'ausilio di farmaci, di condurre una vita indipendente) e severo (che determina cioè limitazioni funzionali nella vita quotidiana). Trattandosi di uno studio preliminare con reclutamento dei pazienti su base volontaria non è stato possibile utilizzare criteri di inclusione ed esclusione rigidi per ottenere un campione omogeneo.

Per ogni paziente sono stati raccolti preliminarmente dati relativi alla storia medica e ai farmaci assunti. Tre pazienti su cinque (paziente 2, 3, 5) assumono cannabinoidi per il controllo del dolore e giova sottolineare come l'assunzione di oppiacei esogeni, antidolorifici, psicofarmaci possa incidere nella risposta meningea alle tecniche di rilascio (vedi Tab.1).

<b>Pazienti</b>	<b>Età</b>	<b>Storia medica</b>	<b>Farmaci assunti</b>
P1	41	Prima diagnosi 1996. Definitiva: 2017. Dall'infanzia perdita dell'uso degli arti inferiori in occasione di eventi febbrili. Altro di significativo: gastrite cronica non atrofica HP neg, sindrome ansioso depressiva, asma allergico, ipovitaminosi D, colon irritabile, cistiti ricorrenti, dismenorrea.	Venlafaxina 37,5 mg, Pregabalin 75 mg mattina 100 mg sera, Nicetile 500 mg, Flexiban 10 mg alternato a Sirdalud 4 mg, Neodidro vit D, Coenzima Q10 100 mg
P2	56	Sintomi dal 2009. Diagnosi recente. Connettivite indifferenziata	Laroxyl, Cannabis
P3	48	Diagnosi di fibromialgia: 2018. Concomitante diagnosi di artrite sieronegativa. Altro di significativo: Precedenti ricoveri per anoressia. Isterectomia. gastropatia con ernia jatale.	Prazene 10 mg x 2, CBD, Fibroalgit, Acidi grassi, magnesio, vit D, melatonina, Tachipirina 500 e Brufen 200 al bisogno, Benzodiazepine, Antibioticoterapia
P4	41	Diagnosi di fibromialgia: 2015. Dal 2007 comparsa di sintomatologia dolorosa arti inferiori e zona lombare in progressivo peggioramento, con ricovero in reparto di ortopedia nel 2012. Altro di significativo: Tiroidectomia, appendicectomia.	Ibuprofene 600 mg, Contramal gocce e Targin al bisogno, Unicur, Rovigon, Normast Tirosint, Loratidina, D-base, Pantorc
P5	57	Diagnosi di fibromialgia: 2018. Sin dalla giovane età ricorda poliartralgie. Altro di significativo: Gastrite ed esofagite. Appendicectomia. Asportazioni polipi colici e cisti ovarica.	Pregabalin, Cannabis, paracetamolo, Vit D, omega 3, PQR, Nodol, Triptani al bisogno con cadenza mensile (Relpax), Emgality, Paudien

*Tabella 1: dati anagrafici delle pazienti, storia medica e farmaci assunti.*

## **QEEG** (Quantitative ElectroEncephalography)

Le pazienti sono state quindi sottoposte, prima di qualsiasi trattamento, alla registrazione delle mappe cerebrali iniziale con tecnica QEEG secondo il protocollo standard di rilevazione. Si pone una cuffia sulla testa del soggetto, contenente piccoli elettrodi, posizionati seguendo il Sistema Internazionale 10/20. L'informazione sulle onde cerebrali che viene raccolta è registrata e convertita in numeri.

I risultati vengono analizzati statisticamente e confrontati con valori normativi presenti in database internazionali di riferimento, al fine di mostrare la localizzazione e l'estensione della disfunzione cerebrale, in specifiche bande di frequenza e sotto particolari condizioni (a riposo a occhi chiusi, occhi aperti; eventualmente nell'esecuzione di compiti).

Questa procedura valutativa permette di determinare in modo scientifico e obiettivo se e come i pattern di onde cerebrali di un paziente sono significativamente differenti da quelli di una popolazione normale, di pari età e sesso ma anche, come nel presente caso, se e come le mappe cerebrali pre e post-trattamento del medesimo soggetto differiscano.

Studi scientifici riguardanti tecniche EEG e fibromialgia pubblicati in letteratura convergono nel descrivere uno stato fisiopatologico compatibile con uno stato centrale di iperattività del sistema nocicettivo, con iperattivazione persistente delle bande theta e beta (18).

Per le registrazioni EEG, effettuate nelle medesime ore pomeridiane per le 5 partecipanti allo studio, è stata utilizzata apparecchiatura Mitsar (San Pietroburgo, Russia). I dati sono stati acquisiti attraverso il software WinEEG con EEG amplifier Mitsar EEG- 201-BT. Gli elettrodi sono stati posizionati sullo scalpo secondo il Sistema Internazionale 10- 20, che rappresenta il sistema di riferimento comune. Il SI 10-20 prevede il posizionamento standard degli elettrodi secondo linee ideali fondamentali (linea sagittale antero-posteriore, mediale e laterale; linea coronale frontale, centrale e parietale) tracciate partendo da punti di repere fissi (nasion, inion, punti pre-auricolari). Le 21 posizioni elettrodeiche standard sono: Fp2, F4, F8, C4, P4, T4, T6, O2 a destra; Fp1, F3, F7, C3, P3, T3, T5, O1 a sinistra; Fz, Cz, Pz lungo la linea mediana; A2 e A1 come elettrodi auricolari di riferimento.

Sono state effettuate registrazioni a occhi chiusi.

È stata dedicata la massima cura preliminare per avere un segnale cerebrale pulito, riducendo al minimo le impedenze su tutti i canali.

I file EDF sono stati inviati per elaborazione attraverso il sistema qEEG-Pro presso [Brain Master \(19\)](#). Tale sistema prevede l'invio di file in formato EDF grezzi, ripuliti da artefatti attraverso l'apposito programma SARA, messo a punto da A. Keizer.

Il sistema QEEG Pro, utilizzato nel presente studio per la valutazione di pazienti affette da fibromialgia e trattate con tecniche di terapia cranio-sacrale secondo Upledger, permette di elaborare parametri classici della elettroencefalografia quantitativa, quali: ampiezze assolute e relative, asimmetrie, coerenze e altro (20) come anche parametri di nuova introduzione, quali l'entropia cerebrale (21-22).

Scostamenti, specie se elevati, dai valori attesi per sesso ed età, tanto in senso di aumento quanto in quello di diminuzione, nelle varie bande di frequenza delta (1-4 Hz), theta (4-8), alpha (8-13) e beta (13-30) sono associabili a disfunzionalità sul piano emotivo, cognitivo e comportamentale.

Va osservato che il profilo QEEG personale (brain map) tende a rimanere piuttosto stabile.

Cambiamenti del QEEG nel tempo possono essere il risultato di interventi (trattamenti). D'altra parte esistono alcuni fattori che possono determinare differenze, come l'orario e il giorno di registrazione, l'uso di sostanze, la qualità del sonno della notte precedente e anche differenze nella quantità e gravità degli artefatti nelle registrazioni EEG quali, in special modo, quelli determinati da sbattimenti palpebrali e movimenti oculari (nella banda delta, onde lente, sui siti frontali) e muscolari (banda beta, onde rapide, sui siti frontali, temporali e occipitali).

Le bande theta e alpha possono invece essere considerate affidabilmente esenti da artefatti.

## **CST** (CranioSacral Therapy)

Si è valutato il grado di mobilità delle partecipanti e la presenza di alterazioni note a cervello, cranio, colonna vertebrale (vedi Tab. 2).

Pazienti	Stato di salute e mobilità	Esiti di indagini strumentali
P1	Grave limitazione della mobilità. Utilizzo di sedie a rotelle e, per alcuni movimenti di transizione, stampelle. Artromialgie diffuse, rachialgia cervico-dorso-lombare con occasionale lombosciatalgia completa dx. Vertigini, acufeni.	Alla RMN: focali aree gliotiche della sostanza bianca frontale dx e occipitale dx, alterazioni di aspetto vascolare ascrivibili ad anomalie di sviluppo venoso, dalla corteccia al corno frontale ventricolare sn. Spondilosi e appuntimenti osteofitosici C3C7, discopatia C3C5, ernia C5C6 a contatto con il midollo spinale che si estende lateralmente e in parte in sede foraminale laterale; scoliosi dx convessa rachide dorsale medio inf, ipertrofia delle faccette articolari post e lagamenti gialli(sn>dx) D9D10 di aspetto iperostante con impronta sul sacco durale; discopatia L5S1 con disidratazione e modesto assottigliamento discale.
P2	Limitazione lieve della mobilità. Svolge con difficoltà l'attività lavorativa a causa della sindrome dolorosa, dolore di tipo gravativo (NRS 7-8) sia diurno che notturno (in quest'ultimo caso di tipo crampiforme).	Listesi di 2° grado di L5 su S1 con lisi istmica tra L5 ed S1
P3	Limitazione lieve della mobilità. Sintomatologia dolorosa polidistrettuale invalidante si accompagna costantemente mancanza di appetito ed insonnia, che l'ha costretta al cambio dell'attività lavorativa.	Lieve scoliosi D-L sinistro convessa di modesta entità con fulcro al passaggio D12L1, conservate le fisiologiche curve. Lieve slivellamento delle creste iliache e delle teste femorali tra di loro con il versante snin posizionelievemente sovrarelevata alla controlaterale.
P4	Limitazione lieve alla deambulazione e difficoltà mnemoniche. Ridimensionamento delle mansioni in ambito lavorativo.	/
P5	Limitazione lieve della mobilità. Difficoltà nelle attività lavorative nell'esecuzione di sforzi di media entità. Interruzione delle attività di svago e sportiva.	Scoliosi sinistro convessa. Lieve riduzione degli spazi discali L3-L5 verso destra. Lieve riduzione dello spazio discale L5-S1 verso sinistra. Spondilodiscartrosi. Ernie cervicali multiple e L4-L5 stenosi dei forami di coniugazione

*Tabella 2: indicazione dello stato di mobilità delle pazienti e indicazione di lesioni al cranio e alla colonna rilevate da indagini strumentali.*

### **STRUMENTI DI VALUTAZIONE AUSILIARI**

Per la valutazione comparativa della situazione clinica pre-trattamento e post-trattamento si è ricorsi inoltre a:

- Test del dolore di McGill
- BDI – Beck's Depression Inventory

- Zung Self-Rating Anxiety Scale (SAS)

### **Test del dolore di McGill**

Il test di McGill utilizza 78 voci per la descrizione del dolore, che permettono la valutazione delle tre dimensioni coinvolte nei processi dolorifici: sensoriale, affettiva e valutativa. Ogni dimensione è suddivisa in sottoclassi (dimensione sensoriale 13 sottoclassi, dimensione affettiva 5, dimensione valutativa 2) (23).

### **Beck Depression Inventory (BDI)**

Si tratta di un test di autovalutazione a 21 item per la misurazione dei sintomi caratteristici della depressione (BDI-II di Beck, Steer & Brown, 1996) (24).

### **Zung Self-Rating Anxiety Scale (SAS)**

La scala proposta dal test di Zung è costituita da 20 domande ed ha lo scopo di individuare il Disturbo di Ansia Generalizzato in soggetti adulti (25).

### **Test specifici CST**

Nello specifico ambito della CranioSacral Therapy sono stati valutati i seguenti parametri: SQAF (Simmetria, Ampiezza, Qualità, Frequenza del Ritmo Cranio Sacrale), rilevazioni di eventuali tensioni anomale alle membrane meningeae e ai diaframmi corporei, attivazione del RAS (Sistema Allarme Reticolare), grado di mobilità fasciale e presenza di aree dolorifiche.

## **TRATTAMENTO INTENSIVO UPLEDGER**

Successivamente alla registrazione con metodica QEEG e ai test eseguiti (McGill, BDI SAS e valutazioni CST), ogni paziente è stata sottoposta ad un ciclo intensivo di trattamenti con metodo Upledger. I trattamenti sono stati somministrati secondo il protocollo di Trattamento Intensivo, in modalità multimano. Il protocollo di Trattamento Intensivo (CSTI) utilizzato nello studio condotto, ripropone fedelmente il modello di lavoro svolto dal dott. John Upledger presso la Brain and Spinal Cord Injury Clinic. Durante il trattamento intensivo i terapeuti lavorano in modalità multimano, ricercano la presenza di tensioni anomale nel sistema fasciale, articolare, somatoemozionale, e applicano le tecniche che aiutano il processo riabilitativo del paziente. Il rilascio SomatoEmozionale (SER) consente di individuare e rilasciare l'eventuale memoria emozionale correlata alla disfunzione fisica.

Le tecniche sono state organizzate secondo il seguente schema:

### **CST**

- SQAF: definisce l'indice di simmetria, qualità, ampiezza, frequenza del Ritmo Cranio Sacrale. La tecnica dello SQAF si applica mediante la palpazione (tocco), posizionando le mani in alcuni specifici punti, chiamati "stazioni di ascolto": testa, spalle, bacino, piedi, all'inizio e alla fine di ogni trattamento quotidiano. Lo SQAF nella CST è un metodo di valutazione della funzionalità globale del Sistema Cranio-Sacrale, che è un Sistema Fisiologico e pertanto ha una sua propria attività all'interno dell'organismo e interagisce con gli altri Sistemi Fisiologici (Respiratorio, Cardiovascolare, Endocrino, Immunitario). "Ascoltando" il Ritmo Cranio-Sacrale (RCS) si possono percepire le possibili anomalie rispetto alla corretta funzionalità del Sistema Cranio-Sacrale (SCS). Il Ritmo Cranio-Sacrale nella norma ha una frequenza dai 6 ai 12 cicli al minuto.
- Membrane intracraniche: sono appositamente applicate per il rilascio meningeo e per il riequilibrio del movimento in flessione-estensione delle ossa craniche, che in CST si correla al Ritmo Cranio Sacrale. Le tecniche riguardano: osso frontale sollevamento, parietali sollevamento, sfenoide, temporali flessione-estensione, temporali oscillazioni, tentorio del cervelletto trazione lato posteriore, ATM compressione, ATM decompressione.
- Tubo durale e segmento facilitato. Il tubo durale rappresenta la porzione di tessuto meningeo che avvolge il midollo spinale. Attraverso la trazione sacro-occipitale è possibile rilevare eventuali tensioni anomale del tubo durale e individuare specifici segmenti facilitati.

- Ossa del palato duro. Le tecniche per il palato duro intervengono sulle componenti di questa parte anatomica, con l'obiettivo di rilasciare tensioni anomale articolari. Si applicano a: palato duro, vomere, palatini, ossa zigomatiche, ossa nasali. La CST considera che la stimolazione di queste aree, per contiguità anatomica, stimoli per via riflessa il basicranio.
- Cinque diaframmi : diaframma pelvico, respiratorio, toracico e ioide, occipite/atlante. Si tratta di zone in cui la fascia longitudinale incontra tridimensionalmente porzioni fasciali orizzontali e diagonali; sono soggetti a particolari tensioni correlate alla particolare morfologia dei tessuti coinvolti.
- Arcing: è una tecnica che si applica per valutare e rivalutare le disfunzioni primarie (lesioni attive) presenti nell'organismo e permette: nella prima valutazione, all'inizio del trattamento, di scoprire una lesione attiva, ovvero una Cisti Energetica, che produce energia disorganizzata; nella rivalutazione, che si esegue dopo il trattamento, di verificare se la Cisti Energetica è stata dissipata e se non sono più presenti i residui dell'energia disorganizzata. La Cisti Energetica, rappresenta una lesione attiva, che risulta incapsulata in un'area circoscritta. Può contribuire al rinforzo dei segmenti del midollo spinale, dando inizio alla sindrome segmentaria da rinforzo (sindrome del Segmento Facilitato). In CST le lesioni non attive si possono percepire sotto forma di restrizioni fasciali.
- Meridiani secondo Upledger. In CST si trattano alcuni meridiani della MTC, i più significativi dal punto di vista CranioSacrale (pericardio, cuore, polmoni, reni, milza, fegato, relazionati a emozioni specifiche). La palpazione dei Meridiani è un ulteriore metodo di valutazione che può far rilevare la presenza di una Cisti Energetica, che potrebbe rappresentare la causa di un'ostruzione del flusso energetico del Meridiano in cui si trova.
- Vettori. Il Dott. Upledger definisce il sistema dei Vettori, nel corpo umano, come l'impalcatura energetica del nostro corpo. Rappresentano un "continuum energetico vitale" che, se alterato, può causare disfunzione.
- Chakra primari. In CST si suggerisce il rilascio di questi 7 centri energetici primari (descritti nella tradizione tantrica), esclusivamente come riferimento per lavorare energeticamente sul Sistema Vettore/Asse.
- RAS: valutazione della attivazione del sistema di allarme reticolare. È il sistema maggiormente collegato allo stato di stress. Secondo la CST, il Sistema Reticolare conserva, e riconosce per analogia, i fattori di stress e li vive come il richiamo o l'accumulo agli stress precedenti. Risponde agli stimoli di paura, lotta, attacco/fuga.
- Dissipazione dell'entropia fasciale. In CST si considera l'entropia come energia disfunzionale che, se presente, può disorganizzare la struttura organica e deviarla verso forme di adattamento, che possono causare tensione anomala o degenerare in forme patologiche.

### **SER (SomatoEmotional Release)**

Il concetto di disfunzione somatoemozionale è proprio della CST. La tecnica SER rappresenta un marchio terapeutico registrato, complementare alla CST, che facilita un processo delicato di rilascio della memoria emozionale che può essere correlata alla disfunzione fisica. Il terapeuta, individuata la cisti energetica del paziente - una particolare disfunzione fasciale in cui la tensione anomala risulta trattenuta e incapsulata nel tessuto e che può essere correlata a memoria emotiva - si pone in contatto con essa attraverso il posizionamento delle mani. Monitorando la frequenza del RCS, il terapeuta interagisce verbalmente con il paziente attraverso la modalità di Dialogo Immaginario Terapeutico, seguendo le modificazioni fasciali. L'emersione della memoria emozionale connessa alla disfunzione fisica, si caratterizza per l'attivazione del Fattore Significativo, una interruzione spontanea del RCS. Il processo continua fino al completo rilascio. Si è osservato che il processo apporta benefici ai pazienti su più livelli ([rif. All. 01](#)).

La programmazione della raccolta dati è stata strutturata in modo tale da non alterare il protocollo di Trattamento Intensivo, come ideato da Upledger, che prevede l'alternanza di una serie di sedute multimano e di momenti di dibattito e confronto di gruppo, in cui i pazienti possono condividere le loro osservazioni sul proprio percorso individuale, condividendo se lo desiderano aspetti emersi durante i rilasci somatoemozionali (vedi Tab. 3).

<b>Analisi Pre - Post Trattamento Intensivo</b>	<b>Trattamento Intensivo</b> Organizzazione e durata dei trattamenti
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>QEEG</b> Quantitative ElectroEncephalography</li> <li>• <b>BDI</b> Beck Depression Inventory</li> <li>• <b>SAS</b> Zung Self-Rating Anxiety Scale</li> <li>• <b>CST</b> SQAF , membrane meningee, diaframmi, test mobilità e dolore</li> </ul>	<p>Giorni 1-2-3:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 11.45-13.00 Esecuzione diretta. Valutazione giornaliera iniziale e trattamento dei pazienti.</li> <li>• 14.30-16.00 Esecuzione diretta. Valutazione e trattamento dei pazienti.</li> <li>• 16.15-17.45 Esecuzione diretta. Valutazione e trattamento dei pazienti</li> </ul> <p>Giorno 4:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 10.15-11.30 Esecuzione diretta. Valutazione giornaliera iniziale e trattamento dei pazienti.</li> <li>• 12.00-13.00 Esecuzione diretta. Valutazione e trattamento dei pazienti.</li> </ul>

*Tabella 3: organizzazione del trattamento intensivo e delle rilevazioni condotte pre/post.*

Lo schema terapeutico ha previsto la possibile variazione da paziente a paziente nell'ordine delle tecniche somministrate, secondo le indicazioni stabilite dal dott. John Upledger, relative al rispetto della specificità del trattamento modellato sulle necessità individuali. Le tecniche e i protocolli attuati sono tratti dalle principali pubblicazioni del dott. J.Upledger: Terapia CranioSacrale, Terapia CranioSacrale: Oltre la dura madre, Rilascio SomatoEmozionale e oltre (rif. All. 01).

Al termine del protocollo di trattamento intensivo, le pazienti sono nuovamente state sottoposte alla registrazione delle mappe cerebrali con metodica QEEG secondo le medesime procedure descritte in precedenza per la registrazione pre-trattamento.

La rivalutazione è stata condotta anche attraverso Test del dolore di McGill, BDI – Beck's Depression Inventory, Zung Self-Rating Anxiety Scale (SAS).

## **RISULTATI**

### **RISULTATI QEEG**

I risultati QEEG riportati si concentrano su alcuni aspetti osservati: onde cerebrali ed entropia.

**ONDE CEREBRALI.** Le 5 partecipanti allo studio presentavano alla prima registrazione un profilo QEEG di partenza (brain map) alquanto differenziato.

Rispettivamente:

- 1) Delta: ipoattivo; theta: ipoattivo; alpha: ndr; beta: iperattivo e hi-beta: iperattivo.
- 2) Delta: ipoattivo; theta: ipoattivo; alpha: ipoattivo; beta: iperattivo e hi-beta: ndr.
- 3) Delta: iperattivo; theta: frontale moderatamente iperattivo; alpha: ipoattivo; beta: ndr; hi-beta: iperattivo.
- 4) Delta: moderatamente iperattivo; theta: ipoattivo; alpha: ipoattivo; beta: ndr; hi-beta: iperattivo.
- 5) Delta: iperattivo; theta: ipoattivo; alpha: ipoattivo; beta: ipoattivo; hi-beta: iperattivo.

Alla seconda registrazione si riscontrava:

- 1) Delta: ipoattivo; theta: ipoattivo; alpha: ndr; beta: iperattivo e hi-beta: iperattivo.
- 2) Delta: ipoattivo; theta: ipoattivo; alpha: moderatamente ipoattivo; beta: moderatamente iperattivo e hi-beta: ndr.
- 3) Delta: ipoattivo; theta: ipoattivo; alpha: moderatamente ipoattivo; beta: moderatamente iperattivo; hi-beta: iperattivo.
- 4) Delta: ipoattivo; theta: iperattivo; alpha: moderatamente ipoattivo; beta: ndr; hi-beta: ipoattivo.
- 5) Delta: ipoattivo; theta: ipoattivo; alpha: ipoattivo; beta: ipoattivo; hi-beta: iperattivo.

Si può osservare che per quanto riguarda gli indici delta, theta, alpha, beta, hiBeta, tre delle cinque mappe hanno subito variazioni modeste (paziente 1, 3, 5) mentre due mappe presentano variazioni consistenti (paziente 2 e 4). Correlando i dati QEEG con le analisi SER, si rileva che le mappe con minore modificazione nelle onde cerebrali appartengono a pazienti con maggiore traumatizzazione, anche infantile. Dalle somministrazioni SER (SomatoEmotional Release) è emersa in tutto il campione, ma con diverso grado, presenza di traumatizzazione, in alcuni casi molto precoce.

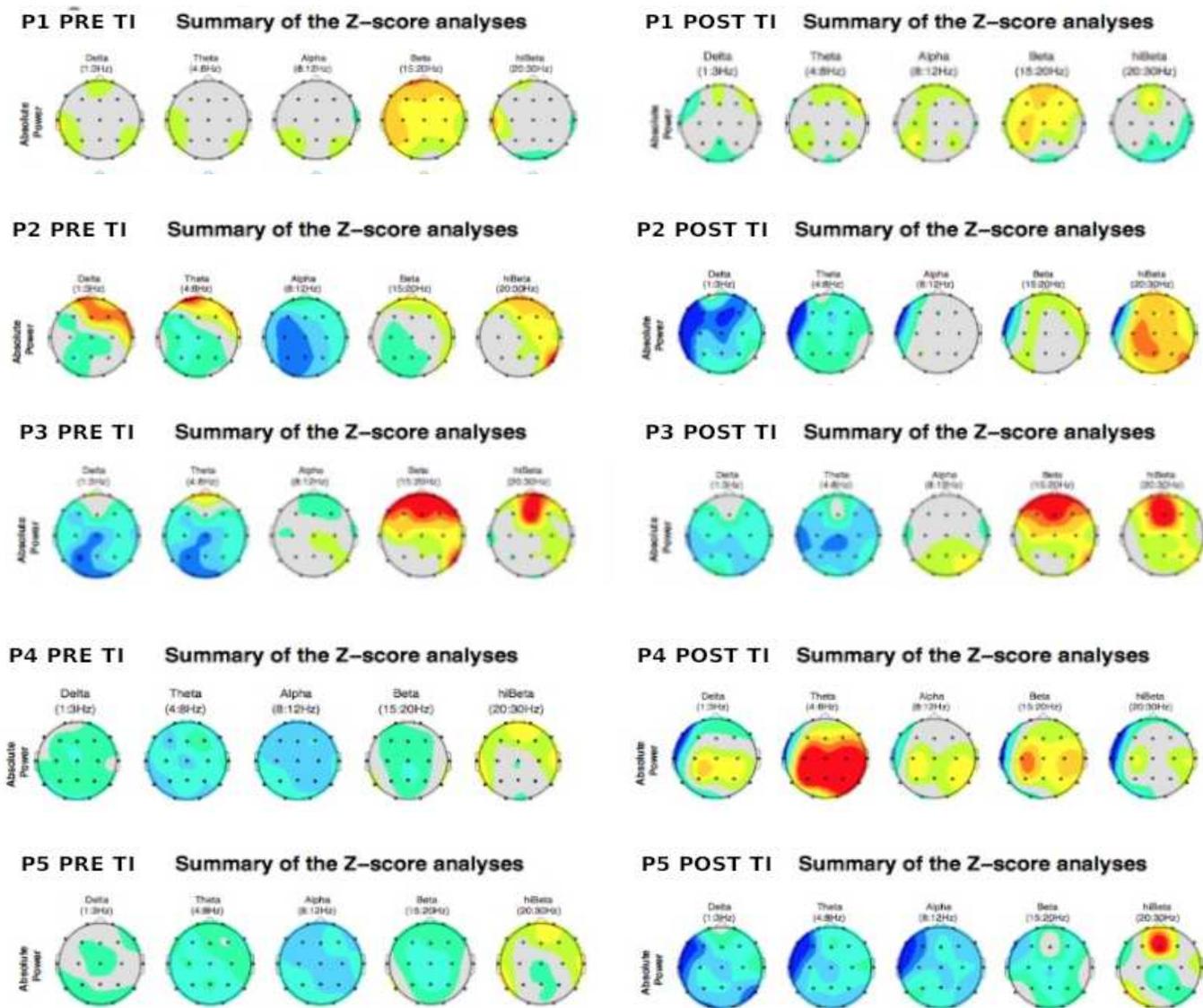


Figura 1A. Paziente 1: misura delle onde Delta, Theta, Alpha, Beta, HiBeta pre/post TI. Figura 1B. Paziente 2: misura delle onde Delta, Theta, Alpha, Beta, HiBeta pre/post TI. Figura 1C. Paziente 3: misura delle onde Delta, Theta, Alpha, Beta, HiBeta pre/post TI. Figura 1D. Paziente 4: misura delle onde Delta, Theta, Alpha, Beta, HiBeta pre/post TI. Figura 1E. Paziente 5: misura delle onde Delta, Theta, Alpha, Beta, HiBeta pre/post TI.

In primo luogo, rispetto a quanto riportato in letteratura, si conferma nei soggetti FM una presenza di attività elevata nella banda beta alla prima rilevazione, presente in tutte e 5 le partecipanti. Di queste, tre risultano moderatamente o significativamente migliorate alla seconda registrazione.

All'interno dei limiti riguardanti il campione limitato ed eterogeneo, rispetto alle rilevazioni effettuate non trova conferma invece il dato di letteratura relativo a una elevata attività theta, risultante in ben 4 casi su 5 ridotta alla prima registrazione. Da rilevare, comunque, una riduzione prima-dopo di attività theta in 4 casi su 5 su C4 (sito correlato specificamente con gli impulsi dolorifici di provenienza dall'insula).

In un soggetto (paziente n°4, titolare di una delle 2 mappe significativamente variare) vi è stata una notevole attivazione theta diffusa alla seconda registrazione, con netto miglioramento delle bande

delta, alpha e beta/hi-beta. Si potrebbe ipotizzare che ciò possa essere legato a completa abreazione (scarica emozionale attraverso la quale un soggetto si libera di un trauma antico i cui termini essenziali sono rimasti inconsci).

L'altra mappa significativamente variata presenta una tendenza alla "normalizzazione" della banda alpha.

**ENTROPIA.** Interessanti sono le rilevazioni relative all'entropia cerebrale, misurata dal sistema QEEG Pro secondo i metodi più usati nella ricerca EEG: a) Sample Entropy; b) Permutation Entropy e c) Fractal Dimension. L'entropia è correlata all'attivazione corticale: positivamente correlata con beta e negativamente con delta. L'entropia diminuisce quando diminuisce lo stato di veglia: è bassa durante il sonno profondo, più alta durante il sonno REM e al massimo livello nella veglia.

Da una prima osservazione della misurazione entropica pre-TI, si rileva la possibile correlazione positiva tra localizzazione di entropia e restrizioni meningeo, come possiamo osservare dalla tabella sottostante. Durante l'analisi il terapeuta CST pone le mani su specifiche zone della testa, individua le disfunzioni nel movimento in flessione-estensione del RCS delle diverse ossa che compongono il cranio; valuta inoltre le caratteristiche delle restrizioni delle meningi principali, della falce cerebrale, del tentorio e della falce cerebellare. L'applicazione delle tecniche ha come obiettivo il rilascio di tali restrizioni. Dal punto di vista CST, in ipotesi tali restrizioni possono correlarsi ad una diversa attività cerebrale nelle aree corrispondenti. Ci sembra significativo che la localizzazione delle restrizioni cranio-sacrali corrisponda, in 5 pazienti su 5, alle aree di maggiore entropia semplice registrate con QEEG (vedi Tab. 4).

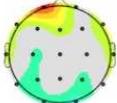
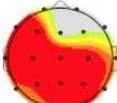
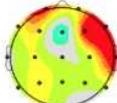
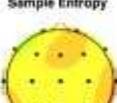
Paziente	Entropia cerebrale Pre TI	Valutazione delle membrane meningeo Pre TI
P1		Disfunzione del frontale Tensione anomala del temporale in flessione-estensione lato sinistro e del tentorio cerebellare lato sinistro
P2		Disfunzione del tentorio del cervelletto, trazione lato posteriore, con rilevata limitazione nello scivolamento bilaterale Tensione anomala al frontale, ai parietali.
P3		Disfunzione del temporale destro in flessione-estensione Tensione anomala sul punto di inserzione del tentorio del cervelletto sullo sfenoide
P4		Disfunzione di frontale, parietali, temporali, tentorio.
P5		Disfunzione di frontale e temporale destro.

Tabella 4. Per ogni paziente si raffronta la misurazione di entropia cerebrale pre-TI e la valutazione delle membrane meningeo pre-TI.

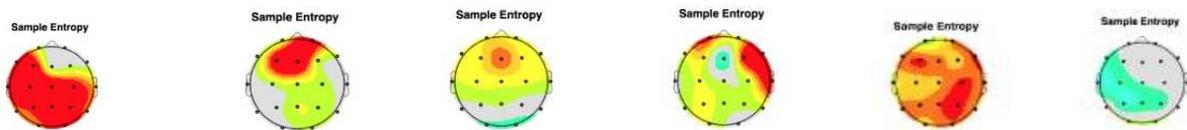
La valutazione della possibile correlazione tra entropia e membrane meningeae post trattamento non è riportata in quanto non ritenuta attendibile per un errato timing nella raccolta dei dati meningei post-TI (valutati a inizio giornata e non alla fine).

Osserviamo altri aspetti di interesse che riguardano la modificazione dell'entropia cerebrale nel gruppo delle partecipanti.

**1) Variazione pre/post TI.** In primo luogo rileviamo come **in tutte le pazienti si è verificata una variazione dell'entropia cerebrale.** Considerando la Sample Entropy, osserviamo in particolare che:

In 3 pazienti su 5 l'entropia è diminuita:

- **Paziente n°2:** diminuzione dell'entropia presente pre-trattamento. Comparsa di un'area entropica di minore ampiezza in area fronto-centrale.  
Correlati neurali delle aree entropiche rilevate post-trattamento secondo conversion rois and int'l 10–20 system; **Fp1 Fp2:** Giro Orbitale. **Fz F3 F4:** Corteccia prefrontale dorsolaterale.
- **Paziente n°3:** diminuzione dell'entropia presente pre-trattamento. Comparsa di un'area entropica di minore ampiezza in area fronto-centrale.  
Correlati neurali delle aree entropiche rilevate post-trattamento secondo conversion rois and int'l 10–20 system: **Fp1 Fp2:** Giro orbitale, Corteccia orbitofrontale. **Fz F3 F4:** Corteccia prefrontale dorsolaterale **Fpz/Fz:** Cingolato anteriore ACC.
- **Paziente n°4:** diminuzione totale dell'entropia presente pre-trattamento. La paziente 4 presenta nel gruppo la maggiore variazione delle mappe relative agli indici delta, theta, alpha, beta, hiBeta, con significativo aumento delle onde Theta (4 – 8 hz).  
(vedi Tab. 5)



<b>Paziente 2 Pre TI</b>	<b>Paziente 2 Post TI</b>	<b>Paziente 3 Pre TI</b>	<b>Paziente 3 Post TI</b>	<b>Paziente 4 Pre TI</b>	<b>Paziente 4 Post TI</b>
------------------------------	-------------------------------	------------------------------	-------------------------------	------------------------------	-------------------------------

*Tabella 5. Entropia semplice pre/post trattamento, per le pazienti 2-3-4. E' visibile una riduzione dell'entropia cerebrale.*

- **Paziente n°5:** diminuzione dell'entropia lungo la linea mediana centrale e in corrispondenza del temporale destro; aumento lieve in area fronto-centrale.  
Correlati neurali delle aree entropiche rilevate post-trattamento secondo conversion rois and int'l 10–20 system: **Fp1 Fp2:** Giro Orbitale. **F3:** Lobo Frontale area dorsolaterale. **F7:** Lobo prefrontale sx.
- **Paziente n°1:** aumento netto in area fronto-centrale. Si ricorda che la paziente 1 presenta la minore variazione delle mappe relative agli indici delta, theta, alpha, beta, hiBeta; la donna presenta alla RMN focali aree gliotiche della sostanza bianca frontale dx e occipitale dx, alterazioni di aspetto vascolare ascrivibili ad anomalie di sviluppo venoso, dalla corteccia al corno frontale ventricolare sn.  
Correlati neurali delle aree entropiche rilevate post-trattamento secondo conversion rois and int'l 10–20 system: **Fp1 Fp2:** Giro Orbitale. **Fp1/F7 Fp2/F8:** Corteccia prefrontale. **Fz F3 F4:** Corteccia prefrontale dorsolaterale. **F7/C3 F8/C4:** Lobi frontali e prefrontali e parte dell'area di Broca. **Cz:** Lobulo paracentrale. **F3/C3 F4/C4:** Insula.  
(vedi Tab. 6).

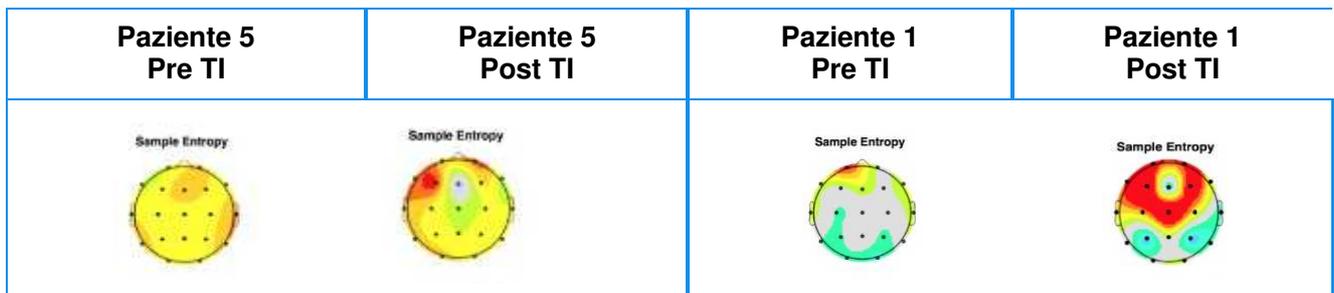


Tabella 6. Entropia semplice pre/post trattamento, per le pazienti 5 e 1. E' visibile un aumento dell'entropia cerebrale in area fronto-centrale, in particolare nella paziente 1.

**2) Localizzazione.** La seconda osservazione è relativa alla localizzazione dell'entropia cerebrale, laddove ancora presente, misurata post-TI. **L'energia entropica si è focalizzata in area fronto-centrale.** Analizzando i correlati neurali secondo ROIs and Int'l 10–20 System, le aree attivate risultano essere:

- Corteccia cingolata anteriore (ACC)
- Corteccia frontale (frontal cortex); Corteccia prefrontale (prefrontal cortex); Corteccia orbitofrontale (orbitofrontal cortex)
- Giro orbitale (orbital girus)
- Lobulo paracentrale (Paracentral Lobule PCL)
- Insula (INS).

Durante il Trattamento Intensivo si è rilevata una traumatizzazione in tutte le pazienti osservate, in alcuni casi grave e riconducibile alla prima infanzia. Le due pazienti con maggiore traumatizzazione hanno presentato incremento dell'entropia cerebrale (paziente 1 e 5) (vedi Tab. 7).

Pazienti	Esiti SER (SomatoEmotional Release)
<b>P1</b>	Il paziente esprime, durante il SER, traumi subiti a livello fisico, emotivo, psicologico alla nascita, in età infantile, in età post-adolescenziale, in età adulta. Difficoltà attuali sia a livello fisico sia a livello emozionale, causate dalla patologia.
<b>P2</b>	Il paziente esprime, durante il SER, traumi subiti a livello fisico, emotivo, psicologico alla nascita e prevalentemente in età adulta. Difficoltà attuali sia a livello fisico sia a livello emozionale, causate dalla patologia.
<b>P3</b>	Il paziente esprime, durante il SER, traumi subiti a livello fisico, emotivo, psicologico, in età post-adolescenziale, in età adulta. Difficoltà attuali sia a livello fisico sia a livello emozionale, causate dalla patologia.
<b>P4</b>	Il paziente esprime, durante il SER, traumi subiti a livello fisico, emotivo, psicologico in epoca gestazionale e prevalentemente in età adulta. Difficoltà attuali sia a livello fisico sia a livello emozionale, causate dalla patologia.
<b>P5</b>	Il paziente esprime, durante il SER, traumi subiti a livello fisico, emotivo, psicologico alla nascita, in età infantile, in età post-adolescenziale, in età adulta. Difficoltà attuali sia a livello fisico sia a livello emozionale, causate dalla patologia.

Tabella 7. Sintesi dei risultati SER per ogni paziente.

Comparando i dati relativi alla variazione di entropia cerebrale e del **RAS** (sistema di allarme reticolare, scala da 1 a 10) si osserva una correlazione in 4 casi su 5. Durante la valutazione CST, il terapeuta valuta se sia presente nel paziente una attivazione del Sistema di Allarme Reticolare (RAS). Questa valutazione è possibile analizzando la qualità e le caratteristiche del movimento

meningeo. Nello studio, il grado di RAS secondo l'approccio cranio-sacrale è aumentato in un caso (paziente 1) e diminuito in 3 casi (paziente 2, 3, 4). Queste variazioni in 4 casi su 5 corrispondono ad incrementi/diminuzioni dell'entropia cerebrale nelle stesse pazienti. Questo ci fa ipotizzare una possibile correlazione positiva tra i due indici (vedi Tab. 8).

Pazienti	Pre - TI	Post - TI	Entropia cerebrale Post - TI
<b>P1</b>	Sistema teso e pulsante	Sistema RAS eccitato	I dati sembrano correlare positivamente con un aumento dell'entropia.
<b>P2</b>	Vive in costante allerta	In una scala da uno a dieci: 4	I dati sembrano correlare positivamente con una diminuzione dell'entropia.
<b>P3</b>	Disfunzionale	Equilibrio	I dati sembrano correlare positivamente con una diminuzione dell'entropia.
<b>P4</b>	Disfunzionale	Equilibrio	I dati sembrano correlare positivamente con una diminuzione netta dell'entropia.
<b>P5</b>	RAS allertato a 5	Nessun allarme reticolare iper	Mancata correlazione

*Tabella 8. Comparazione della variazione del livello CST-RAS con i dati relativi all'entropia cerebrale post-TI.*

Relativamente agli **indici SQAF** (ampiezza, qualità, frequenza del ritmo cranio sacrale) alla testa si osserva miglioramento della simmetria e ampiezza dell'RCS. Aumento della qualità in 4 casi su 5. Frequenza nella norma (vedi Tab. 9).

Pazienti	SQAF Pre - TI				SQAF Post - TI			
	S	Q (da 1 a 5)	A	F	S	Q (da 1 a 5)	A	F
P1	no	2	no	6/7	sì	4	sì	6
P2	dx no	2	no	5	sì	4	dx no	7
P3	sì	4.5	no	7	sì	4	sì	11
P4	sx no	2	no	8	sì	3	sì	7
P5	no	3	dx no	10	si	4.5	sì	8

*Tabella 9. Comparazione della variazioni SQAF per ogni paziente pre/post trattamento.*

Per tutte le pazienti, tensioni anomale a livello meningeo e diaframmatico sono state parzialmente risolte o sono migrate in altre sedi. Le cisti energetiche rilevate sono state rilasciate. Si conferma che il rilascio dell'entropia fasciale e della cisti energetica non è correlato alla diminuzione dell'entropia cerebrale.

**RISULTATI dei test somministrati durante la valutazione medica e psicologica.** I test relativi all'indice del dolore e dei livelli di ansia e depressione hanno evidenziato un netto miglioramento complessivo nella maggioranza delle partecipanti, come riportato nelle tabelle. Gli esiti dei test McGill, BECK'S e ZUNG non sembrano avere correlazioni evidenti con le misurazioni dell'entropia cerebrale.

**BDI – Beck’s depression inventory.** Riduzione del punteggio della depressione in 4 pazienti su 5 (vedi Tab. 10).

Pazienti	Pre Trattamento Intensivo	Post Trattamento Intensivo
P1	Nei limiti 18	7 basso
P2	Disturbi leggeri dell’umore 11	10 basso
P3	Depressione moderata 29	8 normale
P4	Depressione normale 10	13 disturbi leggeri
P5	Depressione moderata 21	7 basso

*Tabella 10. Comparazione della variazioni dei punteggi BDI per ogni paziente pre/post trattamento.*

<https://psychology-tools.com/test/zung-anxiety-scale>

**SAS: Zung Self-Rating Anxiety Scale.** Riduzione del livello di ansia in 3 pazienti su 5. In due pazienti incremento di 2 punti (vedi Tab. 11).

Pazienti	Pre Trattamento Intensivo	Post Trattamento Intensivo
P1	Moderato 55	37 basso
P2	Basso 35	37 basso
P3	Ansia moderata 49	29 basso
P4	Ansia bassa 30	32 basso
P5	Ansia moderata 48	29 basso

*Tabella 11. Comparazione della variazioni dei punteggi SAS per ogni paziente pre/post trattamento.*

**McGill P.R.I. Pain Rating Index.** Riduzione dell’indice del dolore in 4 pazienti su 5 (vedi Tab. 12).

Pazienti	Pre Trattamento Intensivo	Post Trattamento Intensivo
P1	51	33
P2	41	44
P3	24	18
P4	49	32
P5	53	27

*Tabella 12. Comparazione della variazioni dei punteggi McGill P.R.I. per ogni paziente pre/post trattamento.*

## **DISCUSSIONE**

Il sistema terapeutico descritto in questa relazione è supportato da letteratura clinica a partire dagli anni ‘60 per la CST e dagli anni ‘80 per SER e TI. Il principale effetto di questa terapia manuale, documentato in letteratura clinica, è il miglioramento dell’omeostasi organica. Il meccanismo di azione e l’effetto della CST non sono stati finora oggettivati. Per la prima volta osserviamo le modifiche indotte dalla Terapia CranioSacrale sul SNC in 5 pazienti fibromialgiche, attraverso strumentazione neuroscientifica QEEG.

In questo studio abbiamo potuto constatare come il concetto di entropia cerebrale a cui si riferisce il QEEG sia sostanzialmente diverso dal concetto di entropia della cisti energetica, descritto dal Dott. Upledger (rif. 01). Nella CranioSacral Therapy, la cisti energetica è una condizione disfunzionale in cui l'energia disorganizzata risulta incapsulata in uno o più punti del sistema fasciale, causando tensioni anomale di diversa gravità, che può coinvolgere più livelli sistemici (muscolo-scheletrico, fasciale, emozionale, etc). Acutizzazione del dolore, movimenti fasciali caotici e pulsazioni terapeutiche, possono manifestarsi prima del completo rilascio.

In ambito neuroscientifico il concetto di entropia è stato introdotto solo di recente e si riferisce alla quantità/complessità di informazioni processate dalle diverse reti neuronali e alla loro interattività. Si ritiene che l'entropia svolga un ruolo importante per la comprensione della funzione e delle proprietà complesse del sistema cerebrale, che influenzano la coscienza e il comportamento umano. Si tratta di un campo in costante evoluzione. L'entropia è in sintesi intesa come "numero di stati neurali a cui un determinato cervello può accedere" (26).

Dopo applicazione CST-SER, l'entropia è variata in tutte le pazienti: in 3 pazienti è diminuita, in 1 caso presentando una variazione high/low marcata. Nelle 2 pazienti in cui si è verificato l'aumento osserviamo che: in un caso si è osservato un lieve incremento accompagnato da diminuzione lungo la linea mediana centrale; nel secondo caso l'incremento è stato netto. E' significativo che nella paziente in cui l'attivazione entropica è stata rilevante presenti a RMN focali aree gliotiche della sostanza bianca (localizzate in area frontale dx e occipitale dx, accompagnate da alterazioni di aspetto vascolare ascrivibili ad anomalie di sviluppo venoso, localizzate nella porzione dalla corteccia al corno frontale ventricolare sn). Le aree gliotiche indicano l'esito cicatriziale di una lesione al SNC, che ostacola la rigenerazione neurale. Nelle lesioni alla materia bianca, la gliosi causa inibizione della rimielinizzazione degli assoni e inibizione della crescita dei neuriti (Therapeutic Strategies for Repair and Regeneration following Traumatic Brain Injury, Winn, 2017). E' significativo che un marcato aumento entropico, dunque un incremento del numero di stati neurali, in area fronto-centrale si sia verificato in questa paziente affetta da deficit dei processi neuronali in area frontale e occipitale.

Prendendo a riferimento il sistema internazionale 10/20, che protocolla specifici punti cranici per l'acquisizione del segnale QEEG (utilizzato nello studio) e i relativi correlati neurali secondo la classificazione ROIs, possiamo osservare che nelle pazienti l'incremento entropico si è evidenziato nelle sedi:

- **Corteccia cingolata anteriore (ACC)**: inclusa da Broca nel suo lobo limbico (Broca 1878), che si aggancia al corpo calloso. La corteccia cingolata anteriore riceve input dalla corteccia orbitofrontale e dall'amigdala, che sono in relazione con le aree del flusso ventrale. E' coinvolta nelle funzioni di emozione, apprendimento dell'azione-risultato, sistema di ricompensa endogena (SRE) (27).

- **Corteccia frontale** (frontal cortex): rappresentazione e manipolazione mentale di esperienze passate e pensieri sul futuro; funzione di elaborazione tra percezione e azione, che conduce alla selezione del processo decisionale (28). **Corteccia prefrontale** (PFC): è considerata il "centro della personalità", deputata a funzioni di intuizione, elaborazione degli input (passati e presenti) (29). **Corteccia prefrontale dorsolaterale** (dorsolateral prefrontal cortex DLPFC): Memoria di lavoro e attenzione selettiva (30). Implementa la connettività funzionale tra la rete del linguaggio e altre reti funzionali, inclusi i circuiti cortico-corticali e sottocorticali (31). **Corteccia orbitofrontale** (orbitofrontal cortex): la corteccia orbitofrontale insieme all'amigdala è una struttura chiave coinvolta nell'emozione e nel processo decisionale (27).

- **Giro orbitale** (orbital girus) Il giro orbitale è connesso a comprensione sociale e memoria episodica (32).

- **Lobulo paracentrale** (Paracentral Lobule PCL): regola alcune funzioni sensomotorie; possiede un'importante area funzionale relativa all'arto inferiore e al perineo (33).

- **Insula** (INS): ampia gamma di funzioni, che includono l'elaborazione affettiva, sensoriale, la cognizione di alto livello (34).

Secondo i criteri della *Conversion rois and int'l 10-20 system*, le aree entropiche che risultano attivate post-trattamento presentano alcune connessioni al cervello limbico, e le loro funzioni sono connesse anche a memoria episodica e a regolazione emotiva.

Osserviamo una possibile correlazione positiva tra variazione dell'entropia cerebrale e SER. Considerando in una lettura più ampia diversi studi svolti esclusivamente sull'entropia cerebrale (35-43), la focalizzazione entropica in aree specifiche fronto-centrali potrebbe rappresentare una sorta di "chiave d'accesso" al non-conscio traumatico, consentendo l'esplorazione di memorie biografiche rimosse, correlandosi positivamente al SER. Il SER può infatti favorire il transitato dei contenuti della memoria dal non-conscio al conscio, facilitando il paziente in processi di elaborazione e trasformazione costruttiva delle informazioni, prima inaccessibili alla coscienza. Il mantenimento di alcune tensioni anomale a livello meningeo e diaframmatico è riconducibile al processo somatoemozionale, che secondo letteratura clinica può richiedere un tempo di 48/72 ore per il rilascio completo della sintomatologia correlata.

Rileviamo che specifiche condizioni entropiche sembrano correlare positivamente con le analisi del RAS e delle disfunzioni meningee condotte dai terapisti. Oltre alla variazione entropica, abbiamo osservato alcune modificazioni nelle onde cerebrali: ci sembra significativo che la minore variazione delle mappe si riscontra nelle pazienti (1, 3 e 5) che hanno presentato maggiore traumatizzazione (in 2 casi su 3 precoce). La traumatizzazione delle pazienti emersa durante i SER è stata significativa. Come è noto, la memoria emotiva influisce sul sistema fasciale (Upledger 1977-80) e anche sull'attività delle cellule e delle sinapsi del cervello (LeDoux 1997, 44). Il tema della traumatizzazione infantile e le sue implicazioni nell'imprinting cerebrale sono di interesse dal punto di vista della CST e andrebbero approfondite.

Se alcune modificazioni cerebrali indotte dalla terapia sono suggestive del fatto che CST e SER potrebbero intervenire nella modulazione della attività cerebrale, al momento il meccanismo di azione di CST sul SNC non è chiaro. In ipotesi, la delicata palpazione agisce per via riflessa sul tessuto suturale e sulle membrane meningee, stimolando l'attività del SNC. Come descritto da Upledger, le suture sono costituite da tessuto altamente vascolarizzato e innervato, connesso al SNC. Studi recenti confermano la connessione nervosa tra tessuto suturale e cervello (45) e la presenza di suture craniche che persisterebbero per tutta la vita, secondo una precisa architettura morfo-funzionale del cranio; solo in un decorso patologico tali suture si salderebbero (46). Si riconosce che i dati raccolti sono preliminari. Il sistema di valutazione qui proposto beneficerà di un'ottimizzazione metodologica.

## **CONCLUSIONI**

La dimensione limitata del campione e la sua eterogeneità non permettono di trarre conclusioni definitive circa gli aspetti valutati, ma alla luce dei risultati ottenuti è possibile evidenziare alcuni elementi di grande interesse sui quali nuovi studi potranno fare piena luce.

Per quanto osservato, la CST sembra possa modulare l'attività del SNC. Con il QEEG abbiamo infatti osservato variazioni del grado di entropia cerebrale e, in misura minore, delle onde cerebrali. Ipotizziamo che questo effetto sia determinato dalla stimolazione del tessuto suturale e, in forma riflessa, dei tessuti del Sistema Nervoso Centrale. I test somministrati confermano il trend evidenziati dalle osservazioni CST, relative ad un generale miglioramento della condizione fasciale e somatoemozionale, del tono dell'umore. La tecnica CST-SER può essere benefica per il paziente fibromialgico. Ulteriori studi sono necessari per definire il meccanismo di azione di questa modalità terapeutica sul SNC.

## **Ringraziamenti**

--

## **Conflitti di interesse**

---

## **Bibliografia:**

1. Bibliografia CST-SER Upledger, allegati n° 1
2. Rasmussen, Direct Measurement of the Rhythmic Motions of the Human Head Identifies a Third Rhythm, 2020

3. The role of the central nervous system in the generation and maintenance of chronic pain in rheumatoid arthritis, osteoarthritis and fibromyalgia. Published: 28 April 2011, Yvonne C Lee, Nicholas J Nassikas & Daniel J Clauw 2008;14(13):1274-94. doi: 10.2174/138161208799316348.
4. Central nervous system abnormalities in fibromyalgia and chronic fatigue syndrome: new concepts in treatment, Ali Gur 1, Pelin Oktayoglu., 2008.
5. Kim et al, Fibromyalgia is characterized by altered frontal and cerebellar structural covariance brain networks, 2015.
6. Fibromyalgia patients show an abnormal dopamine response to pain Patrick B. Wood,1 Petra Schweinhardt,1 Erik Jaeger,1 Alain Dagher,2 Helene Hakyemez,2 Eugenii A. Rabiner,3 M. Catherine Bushnell1 and Boris A. Chizh3, 2007.
7. <https://www.news-medical.net/health/Brain-Inflammation-in-Patients-with-Fibromyalgia.aspx>.
8. NHS.uk, 2019. Fibromyalgia. <https://www.nhs.uk/conditions/fibromyalgia/>
9. FMAUK.org, 2019. What is Fibromyalgia? <http://www.fmauk.org/2-uncategorised/52-what-is-fibromyalgia>
10. Bäckryd et al, 2017. Evidence of both systemic inflammation and neuroinflammation in fibromyalgia patients, as assessed by a multiplex protein panel applied to the cerebrospinal fluid and to plasma. *J Pain Res.* 2017; 10: 515-525. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5344444/>
11. Albrecht et al, 2019. Brain glial activation in fibromyalgia – A multi-site positron emission tomography investigation. *Brain, Behaviour & Immunity.* 75:72-83 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889159118302423>
12. Cognitive Impairments in Fibromyalgia Syndrome: Associations With Positive and Negative Affect, Alexithymia, Pain Catastrophizing and Self-Esteem Carmen M. Galvez-Sánchez,1,\* Gustavo A. Reyes del Paso,1 and Stefan Duschek2, 2018.
13. Fibromyalgia Syndrome and Cognitive Decline: The Role of Body Mass Index and Clinical Symptoms, Cristina Muñoz Ladrón de Guevara, Gustavo A. Reyes del Paso, María José Fernández Serrano, Casandra I. Montoro, 2022.
14. Cognitive deficits in fibromyalgia syndrome are associated with pain responses to low intensity pressure stimulation, Galvez-Sánchez et al, 2018.
15. Central motor control failure in fibromyalgia: a surface electromyography study, Casale et al. 2009.
16. Fibromyalgia and Depression: A Literature Review of Their Shared Aspects. Daniela Yopez, Xavier A. Grandes, Ramya Talanki Manjunatha, Salma Habib, Sai Lahari Sangaraju, 2022. Alterazioni dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (asse HPA).
17. Theory of Mind and Emotional Functioning in Fibromyalgia Syndrome: An Investigation of the Relationship between Social Cognition and Executive Function, Marialaura Di Tella et al, 2015.
18. Ramon Martin Brufau et al, Fibromyalgia detection based on EEG Cconnectivity patterns, *J Clin Med*, 10 (15),: 3277, 2021
19. Brain Master [www.brainmaster.com](http://www.brainmaster.com)
20. P. Cioni, *Tracce cerebrali*, ETS, 2020
21. Cahart-Harris et al., 2014
22. Cahart-Harris et al 2018
23. Hawker et al, Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP). 2011
24. Wang et al., Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review, 2013
25. Dunstan, Norms for Zung's Self-rating Anxiety Scale, 2020
26. Saxe et al, Brain entropy and human intelligence: A resting-state fMRI study, 2018
27. Rolls, The cingulate cortex and limbic systems foremotion, action, and memory, 2019
28. Le Bouc et al, Anatomy and Disorders of Frontal Lobe Functions: Fundamental Functions,

2020

29. Hataway et al, Neuroanatomy, Prefrontal Cortex, 2022
30. Curtis & D'Esposito, Persistent activity in the prefrontal cortex during working memory, 2003
31. Hertrich et al, The Role of the Dorsolateral Prefrontal Cortex for Speech and Language Processing, 2021
32. Nestor et al, In search of the functional neuroanatomy of sociality: MRI subdivisions of orbital frontal cortex and social cognition, 2012
33. Patra et al, Morphology and Morphometry of Human Paracentral Lobule, 2021
34. Uddin et al, Structure and function of the human insula, 2017
35. Keshmiri, Entropy and the Brain: An Overview, 2020
36. Beggs, J., Timme, N. (2012) Being Critical of Criticality in the Brain. *Frontiers in Psychology* 3(163)
37. The Changes of qEEG Approximate Entropy during Test of Variables of Attention as a Predictor of Major Depressive Disorder
38. Entropy and the Brain: An Overview, Keshmiri 2020
39. Brain Entropy is Associated with Divergent Thinking, Liang Shi et al, 2020
40. Zhang et al, Metacontrol of human creativity: The neurocognitive mechanisms of convergent and divergent thinking, 2020
41. Meditation Increases the Entropy of Brain Oscillatory Activity, (Vivot, Tagliazucchi et al, 2020)
42. Tagliazucchi, interview, [psypost.org](http://psypost.org)
43. Coupled electrophysiological, hemodynamic, and cerebrospinal fluid oscillations in human sleep *Science* 2019 Nov 1;366(6465):628-631. doi: 10.1126/science.aax5440. (Nina E Fultz et al)
44. Ledoux et al, Emotional memory and psychopathology, 1997
45. Herring, Mechanical influences on suture development and patency, 2008
46. Esteve-Altava et al, Bone Fusion in Normal and Pathological Development is Constrained by the Network Architecture of the Human Skull, 2017