



**FONDAZIONE DE RICERCA SCIENTIFICA  
ED UMANISTICA ANTONIO MENEGHETTI**

PREMIO MENEGHETTI 2011

PER LA RICERCA IN ECONOMIA, MEDICINA E FISICA

Ricerca presentata al comitato scientifico per la partecipazione al “Premio Meneghetti 2011”

**“Ontopsicologia e Medicina: studio di casi clinici come indici della necessità  
di revisione della etiologia e intervento nefrologica”**

Erico de Lima Azevedo. M. Sc.

Roberta Pozza, Ph. D.

**BRASILE**

**2011**

## SIGLE ED ABBREVIAZIONI

---

Le seguenti sigle ed abbreviazioni furono utilizzate nel presente lavoro:

AM I = **La psicosomatica nell'ottica ontopsicologica** (1998)

AM II = **Manuale di Ontopsicologia** (2010)

AM III = **Dizionario di Ontopsicologia** (2001)

AM IV = **L'In Sé dell'uomo** (1973)

Hu VI = **Die Krisis der europäischen Wissenschaften und die transzendente Phänomenologie**. Eine Einleitung in die phänomenologische Philosophie. (1976)

Hu XXV = **Aufsätze und Vorträge (1911-1921)**, pp. 3-62: Philosophie als strenge Wissenschaft (1987)

“Crisi” = “La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale”

## SUMMARIO

---

SUMMARIO .....	3
1 INTRODUZIONE.....	10
1.1 POSSIAMO VERAMENTE PARLARE DI UNA CRISI DELLA SCIENZA MEDICA?.....	10
1.2 LE MALATIE RENALI: SINTESI PANORAMICA .....	12
2 L'INDAGINE ONTOPSICOLOGICA SULLA PSICOSOMATICA.....	13
2.1 COS'È LA PSICOSOMATICA NELL'INTENDIMENTO ONTOPSICOLOGICO?.....	13
3 INDAGINE CLINICA SULLA ETIOLOGIA PSICOSOMATICA DI MALATIE AI RENI CON APPROCCIO ONTOPSICOLOGICO.....	15
3.3 OBIETTIVI DELLA RICERCA.....	17
3.4 STRUMENTI DI RICERCA.....	17
3.5 CASI CLINICI.....	26
4 CONCLUSIONE.....	36
ANNESSO I - STORICO DELLE ATTIVITÀ SCIENTIFICHE DELL'ONTOPSICOLOGIA NELL'AMBITO DELLA PSICOSOMATICA.....	37
ANNESSO II – TABELA 1. ESAMI LABORATORIALI DEL CASO “A” .....	38

## 1 INTRODUZIONE

### 1.1 POSSIAMO VERAMENTE PARLARE DI UNA CRISI DELLA SCIENZA MEDICA?

Prima di trattare gli argomenti specifici di questo articolo, bisogna premettere che il vecchio problema del fondamento ultimo delle scienze, esposto nel 1936 da Edmund Husserl nella sua “Crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale” resta ancora aperto. Husserl asseriva che nessuna scienza naturale affrontava l’essere della natura e, quindi, restavano tutte nell’ambito dei rapporti tra fenomeni, senza mai raggiungere la motivazione di ciò che poi venivano dichiarate come “leggi naturali”.

In questo contesto, l’Ontopsicologia non va capita assolutamente come una delle tante correnti all’interno della psicologia scientifica contemporanea. Essa è, infatti, una proposta risolutiva al problema critico della conoscenza e, quindi, ha il ruolo radicale di scienza interdisciplinare epistemica, in grado di fornire i primi principi per procedere nella ricerca di tutto ciò che è l’essere. L’Ontopsicologia ha la chiave di ingresso che consente restituire a tutte le scienze il nesso col “mondo-della-vita”, cioè, il nesso ontologico.

Il radicale greco “ontos” sta a indicare nella parola “Ontopsicologia” propriamente la comprensione dell’essere. Fare Ontopsicologia significa arrivare a capire l’intenzionalità dell’essere quando si decide fenomenologia.

La Medicina, così come qualsiasi altra scienza, si vuole affrontare il problema dell’essere della salute e della malattia, per forza, deve considerare le tre scoperte dell’Ontopsicologia, le quale rinnovano nel suo complesso il metodo scientifico, restituendo alla razionalità tutte le sue risorse. Cioè, se vuole affrontare il problema dell’essere del suo oggetto specifico, un ricercatore medico deve procedere nella sua ingagine utilizzando del metodo biologico proposto dalla scuola ontopsicologica. A questo proposito, proprio alle prime righe della sua monografia “La psicosomatica nell’ottica ontopsicologica”, Meneghetti afferma:

Fare ricerca esclusivamente sul piano farmacêutico, chimico, molecolare, neurologico, psichiatrico, è come lavorare e capire un edificio senza l’architetto. La metodologia ontopsicologica non intende sostituirsi all’avanzata intelligenza in ambito medico, ma anzi fornire a questa l’idea portante, la possibilità di comprendere che dietro la malattia c’è un progetto, il quale può essere continuamente cambiato. (...) È l’attività psichica a fornire il progetto: elabora, formalizza e dà lo starter organismico al progetto. (AM I, p. 6)

Essendo la sparizione del sintomo l'evidenza che dimostra in senso clinico l'operatività delle scoperte ontopsicologiche – In Sé ontico, campo semantico e monitor di deflessione –, gli autori ritengono fondamentale portare avanti la ricerca clinica, con il proposito di ripetere più volte l'applicazione di questo metodo, il quale, comunque, “si attiene alla razionalità lineare di causa-effetto” (AM I, p. 9), e riprodurre i suoi risultati.

Questo lavoro è la descrizione delle prime mosse di una ricerca clinica in ambito nefrologico svolta in Brasile attraverso la cooperazione di ricercatori dell'ambito della Medicina e dell'Ontopsicologia della AMF – Antonio Meneghetti Faculdade (Brasile). Le descrizioni dello sperimento arrivano fino alla fase diagnostica e comprendono l'utilizzo di un strumento specifico per la documentazione della seduta ontopsicologica, il quale fu proposto e utilizzato nell'ambito di una ricerca precedentemente fatta nel corso di specializzazione in Ontopsicologia presso l'Università Statale di San Pietroburgo<sup>1</sup>, Russia.

In questo senso, il presente lavoro può servire come indici della necessità di riprendere il discorso husserliano anche nell'ambito medico. Husserl difende l'idea che le scienze devono superare essenzialmente due pregiudizi: 1) quello che riguarda le idee di altri ricercatori – in fatti, gran parte del lavoro condotto dagli scienziati risulta dall'usufrutto dei risultati raggiunti da altri scienziati, e non da intuizioni dirette proprie – e 2) il pregiudizio dei fatti, perché non resti prigioniera di metodi indiretti di matematizzazione e simbolizzazione. (Hu XXV). C'è qui un campo infinito di ricerca da realizzare, una “scienza di nuovo tipo”, la quale, nonostante non si utilizzi di metodi indiretti di matematizzazione e simbolizzazione, può arrivare a conoscenze autenticamente rigorose (Hu XXV). L'Ontopsicologia è propriamente questa “scienze di nuovo genere” che Husserl aveva auspicato nella sua “Crisi”:

La teoria ontopsicologica è nata integralmente dalla pratica clinica. Nessuna delle posizioni ontopsicologiche nasce da intuizioni, deduzioni, accostamenti, sintesi, elaborazioni intellettuali di un uomo di vasta cultura, oppure dalle sue esperienze con altri grandi. (...) Tutta la teoria ontopsicologica nasce dal vivo riuscito di esperienza clinica, quindi attraverso fatti compiuti, e non da suggestioni, libri letti o convinzioni di settore: è stato il vivo di un excursus clinico. (AM I, p. 5)

---

<sup>1</sup> Cfr. AZEVEDO, E. *L'In Sé ontico come critério della funzione di utilità economica nell'esperienza antropologica*. San Pietroburgo: 2007.

In questo senso, quindi, possiamo parlare non soltanto di una crisi delle scienze mediche in generale, inquanto esse non sono libere “dall'accusa del sintomo”, ma anche della necessità di una revisione del modello scientifico di base che giustifica poi sia l'etiologia patogena, che l'intervento di cura.

Secondo l'Ontopsicologia non è sbagliata la scienza medica in sé, ma essa non può essere risolutiva da sola, poiché non sa come cambiare là dove presiede la centralità del comando, cioè, l'intenzionalità psichica. Solo rinnovando ed ampliando il modello razionale di approccio alla patologia, la Medicina, insieme all'Ontopsicologia, sarà in grado di affrontare l'essere del suo oggetto di ricerca.

## **1.2 LE MALATIE RENALI: SINTESI PANORAMICA**

Il numero di pazienti che portano malattie renali croniche cresce drammaticamente. Nel Regno Unito, ad esempio, ogni anno l'incidenza è di 100 per 1.000.000 di abitanti. Se analisiamo i decenni scorsi, osserveremmo che questo numero è radoppiato, con una crescita annuale<sup>2</sup> di circa 5-8 %. Nell'analisi del panorama in Brasile, una nazione con diversità di caratteristiche economico-sociali, però, i numeri sono simili. Secondo la Società Brasiliana di Nefrologia, circa 1,4 a 1,8 milioni di brasiliani portano malattie renali croniche, essendo circa 60 mila quelli che si sottopongono ad un trattamento dialitico e 25 mila sono quelli che ricevono nuovi reni via trapianto. Una delle ragioni per questa crescita notevole è l'aumento contemporaneo della prevalenza di patologie come il diabete mellito e l'ipertensione arteriosa sistemica, fattori ben conosciuti per l'evoluzione della malattia renale cronica. Purtroppo, però, nel Brasile no ci sono dati precisi sulla prevalenza della malattia renale cronica secondo i suoi diversi stadi di sviluppo.

Conesse a queste condizioni, non possiamo trascurare il problema sempre più frequente dell'obesità<sup>3</sup>, il quale si associa all'ipertensione, al diabete, agli eventi cardiovascolari e ad ogni causa di morte<sup>4</sup>. La scalata del sovrappeso e dell'obesità va veloce in tutto il mondo, essendo un importante problema di sanità, sia per i paesi sviluppati che per i

---

<sup>2</sup> Geddes, C. C., Rodger, R.S.C., Kidneys for transplant, BMJ, 332, 11, 2006.

<sup>3</sup> Fontaine KR; Redden DT; Wang C; Westfall AO; Allison DB; Years of life lost due to obesity. JAMA 2003 Jan 8;289(2):187-93.

<sup>4</sup> Peeters A; Barendregt JJ; Willekens F; Mackenbach JP; Al Mamun A; Bonneux L; Obesity in adulthood and its consequences for life expectancy: a life-table analysis. Ann Intern Med 2003 Jan 7;138(1):24-32. Fox CS; Larson MG; Leip EP; Culleton B; Wilson PW; Levy Predictors of new-onset kidney disease in a community-based population. JAMA 2004 Feb 18;291(7):844-50.

paesi in via di sviluppo. Nel 2002, ricerche<sup>5</sup> dell'Organizzazione Mondiale della Sanità<sup>6</sup> indicavano l'esistenza di oltre un miliardo di esseri umani adulti con sovrappeso, tra cui 300 milioni erano obesi<sup>7</sup>. Attualmente, si stima che oltre 115 milioni di persone soffrono di problemi collegati all'obesità nei paesi in via di sviluppo<sup>8</sup>. Diversi studi evidenziano che l'obesità è un fattore di rischio indipendente per lo sviluppo di malattie renali croniche<sup>9</sup> <sup>10</sup>. L'obesità è una malattia crônica, che coinvolge fattori sociali, comportamentali, ambientali, culturali, metabolici e genetici. L'interpretazione di questi dati è complessa e analisi più approfondite si fanno necessarie per la comprensione delle motivazioni che portano la popolazione brasiliana (ma anche mondiale) al sovrappeso.

Per tutto ciò, sia la prevenzione che il trattamento delle patologie ai reni, si costituiscono in una sfida per la scienza medica. Diverse strategie di prevenzione e trattamento vengono adoperate con lo scopo di ampliare la sopravvivenza dei pazienti, però sempre nella stessa direzione: viene sistematicamente eliminata dalla ricerca l'intenzionalità psichica del soggetto malato. È proprio per questo che la ricerca qui proposta si costituisce in una novità. Verranno descritti due casi di pazienti portanti malattie renali dove l'indagine etiologica ha portato in considerazione il fattore psicosomatico secondo l'ottica ontopsicologica. Inoltre, dall'analisi e valutazione di questi due casi, verrà evidenziata l'importanza della formazione ontopsicologica per il procedere medico.

## **2 L'INDAGINE ONTOPSICOLOGICA SULLA PSICOSOMATICA**

### **2.1 COS'È LA PSICOSOMATICA NELL'INTENDIMENTO ONTOPSICOLOGICO?**

Il termine “psicosomatica”, in ambito generale, esprime il concetto di unità ileomorfa che è l'unità di azione uomo. In ambito più specifico, indica “alterazione funzionale, organica o strutturale con causalità esclusivamente psichica” (AM III).

---

5 POPKIN, B.M.; DOAK, C. The obesity epidemic is a worldwide phenomenon. *Nutr. Rev.*, v.56, p.106-14, 1998

6 INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF OBESITY. About obesity. <<http://www.ioft.org/>>. Acesso em: 03 out. 2004.

7 WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity and overweight. Disponível em: <<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity/en/>>. Acesso em: 03 out. 2004.

8 WORLD HEALTH ORGANIZATION. Nutrition: controlling the global obesity epidemic. Disponível em: <<http://www.who.int/nut/obs.htm>>. Acesso em: 03 out. 2004.

<sup>9</sup> Kramer H; Luke A; Bidani A; Cao G; Cooper R; McGee D; Obesity and prevalent and incident CKD: the hypertension detection and follow-up program. *Am J Kidney Dis* 2005 Oct;46(4):587-94.

<sup>10</sup> Hsu CY; McCulloch CE; Iribarren C; Darbinian J; Body mass index and risk for end-stage renal disease. *Ann Intern Med.* 2006 Jan 3;144(1):21-8.

Prima di chiedersi come sia possibile questo tipo di alterazione, fondamentale è capire la radicalità della nozione di “intenzionalità” per la scuola ontopsicologica. Per dire in una batuta, “l’uomo non può contraddire ciò che già è”, si agisce contro l’intenzionalità che lo costituisce, va in rottura.

L’alterazione avviene come difesa esasperata quando il sistema cosciente e volontaristico del soggetto non interviene, anche se questa difesa non è la più economica né a svantaggio dell’individuazione. Quando l’intelligenza del soggetto evita la soluzione progettata dalla intenzionalità di natura, entra in gioco l’intelligenza somatica, che agisce per salvaguardare l’individuazione.

Un esempio plastico può essere utile per capire il quanto detto. Se prendiamo il cosiddetto problema della generatività di tutte le cose, possiamo chiederci: “siamo stati creati in un momento specifico e poi, in un altro momento, siamo distrutti o siamo sempre all’interno di un atto creante, un atto di volontà che ci pone?”. Per evidenza logica si arriva a capire che siamo “essenti”, anche se ne abbiamo perso la coscienza. Questo “atto di volontà costante”, più precisamente, è prima del corpo, sostanzialmente è l’Io a priori dell’uomo, il quale coincide con l’Io a priori del tutto (AM I). Nella “Crisi” Husserl ci dà alcune indicazioni su come arrivare metodicamente a questa evidenza, quando descrive l’epoché trascendentale, cioè, la riduzione all’ego assolutamente unico e attuante, il quale è il centro funzionale ultimo di qualsiasi costituzione<sup>11</sup>. Questo principio dell’Io a priori resta nascosto – e quindi è vissuto come inconscio – finché l’uomo non lo raggiunge come coscienza. Più precisamente ancora, “L’Io a priori è la proiezione formale o eidetica della posizione dell’In Sé ontico”. (AM I, p. 15)

Essendo l’intenzionalità psichica l’oggetto specifico della psicoterapia ontopsicologica, la quale si coglie per evidenza intrinseca e attraverso categoria esclusivamente soggettive, prioritario è l’intervento psicoterapico ontopsicologico (AM IV). In questo senso, il corpo è parola e il psichico è senso (AM III).

La psicoterapia ontopsicologica può indagare dove la psiche intenziona, dove l’In Sé si formula, quindi, “intenzionalità specifica dell’Ontopsicologia è dove l’essere si intenziona, cioè, è una fase prima della singola esistenza”. Con questo vogliamo esplicitare che l’essere può essere percepito dall’uomo “prima ancora dell’intenzionalità esistenziale, la quale va

---

<sup>11</sup> Cfr. Hu I, § 55 e Annesso XX.



quindi anche superata”. Questo passaggio è essenziale per capire come sia possibile la psicosomatica:

(...) un qualunque malanno che definiamo psicosomatico è conotazione esterna di una intenzionalità psichica esistenziale (...). Quando l’In Sé intenziona e l’Io media in modo congruo, si ha l’azione di efficienza funzionale, o il riferimento oggettuale di investimento all’esterno corrispondente, esatto, o perlomeno prossimo all’intenzione in partenza (...) Se invece il riferimento cade su un punto, o oggetto non previsto dall’intenzionalità primaria dell’In Sé, allora abbiamo il male, perché l’intenzionalità parte, ma mentre arriva ritorna estranea, per cui si forzano due intimi che non si intenzionano reciprocamente. Il male è fatto da una difesa dell’In Sé e dalla rispondenza inappropriata dell’oggetto, investito in modo erroneo, secondo la direzione dell’Io oppure secondo campo semantico di altre persone. (AM IV, pp. 121-122, griffo nostro)

Se vogliamo usare un linguaggio più prossimo a quello della fisica, possiamo dire che “il male si dà perché ad ogni azione corrisponde una reazione uguale e contraria”. Una volta che l’Io si posiziona all’interno del gioco esistenziale, l’In Sé ontico non c’è scelta, deve reagire, “sia per la legge di economia energetica sia per il principio di necessità (sopravvivenza dell’identità individuata)” (AM I, p. 16).

Dal quanto detto, si capisce la radicalità dell’intervento psicoterapeutico ontopsicologico. Questo attua cambiando il pilota “Io”, il quale, anche se in buona fede, anche se inconsciamente, è il costruttore del male che subisce.

Fatta questa lunga premessa, passiamo adesso all’analisi dei casi clinici.

### **3 INDAGINE CLINICA SULLA ETIOLOGIA PSICOSOMATICA DI MALATIE AI RENI CON APPROCCIO ONTOPSICOLOGICO**

#### **3.1 IPOTESI DELLA RICERCA**

L’investigazione di casi clinici in modo integrale, cioè, con l’approccio medico classico e con l’approccio psicosomatico, inteso in senso ontopsicologico, può portare novità di comprensione sulla casistica de malattie renali.

Inoltre, più specificamente, questo lavoro rappresenta l’inizio di una ricerca longitudinale con la quale gli autori vogliono riprodurre i risultati ottenuti nei già quasi quaranta anni di dimostrazioni cliniche della scuola ontopsicologica.

### 3.2 DIFFICOLTA DELLA RICERCA

Il compito base di questa ricerca, dal punto di vista empirico, sembra semplice: portare alla coscienza del soggetto, attraverso la metodica ontopsicologica, il punto dove il soggetto sbaglia – cioè, cosa sta facendo contro se stesso, contro la propria natura – per rilevare la soluzione ottimale proposta dall'In Sé ontico, cioè rilevare l'intenzionalità di natura in quel soggetto, in quel momento, in quel contesto. Una volta coscientizzata, il soggetto dovrà decidere cosa fare, e secondo ciò che farà, saranno i fatti o risultati stessi a documentare a lungo termine l'ipotesi.

Questo modo di procedere – e quindi la dimostrazione stessa della ipotesi di ricerca – non è di facile implementazione per tre motivi:

- 1) Ci potrebbe essere la accusa che questo metodo sarebbe inapplicabile perché destinato a rimanere in *un'insuperabile condizione di attesa di verifica delle conseguenze di ogni azione*. Per questo motivo, gli autori hanno scelto di addoperare un metodo longitudinale di ricerca e questo lavoro documenta i primi passi;
- 2) *“La metodica ontopsicologica per l'intervento è delineata con esattezza. Una volta letta l'immagine con la quale la natura scrive se stessa, è ovvia la legge per l'intervento. Una sola realtà può mettere in interrogativo il risultato: l'imponderabile libero volontarismo del soggetto”*<sup>12</sup>. Questa potrebbe, all'inizio, sembrare una difficoltà insormontabile. Invece, il libero volontarismo del soggetto si rivela, in questo caso, di grande aiuto alla ricerca scientifica, perché se tutti i soggetti seguissero le direttive del loro In Sé ontico, dal punto di vista statistico, non sarebbe possibile nessuna conclusione, cioè non si potrebbe dimostrare nessuna correlazione tra la scelta effettuata dal soggetto, ovvero, tra l'intenzionalità di natura, e i risultati ottenuti.
- 3) Per applicare il metodo ontopsicologico ci vuole un *uomo esatto* e, quindi, la possibilità di realizzazione di questa ricerca è sotto una forte restrizione, cioè se lo ricercatore è un autentico strumento di ricerca. Questa domanda non possiamo rispondere se non attraverso l'evidenza dei risultati della ricerca stessa, cioè il quanto di corrispondenza si è verificato tra le direttive proposte dal ricercatore e il reale in sé, in senso materiale, biologico, storico, ecc. dei soggetti analizzati.

---

<sup>12</sup> Cfr. A. Meneghetti, *Immagine alfabeto dell'energia, Capitolo Terzo, “L'Immagine come rivelatrice della strutture dinamiche”*, p.209.

Inoltre, essendo soltanto l'inizio della ricerca, gli autori sono consapevoli che le prime tappe sono lo sviluppo di un buon strumento di registro dati siccome la verifica soggettiva, da parte dei soggetti analizzati, sulla precisione del diagnostico.

Va premesso, quindi, che non è in merito la funzionalità del metodo ontopsicologico, il quale ha quasi 40 anni di risultati verificati, senza eccezione.

### 3.3 OBIETTIVI DELLA RICERCA

Obiettivo primario della ricerca è proporre un nuovo approccio al problema della diagnosi di malattie renali, in cui il criterio per l'analisi della etiologia sia il confronto tra l'intenzionalità di natura e ciò che il soggetto pensa, agisce, soffre a livello cosciente. Quindi, proporre una revisione del criterio stesso per portare un soggetto alla salute, il quale, anziché esterno, deve essere intrinseco al soggetto agente.

Obiettivo secondario della ricerca, ma forse tanto importante quanto il primo, è approfondire la comprensione dei fattori che influenzano i soggetti nel loro processo di scelte esistenziali quando sbagliano contro la propria intenzionalità di natura, ovvero, capire il processo psicologico attraverso cui il soggetto fa *psicosomatica*, fa *autosabotaggio*.

Quindi, la novità della ricerca è mettere a fuoco il criterio di natura dell'uomo scoperto dall'Ontopsicologia: l'In Sé ontico. Questo è diverso dell'approccio medico classico, nella misura in cui la proposta dell'Ontopsicologia è una Medicina umanizzata a misura dell'uomo

### 3.4 STRUMENTI DI RICERCA<sup>13</sup>

*Tutta la prassi ontopsicologica consiste nell'identificazione, nell'isolamento e nell'applicazione dell'In Sé ontico.* La psicoterapia ontopsicologica metodicamente è in grado di rilevare il criterio ontico del soggetto a funzione multipla.

Per cui i veri e propri **strumenti di ricerca** utilizzati per rilevare sperimentalmente la scelta ottimale del soggetto, cioè la vettorialità del suo In Sé ontico, **sono i sei strumenti diagnostici del metodo ontopsicologico**<sup>14</sup>: (1) *Anamnesi linguistica e biografia storica*; (2) *Analisi del sintomo o problema*; (3) *Analisi fisiognomica-cinesica-prosemica*; (4) *Analisi onirica*; (5) *Analisi del Campo Semantico*; e (6) *Analisi del risultato*.

---

<sup>13</sup> Cfr. AZEVEDO, E. *L'In Sé ontico come critério della funzione di utilità economica nell'esperienza antropologica*. San Pietroburgo: 2007.

<sup>14</sup> Per una descrizione di questi strumenti, si veda A. Meneghetti, *L'immagine e l'inconscio*, pp.13-18.

*Lo schema logico* del processo delle sedute è accaduto *in conformità con quello della psicoterapia individuale*, anche se i tempi erano molto più brevi. Sempre secondo la tecnica ontopsicologica, ogni seduta si articolava in cinque tempi: 1) situazione di impatto; 2) anamnesi retroattiva; 3) diagnosi fideistica; 4) individuazione dell'In Sé ontico; e 5) verbalizzazione ragionata e ripetuta dell'In Sé ontico<sup>15</sup>.

*Per rendere possibile la documentazione della ricerca e anche una futura analisi statistica*, fu utilizzato un questionario, il quale ognuno dei partecipanti della ricerca ha risposto in modo individuale e presenziale<sup>16</sup>. Il questionario originale, però, non si è dimostrato del tutto sufficiente, in particolare con rispetto ai sette momenti nella seduta per la casistica psicosomatica (AM I, p. 199-208), quindi, in questo lavoro abbiamo anche questo aspetto, cioè, la revisione/costruzione di un strumento per la documentazione della ricerca.

Il questionario si esplica in tre parti:

1) *Identificazione del soggetto*:

- a. Autovalutazione e ricerca dei massimi riferimenti del soggetto
- b. Ricerca degli stereotipi del soggetto
- c. Ricerca dell'*Io perduto* del soggetto (diagnosi fideistica)
- d. Rapporto/tipo corporale

2) *Caratterizzazione della scelta individuale del soggetto*:

- a. Grado di soddisfazione nei diversi settori della vita
- b. Descrizione libera del problema da affrontare
- c. La qualificazione del problema e le difficoltà della scelta o soluzione
- d. Rilevamento delle soluzioni coscienti
- e. Rilevamento della soluzione indicata dall'In Sé ontico

3) *Valutazione dei risultati*, la quale si divide in due parti:

- a. La prima parte valuta l'analisi ontopsicologica e la soluzione indicata, essendo fatta subito dopo la seduta.
- b. La seconda parte, invece, va risposta qualche settimana dopo, e il soggetto valuta qualitativa e quantitativamente la scelta effettivamente fatta e i risultati concreti ottenuti storicamente. Per gli scopi di questa ricerca, non verrà fatta questa seconda parte.

---

<sup>15</sup> Cfr. A. Meneghetti, *Manuale di Ontopsicologia*, p.280-288.

<sup>16</sup> Quase tutte le parti del questionario sono state usate, tranne la parte 1(b), che si basò più nel dialogo tra paziente e ricercatore.

I punti 1(a), 1(b) e 1(c) documentano, in maniera molto sintetica, ciò che di solito accade nell'*anamnesi linguistica e biografia storica*.

La contestualizzazione fatta attraverso questi tre primi punti è fondamentale dal punto di vista psicologico ed economico e ci dovrebbe dare indicazioni sui punti di riferimento del soggetto, che poi comportano delle variabili nel suo modo di scegliere e di fare.

Nel punto 1(a) il soggetto risponde sedici domande per se stesso e per un gruppo, costituito da un massimo di dieci persone da lui scelte come il suo *gruppo di riferimento affettivo*<sup>17</sup> o *gruppo di valore*. Con queste domande è possibile conoscere meglio:

- 1) il soggetto;
- 2) il suo gruppo di valore;
- 3) il modo in cui il soggetto valuta il gruppo;
- 4) il modo in cui il soggetto valuta se stesso nei confronti del suo gruppo;
- 5) se il soggetto ha uno stile di vita prossimo o meno a quello del suo gruppo.

Ecco le sedici domande:

1A	DOMANDA	ELENCO RISPOSTE
1	IDENTIFICARE LA PERSONA	IO, PADRE, MADRE, FRATELLO-SORELLA, SUOCERO(A), CUGINO(A), ESPOSO(A), ZIO(A), NONNO(A), SOBRINHO(A), FINANZATO(A), FIGLIO(A), AMANTE, CAPO, AMICO D'INFANZIA, AMICO ATTUALE, MAESTRO-PROFESSORE, ALTRI
2	GENERE	MASCHIO, FEMMINA, OMOSESSUALE
3	STATO ATTUALE	VIVO, MORTO
4	ETÀ	[1...100]
5	POSIZIONE NELLA FAMIGLIA	FIGLIO UNICO(A), 1° AL 10° FIGLIO(A)
6	LIVELLO DI STUDIO	NESSUNO, 1° GRADO INCOMPLETO, 1° COMPLETO, 2° GRADO INCOMPLETO, 2° GRADO COMPLETO, UNIVERSITARIO INCOMPLETO, UNIVERSITARIO COMPLETO, POST-LAUREA INCOMPLETO, POS-LAUREA COMPLETO
7	STATO DI SALUTE	[1...10]
8	QUANTO GLI PIACE	[1...10]
9	HA BUONI RAPPORTI SOCIALI	[1...10]
10	CURA LA STETICA PERSONALE	[1...10]
11	LIVELLO DI AMBIZIONE	[1...10]
12	INTELLIGENZA (IN SENSO ELASTICO)	[1...10]
13	ATIVO ECONOMICAMENTE	SI – NO
14	TIPO DI FUNZIONE	DISOCUPATO, CASALINGO(A), OPERATIVO, BASSO MANAGER, MEDIO MANAGER, ALTO MANAGER, IMPRENDITORE-PADRONE
15	AUTONOMIA ECONOMICA	TOTALE, PARCIALE, NESSUNA
16	RIUSCITO ECONOMICAMENTE	[1...10]

<sup>17</sup> Gruppo di riferimento affettivo. “Affettività” (dal latino *afficere*) significa: dove il soggetto si apprende, dove dà direzione alle proprie azione (affezione ad actio), dove è collegato e si è prestabilito. Cfr. *Manuale di Ontopsicologia*, p. 259, *La diagnosi ontopsicologica*.

Nel punto 1(b), vengono proposte al soggetto una serie di frasi le quale vengono risposte secondo il quanto, da 0 a 10, corrispondono ai suoi valori e ai valori del gruppo da lui scelto nel punto 1(a).

Le domande hanno per scopo capire eventuali rigidismi o radicalismi rispetto ai luoghi comuni, o stereotipi, che riguardano l'economia esistenziale di un soggetto.

Secondo la visione ontopsicologica, *“Le condotte mentali e volitive dell'uomo, per tutto ciò che concerne la fenomenologia cosciente, sono fondate e dirette da un fascio di stereotipi, la cui radice ultima, al di là di qualsiasi fenomenologia storica, è il monitor di deflessione”*<sup>18</sup>, per cui, l'elenco di domande potrebbe essere diverso, cioè potrebbe variare secondo il luogo, la cultura, o il periodo storico, importante è cercare di capire meglio come il soggetto pensa, come il soggetto giudica, come il soggetto reagisce o quale attitudine ha verso certi stereotipi che riguardano la vita economica di un soggetto in generale.

In questo punto del questionario, il soggetto valuta se stesso e il suo gruppo. Quindi, non abbiamo le risposte del gruppo, bensì le risposte che il soggetto crede che corrispondono a quelle del gruppo.

Questo è anche un schema logico, indiretto, per capire il *come* e il *quanto* di incidenza il gruppo di riferimento ha sul soggetto.

1B	FRASE
1	SOLDI QUANTO PIÙ TANTO MEGLIO
2	L'AMORE È PIÙ IMPORTANTE DAI SOLDI
3	I RICCHI QUASI SEMPRE NON SONO ONESTI
4	I POVERI SONO FELICI CON QUELO QUE HANNO
5	PER REALIZZARE LE MIE AMBIZIONI, CAMBIEREI CITTÀ
6	PER REALIZZARE LE MIE AMBIZIONI, CAMBIEREI PROFESSIONE
7	PER REALIZZARE LE MIE AMBIZIONI, CAMBIEREI APPARENZA
8	PER REALIZZARE LE MIE AMBIZIONI, CAMBIEREI IL CAMPO DI STUDIO
9	PER REALIZZARE LE MIE AMBIZIONI, CAMBIEREI IL GRUPPO DI AMICI
10	PER REALIZZARE LE MIE AMBIZIONI, LASCIEREI UN'AMORE
11	PER REALIZZARE LE MIE AMBIZIONI, AVREI FIGLI DOPO O NON GLI AVREI
12	PER REALIZZARE LE MIE AMBIZIONI, LASCEREI UN VIZIO E INTRODURREI NUOVI ABITUDINI
13	PER REALIZZARE LE MIE AMBIZIONI, CAMBIEREI I MIEI VALORI (CIÒ CHE CREDO)
14	I SOLDI SI GUADAGNANO CON SACRIFICIO, CON DURO LAVORO
15	IL PRIMO INVESTIMENTO VÀ FATTO NELLA CASA PROPRIA
16	IL PRIMO INVESTIMENTO VÀ FATTO NEI FIGLI
17	IL PRIMO INVESTIMENTO VÀ FATTO IN SE STESSO
18	PREFERISCO UN BUON IMPIEGO CHE ESSERE PADRONE
19	I PADRONI SI APPROFITANO DEL LAVORO DEGLI IMPIEGATI
20	LA VITA NON È SEMPRE GIUSTA PER QUANTO RIGUARDA I SOLDI

<sup>18</sup> Cfr. A. Meneghetti, *Manuale di Ontopsicologia*, p.12.

21	PER VINCERE NELLA VITA CI VUOLE BUONA FORTUNA
22	PER VINCERE NELLA VITA CI VUOLE STUDIARE MOLTO
23	PER VINCERE NELLA VITA CI VUOLE PRENDERE RISCHI
24	PER VINCERE NELLA VITA CI VUOLE LAVORARE DURO
25	PER VINCERE NELLA VITA CI VUOLE LASCIARE I VIZZI E INTRODURRE NUOVI ABITUDINI

Per rendere possibile una analisi di significato, può essere usato un concetto matematico sintetico per misurare tutto l'insieme delle domande contenute in questo punto. Cioè, si definisce una variabile chiamata *distanza tra il soggetto e il gruppo* per sintetizzare la diversità di risposte tra il soggetto e il suo gruppo, con valori tra 0 e 100%. Il calcolo della *distanza* è abbastanza semplice:

- Per ogni domanda si calcola il valore del quadrato della differenza tra la risposta del soggetto e quella che lui ha dato per il gruppo.
- Tutti questi valori sono accumulati e poi si fa la radice quadrata del totale.
- Alla fine il risultato viene diviso dal numero di domande (N = 25) e così viene fuori un indice da 0 a 100% che indica il quanto il soggetto ha risposto in maniera diversa dal proprio gruppo. Una *distanza* uguale a 0% significa che il soggetto ha risposto in maniera assolutamente identica al gruppo; una *distanza* di 100% significa che il soggetto ha risposto in maniera assolutamente opposta al gruppo.

$$\text{Distanza} = \frac{\sqrt{\sum_i (P_i - G_i)^2}}{N}$$

Attraverso questo artificio matematico, possiamo generalizzare l'analisi degli stereotipi culturali secondo le coordinate spazio-temporali in cui il metodo viene applicato.

Nel punto 1(c) si fa, in maniera molto breve, la *diagnosi fideistica*, cioè “L'ontopsicologo sollecita l'espressione fideistica – vale a dire speranze, desideri, propositi, timori – da parte del cliente. Questo accorgimento di diagnosi fideistica deve essere anche risolto nel passato, quasi alla ricerca di un Io perduto, che sarebbe potuto essere (...) indagherà lo schema di riferimento interno ideale ed emotivo del cliente.”, *Manuale di Ontopsicologia*, p 282.

Per alcuni settori della sua vita, il soggetto risponde se farebbe diversamente. In caso affermativo, risponde anche *il quanto è disposto oggi ad investire per cambiare quel punto o situazione*. L'unità di misura in questo caso non potrebbe essere altra che la sua *volontà* di farlo, ma in termini pratici si può anche parlare di quanto tempo, soldi, sforzo ecc. Comunque, attraverso poche domande si è in grado di capire in quali settori della sua vita il soggetto vuole investire, cioè dove è disponibile e dove, invece, non vuole più cambiare.

1C	SETTORE	FAREBBE DIVERSAMENTE	SE SÌ, QUANTO È DISPOSTO AD INVESTIRE (0 A 10) PER CAMBIARE (TEMPO, SOLDI, SFORZO, ETC) ?
1	AFFETTIVO	[SI, NO]	[0...10]
2	AVERE FIGLI	[SI, NO]	[0...10]
3	STUDI	[SI, NO]	[0...10]
4	LAVORO (PROFESSIONE)	[SI, NO]	[0...10]
5	CITTÀ DOVE ABITA	[SI, NO]	[0...10]
6	CORPO	[SI, NO]	[0...10]
7	GRUPPO DI AMICI	[SI, NO]	[0...10]
8	VIZZI PERSONALI	[SI, NO]	[0...10]
9	L'EQUIPE DI COLABORATORI	[SI, NO]	[0...10]
10	POSIZIONE PADRONE-DIPENDENTE	[SI, NO]	[0...10]

In ogni caso il soggetto poteva descrivere anche i suoi motivi, cioè perché voleva o meno investire in quel settore. Ad esempio, un soggetto poteva essere già soddisfatto con il livello da lui raggiunto in termini di studi, o con il proprio partner ecc., o diversamente, non voler più investire negli studi per non ritenersi più in grado di farlo, oppure, non voleva cambiare niente a livello affettivo per situazioni di famiglia ecc.

Attraverso queste domande, secondo ciò che il soggetto ha risposto nei punti 1(a) e 1(b), si possono anche cogliere delle contraddizioni tra il discorso del soggetto e la sua reale disponibilità ad investire. Un soggetto può ritenersi molto ambizioso, ad esempio, e non voler investire nulla di se stesso per crescere.

Il punto 1(d) corrisponderebbe all'analisi *fisiognomica-cinesico-prossemica*. Anche se questa analisi può dare degli elementi abbastanza ricchi per capire la realtà di un soggetto<sup>19</sup>, abbiamo verificato esser abbastanza difficile di documentarla, sia per la diversità di approccio all'interno della fisiognomica e dei comportamenti cinesici, sia per le diverse sensibilità agli atteggiamenti prossemici, secondo l'origine culturale: ciò che è segno di "comportamento approvato" per un africano o per un europeo, può non avere la stessa interpretazione per un russo, o per un giapponese. Però, dal punto di vista statistico, se il questionario viene applicato volta per volta in gruppi ritenuti diversi, si può fare una utile analisi statistica. L'ideale, forse, sarebbe adattare questo punto del questionario secondo la cultura di ogni popolo e così misurare il quanto un soggetto in particolare è *distante* dai suoi *simili culturali*. Comunque, le grosse distorsioni, qualcosa ci devono indicare.

<sup>19</sup> Tra i numerosi libri che si dedicano all'argomento, si segnalano: M. Argyle, *Il corpo e il suo linguaggio*, Zanichelli, Bologna 1986; E.T. Hall, *La dimensione nascosta*, Bompiani, Milano 1972; R.A. Hinde, *La comunicazione non verbale*, Laterza, Bari 1974; E. Kretschmer, *Korperbau und charakter*, Springer, Berlin 1921; J.K. Lovater, *La fisiognomica*, Atanor, Roma 1988; A. Lowen, *Il linguaggio del corpo*, Feltrinelli, Milano 1981; E. Scheldon, *The variety of the human physique: an introduction to constitutional psychology*, Harper, New York 1940.



Le domande fatte, nei due casi, sono state queste:

	FRASE	LIVELLO DI CONCORDANZA
1	NON SENTO ESTRANEITÀ NEL TOCCARE IL MIO PROPRIO CORPO	[0...10]
2	NON SENTO ESTRANEITÀ NEL TOCCARE IL CORPO DI PERSONE CONOSCIUTE DELLO STESSO SESSO	[0...10]
3	NON SENTO ESTRANEITÀ NEL TOCCARE IL CORPO DI PERSONE CONOSCIUTE DELL'ALTRO SESSO	[0...10]
4	NON SENTO ESTRANEITÀ NELL'ESSERE TOCCATO DA PERSONE CONOSCIUTE DELLO STESSO SESSO	[0...10]
5	NON SENTO ESTRANEITÀ NELL'ESSERE TOCCATO DA PERSONE CONOSCIUTE DELL'ALTRO SESSO	[0...10]
6	MI PIACE IL MIO CORPO IN MANIERA GENERALE	[0...10]
7	CERCO DI CURARE BENE DEL MIO CORPO	[0...10]
8	C'È UNA PARTE DEL MIO CORPO CHE NON MI PIACE	[0...10]
9	NON MI SENTO BENE NEGLI AMBIENTI DOVE NON CONOSCO LE PERSONE	[0...10]
10	NEGLI AMBIENTI DOVE NON CONOSCO LE PERSONE, CERCO ATTIVAMENTE DI FARE CONTATTI	[0...10]
11	NON MI SENTO BENE QUANDO UN STRANO SI AVICINA DA ME O CERCA CONTATTO CON GLI OCCHI	[0...10]
12	NON SUPPORTO TRATTAMENTO INFORMALE DI PERSONE CHE NON CONOSCO	[0...10]
13	TIPO CORPORALE	ENDOMORFO, MESOMORFO, ECTOMORFO
14	OSSERVAZIONE LIBERA DEL RICERCATORE	-

Nonostante queste difficoltà, l'analisi *fisiognomico-cinesico-prossemica*, evidentemente non ristretta al questionario, ma intesa in modo globale, si rivela di grande utilità per capire la situazione di un soggetto. Nell'esposizione qualitativa di alcuni casi, questo verrà evidenziato.

*L'analisi del sintomo (o problema)* viene documentata tramite i punti 2(a), 2(b) e 2(c).

Nel punto 2(a) il soggetto indica il livello di soddisfazione in alcuni settori della sua vita. Le domande del questionario cercano di aiutare il soggetto a qualificare e focalizzare meglio il vero punto o problema da risolvere.

2A	SETTORE	SODDISFAZIONE
1	CON LA VITA ECONOMICA GENERALE	[0...10]
2	CON I GUADAGNI FINANZIARI ATTUALI	[0...10]
3	CON LA SCELTA PROFESSIONALE	[0...10]
4	CON LA CARRIERA	[0...10]
5	PARAGONANDOMI CON LA MIA FAMIGLIA	[0...10]
6	PARAGONANDOMI CON I MIEI AMICI	[0...10]
7	CON LE OPPORTUNITÀ CHE HO	[0...10]
8	CON L'AZIENDA DOVE LAVORO (O CONDUCO)	[0...10]
9	CON LA MIA POSIZIONE PADRONE-DIPENDENTE	[0...10]
10	CON LA VITA AFFETTIVA GENERALE	[0...10]

Nel punto 2(b), il soggetto liberamente *descrive in una frase il problema da risolvere* (o la scelta da fare), ciò che per lui è più importante e che lo coinvolge in quel momento. Bisogna premettere che il problema evidente della salute non sempre emerge come il punto esistenzialmente più importante, poiché in casi cronici il soggetto ormai convive con la propria malattia come un "problema già controllato".

Nel punto 2(c) le domande cercano di qualificare il settore e il tipo di situazione, il grado di rilevanza e di difficoltà e anche le difficoltà che il soggetto avverte per risolvere/decidere.

2A	DOMANDA	RISPOSTA
1	SETTORE	SALUTE, FAMILIARE, AFFETTIVO, PROFESSIONALE, ECONOMICO, COLABORATORI, SOCIALE
2	COME LO VEDE	PROBLEMA, OPORTUNITÀ
3	QUANTO È IMPORTANTE RISOLVERE	[0...10]
4	QUANTO È DIFFICILE RISOLVERE	[0...10]
5	DIFFICOLTÀ CHE RITENGO AVERE PER RISOLVERE (DECIDERE)	RISPOSTA
5.1	ETÀ	TOTALE, PARCIALE, NESSUNA
5.2	FINANZIARIA	TOTALE, PARCIALE, NESSUNA
5.3	FORMAZIONE TEORICO-PRATICA	TOTALE, PARCIALE, NESSUNA
5.4	RELAZIONI PROFESSIONALI	TOTALE, PARCIALE, NESSUNA
5.5	LIMITAZIONI FISICHE	TOTALE, PARCIALE, NESSUNA
5.6	FAMIGLIA (AD ESEMPIO, LA FAMIGLIA NON APPROVA)	TOTALE, PARCIALE, NESSUNA
5.7	AMICI (AD ESEMPIO, POTREBBE PERDERE UN'AMICO)	TOTALE, PARCIALE, NESSUNA
5.8	SOCIALI (AD ESEMPIO, POTREI ESSERE GIUDICATO MALE)	TOTALE, PARCIALE, NESSUNA
5.9	RELAZIONI AFFETTIVE	TOTALE, PARCIALE, NESSUNA
5.10	VIZIO PERSONALE (O NUOVA ABITUDINE)	TOTALE, PARCIALE, NESSUNA
5.11	MANCA FORZA DI VOLONTÀ, CORAGGIO, MOTIVAZIONE, ETC	TOTALE, PARCIALE, NESSUNA
5.11	ALTRO TIPO DI DIFFICOLTÀ (DESCRIVERE)	TOTALE, PARCIALE, NESSUNA

Finno a questo punto, possiamo dire che non siamo ancora entrati nell'analisi intenzionale. Tutte le domande avevano per scopo conoscere il soggetto, il suo ambiente e le sue problematiche.

In ogni passaggio del questionario è anche fondamentale avere una particolare attenzione alle variabili emotive e del campo semantico del soggetto. Non di rado, bisogna aiutare il soggetto ripetendo la domanda in modo diverso, dandone un contesto più ampio. In realtà, bisogna aiutare il soggetto a dare risposte autentiche, aiutare il soggetto a diventare sempre più serio con se stesso.

La documentazione dell'analisi intenzionale, cioè, la documentazione delle preferenze rivelate dal soggetto, viene fatta nel punto 2(d). In essenza si fa un elenco delle soluzioni (o scelte) che il soggetto ha pensato, fattibile o meno che siano, e per ogniuna di queste soluzioni (o scelte) il soggetto indica il quanto la ritiene la scelta *ideale* e il quanto veramente la ritiene *fattibile*.

Finito l'elenco iniziale, il soggetto racconta qualche sogno fatto nei giorni precedenti alla seduta o, si non ricorda un sogno, fa il test dei sei disegni. A questo punto, ci sono già degli elementi razionali abbastanza ricchi per capire il soggetto nel suo contesto, e quindi per capire razionalmente il suo problema. Dopo aver fatto l'*analisi del sogno o T6D secondo il metodo*

*ontopsicologico*<sup>20</sup>, si riporta alla coscienza del soggetto quella scelta che, fino a quel punto, egli non riesce a individuare, totale o parzialmente che sia. Subito dopo, il soggetto valuta questa “nuova alternativa” negli stessi termini con cui avevano valutato le sue precedenti preferenze.

Qui è fondamentale capire che l'intenzionalità ontica non può essere ottenuta “matematicamente”, oppure “per deduzione logica” delle domande precedentemente fatte: ci vuole applicare la metodica ontopsicologica, cioè *metodo biologico con novità dei principi del campo semantico, In Sé ontico e monitor di deflessione*.

La terza parte del questionario è la valutazione dei risultati, si divide in due momenti. Il primo momento, domande R.1 a R.5, riguarda la valutazione che il soggetto fa dell'analisi ontopsicologica e della soluzione indicata dal ricercatore.

R	DOMANDE	RESPOSTA
1	LA SOLUZIONE INDICATA IN BASE ALL'ANALISI ONTOPSICOLOGICA ERA GIÀ TRA LE ALTERNATIVE	[SI...NO]
2	MI SONO IDENTIFICATO CON L'ANALISI ONTOPSICOLOGICA	[0...10]
3	MI SONO IDENTIFICATO CON LA SOLUZIONE INDICATA DALL'ANALISI ONTOPSICOLOGICA	[0...10]
4	L'ANALISI ONTOPSICOLOGICA SI DIMOSTRO IMPORTANTE PER FARE UNA SCELTA PIÙ RAZIONALE	[0...10]
5	L'ANALISI ONTOPSICOLOGICA HA RILEVATO FATTI E PROSPETTIVE CHE NON AVEVA PENSATO	[SI...NO]
6	HO MESSO IN PRATICA L'INDICAZIONE CONFORME L'ANALISI ONTOPSICOLOGICA	[SI...NO]
7	RITENGO AVER RIUSCITO BENE A METTERE IN PRATICA LA SOLUZIONE INDICATA	[0...10]
8	IL RISULTATO DELLA SCELTA SI DIMOSTRO UTILE	[0...10]
9	IL RISULTATO DELLA SCELTA SI DIMOSTRO FUNZIONALE	[0...10]
10	IL RISULTATO DELLA SCELTA SI DIMOSTRO SODDISFACENTE QUANTITATIVAMENTE	[0...10]
11	IL RISULTATO DELLA SCELTA SI DIMOSTRO SODDISFACENTE QUALITATIVAMENTE	[0...10]

Il secondo momento, domande R.6 a R.11, riguarda la valutazione dei risultati concreti ottenuti dal soggetto nel *dopo l'intervento*; sono i fatti documentati a livello storico, biologico, medico, economico, dopo un periodo variabile, a dipendere del caso. In questo secondo incontro, il soggetto deve dare anche una libera descrizione dei risultati ottenuti.

La variabile nettamente fondamentale di questo secondo incontro è R.7, cioè *quanto il soggetto aveva messo in pratica l'indicazione del suo In Sé ontico*.

Per quanto riguarda questa prima ricerca, come ormai abbiamo accenato, siamo arrivati soltanto alla prima parte (R.1 a R.5).

<sup>20</sup> L'Ontopsicologia utilizza il criterio biologico per capire il sogno, il quale ha undici elementi da considerare contemporaneamente. Per approfondimenti, cfr. *L'Immagine e l'inconscio*, op. cit.

### 3.5 CASI CLINICI

#### A.

Donna, 29 anni, sposata, senza lavoro. La paziente è arrivata dal medico nel agosto di 2008 dopo esser indicata per la valutazione nefrologica a causa della proteinuria accentuata e nocturia. Faceva riferimento a palpitazioni, avendo ricevuto diagnostico di prolasso mitrale e ipertensione arteriale sistemica. Stava senza lavorare a causa di LSR (lesione da sforzo ripetuto), dopo aver lavorato in una fabbrica per quattro anni nel settore della pittura industriale. Senza storico di nefropatie nella famiglia, la madre però aveva diagnostico di ipertensione. Medicinali addoperati: idroclorotiazida 25 mg, atenolol 25 mg e fluoxetina 20 mg. Nell'esame fisico era nota la situazione di obesità (IMC > 30), pressione arteriale 120/80 mmHg, edema 2+/4+ nelle membra inferiori, senza altri particolari. Fu sollecitata l'investigazione della etiologia secondaria e l'inizio di IECA (enalapril 10 mg 1 volta/giorno).

La paziente ha tornato con regolarità per revisione e, nonostante la medicazione, i livelli di proteinuria persistevano. Altri risultati nella Tabela 1 (Anesso II). Fu realizzata la biopsia renale ad ottobre 2008 con diagnostico di nefropatia per IgA, forme proliferative e sclerosanti segmentali e focali. Ad aprile 2009, la paziente inizia la gravidanza, periodo nel quale ci fu sostanziale peggioramento del controllo della proteinuria, si provò l'utilizzo di corticoide, senza risposta clinica soddisfacente.

Attualmente, la paziente sta sotto trattamento di medicinali ottimizzati: estatina, bloccanti del recettore di angiotensina, inibitori enzima convertitrice di angiotensina, dieta ipocalorica, hipoproteica e restrizione del sale. Ha grande difficoltà di perdere peso e mantiene la proteinuria a livelli molto aumentati con alto rischio di evolvere il quadro diagnostico verso la perdita progressiva della funzione renale.

Fatta la seduta, le persone di maggior influenza nella vita della paziente sono il padre, la madre, il marito e la bambina neonata. È curioso che la paziente dichiara voler meglio tutti quelli dell'elenco di più che se stessa. Si avverte anche un mallessere nel momento in cui deve rispondere sulla propria autonomia economica.

Per quanto riguarda i settori che la paziente sarebbe disposta ad investire per cambiare, proprio perché non si sente contenta, sono i seguenti (tra parentesi l'intensità della volontà della paziente nell'investire): studio (7), lavoro (8) e corpo (9). Per corpo, si intende il problema dell'obesità, che secondo lei porta una grande frustrazione già da tempo.

Il quadro riassume le risposte sul livello di soddisfazione attuale con i diversi settori della vita della paziente.

2A	SETTORE	SODDISFAZIONE
1	CON LA VITA ECONOMICA GENERALE	6
2	CON I GUADAGNI FINANZIARI ATTUALI	6
3	CON LA SCELTA PROFESSIONALE	7
4	CON LA CARRIERA	9
5	PARAGONANDOMI CON LA MIA FAMIGLIA	8
6	PARAGONANDOMI CON I MIEI AMICI	7
7	CON LE OPPORTUNITÀ CHE HO	9
8	CON L'AZIENDA DOVE LAVORO (O CONDUCO)	8
9	CON LA MIA POSIZIONE PADRONE-DIPENDENTE	8
10	CON LA VITA AFFETTIVA GENERALE	9

È significativo il fatto che la paziente stia discontenta a livello professionale-economico, ma si sente bene a livello affettivo.

Quando chiesta su quale problema ritiene il più importante da risolvere, non c'è dubbio nel dire “il problema del peso” e, dopo, il problema di salute (renale). Lei considera molto importante risolvere il problema (9) e anche molto difficile (10). La tipologia di difficoltà, secondo lei, sarebbe un vizio da cambiare, cioè, la compulsione alimentare. Non indica qualsiasi altra difficoltà per affrontare il problema.

La paziente non ricorda molto bene i sogni, ma di uno che viene in modo ripetitivo, dove lei si sveglia angosciata (nel sogno) perchè sa di essere in ritardo per andare a lavorare.

Il ricercatore ha fatto alcune domande per avere delle conferme da parte della paziente e certificarsi che di fatto a lei piaceva molto lavorare e avere la propria autonomia economica. Si fece una retrospettiva dei fatti biografici, cioè, innanzitutto, lei non aveva studi, ma era ambiziosa e voleva la casa, la macchina ecc. Lavorava nella fabbrica e, per avere migliori guadagni, ha fatto troppe volte lunghi periodi senza riposo. Racconta che alcune volte sveniva pure, ma che a lei piaceva molto il suo lavoro e che sapeva farlo bene, era una delle migliori professioniste del reparto pittura della fabbrica. Poco dopo le nozze, è stata allontanata dal lavoro a causa della LSR e resta a casa per diversi mesi. I guadagni sono ridotti e diventano incostanti. Sempre da un medico all'altro, lei si sentiva molto frustrata. Circa 2 anni dopo tutto ciò, inizia il sintomo della compulsione alimentare e l'obesità. Cerca un medico dietologo e fa un trattamento pesante, con medicine molto forti. Dimagrisce, però, allo stesso tempo, inizia il processo della perdita della funzione renale (proteinuria). In sintesi: 1) essendo una persona autonoma, non avendo studi, era molto frustrata a livello esistenziale. 2) la compulsione alimentare non è altro che una risposta compensativa di questo lungo periodo di frustrazione; 3) l'obesità, a sua volta, ha reso ancora più grave lo stato di bassa autostima e la frustrazione generale (anche con segni di depressione, pensieri di autolesione ecc). Il fatto

che lei non riprendeva un'altro lavoro, ma accettava passivamente la situazione di lontananza legalmente garantita dal lavoro (ora pagato dallo stato, ora no, ma comunque appoggiata dalla famiglia dalla paziente) porta la paziente finalmente al quadro di vita attuale. Quando chiesta se c'è un'altra cosa che sappia fare bene, con la quale potessi lavorare, dice che si e che ha pure due inviti per iniziare. A questo punto, senza entrare in tutti i particolari del passato, i tanti perché (dalla LSF all'obesità, anche questi psisomatici), il ricercatore fa la sua raccomandazione pratica, cioè, la paziente è veramente in ritardo con se stessa e deve andare oltre l'opini di tutti che dicono che lei dovesse rimanere a casa "tranquilla sotto protezione della legge del lavoro". Anzi, deve il più presto possibile tornare a lavorare con una attività che a lei piaska e che non sia di sforzo fisico alle braccie. L'importante è che lei recuperi l'autonomia econômica e il piacere di vivere. È una donna giovane e molto vivace.

L'elenco di alternative – compresa quella sugerita dopo l'analisi del ricercatore, è questo:

2D	SOLUZIONI O SCELTE PROPOSTE DAL SOGGETTO (IN GIALLO, LA SOLUZIONE IDENTIFICATA)	CONSIDERO IDEALE (0 A 10)	CONSIDERO POSSIBILE/ FATTIBILE (0 A 10)
1	ESERCIZIO FISICO E MONITORAGGIO DELLA DIETA	9	9
2	RISOLVERE LA COMPULSIONE VIA PSICOTERAPIA	9	10
3	FORZA DI VOLONTÀ PROPRIA	10	8
4	RIPRENDERE UN LAVORO CHE PIASCA	10	10

Per quanto riguarda la valutazione dei risultad, fatta dalla paziente subito dopo il dialogo, abbiamo un alto grado di adesione, al meno iniziale:

R	DOMANDE	RESPOSTA
1	LA SOLUZIONE INDICATA IN BASE ALL'ANALISI ONTOPSICOLOGICA ERA GIÀ TRA LE ALTERNATIVE	NO
2	MI SONO IDENTIFICATO CON L'ANALISI ONTOPSICOLOGICA	10
3	MI SONO IDENTIFICATO CON LA SOLUZIONE INDICATA DALL'ANALISI ONTOPSICOLOGICA	10
4	L'ANALISI ONTOPSICOLOGICA SI DIMOSTRO IMPORTANTE PER FARE UNA SCELTA PIÙ RAZIONALE	10
5	L'ANALISI ONTOPSICOLOGICA HA RILEVATO FATTI E PROSPETTIVE CHE NON AVEVA PENSATO	SI

Dal punto di vista dei 7 momenti nella seduta per la casistica psicosomatica, la ricerca adesso deve procedere considerando l'ultimo aspetto, cioè, il controllo delle resistenze fatte sia dal soggetto che dal suo ambiente prossimo. Nel futuro prossimo verranno fatti anche nuovi esami clinici per valutare l'evoluzione della patologia e dei sintomi.

## B.

Maschio, 45, sposato, lavora come tassista e autista esecutivo. Paziente nel 2009 evolve con deteriorazione della funzione dell'innesto renale, elevazione della concentrazione di creatinina e proteinuria, determinando l'aggravamento del quadro di ipertensione arteriale sistemica. A giugno del 2009, la pressione arteriale diventa refrattaria al trattamento con medicine, nota presenza di urea e acidose metabolica. Fu necessario iniziare ancora una volta il trattamento dialitico e il diagnostico di fallimento cronico dell'innesto renale era definito. Lo storico medico di questo paziente iniziò con delle crisi di gota e coliche renale, con diversi episodi di eliminazione di calcoli renali neri, possibilmente con contenuto di acido urico. Informa che in quel momento, a causa delle forti dolori, fa uso frequente di medicinali anti-infiammatorio. Dopo evolvere fino alla perdita totale della funzione renale, a settembre 1997, il paziente rimase in trattamento dialitico per 2 anni, avendo subito un trapianto di rene con donatore cadavere, ad Agosto di 1999. Nei primi giorni del trapianto, presenta un quadro di rifiuto acuto, avendo ricevuto trattamento con OKT3. Per circa dieci anni, l'innesto renale ha funzionato in modo soddisfacente, con una funzione renale, la maggior parte del tempo, normale (creatinina 0,9-1,0 mg/dl). In questo periodo, è stato addoperato micofenolato mofetil, ciclosporina e prednisona come medicine immunosoppressori e dopo il trapianto di rene, ha avuto il diagnostico di "diabetes mellitus", fino ad oggi in trattamento tramite insulina umana.

La biopsia renale, nella fase finale del trattamento con gli immunosoppressori, non viene realizzata a causa di rischi di complicazioni emorragiche per un quadro clinico evolutivo progressivo di deteriorazione della funzione dell'innesto. Ha storico familiare positivo per la nefropatia. Il padre ha fatto emodialisi per iperuricemia/gota, ha avuto diagnostico di "diabetes mellitus". La madre ha l'ipertensione arteriale sistemica e la sorella con quadro di ematuria microscopica senza perdita della funzione fino al momento. Il paziente non ha storico di non adattamento al trattamento con le medicine, usualmente ricorda i nomi di tutte le medicine che usa (nome della medicina e posologia).

Attualmente il paziente si trova in trattamento dialitico regolare, tre volte alla settimana, con Kt/V (depurazione della urea) appropriato, oltre che la diabetes mellitus, profilo lipidico e pressione arteriale controllati, quindi, clinicamente stabile. Al momento, si è iniziata l'investigazione clinica per un nuovo ingresso nella lista di attesa per trapianto dei reni con donatore cadavere.

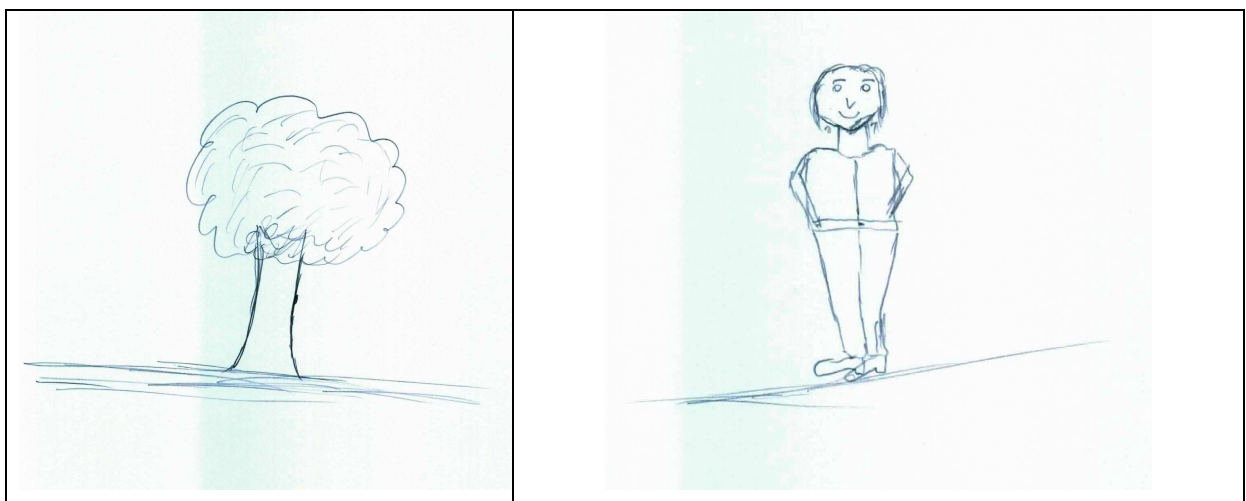
Fatta la sedutta, le persone di maggior influenza nella vita del paziente sono il padre, la madre e la moglie. Non compare l'unica figlia. Lui si ritiene benestante a livello economico e non ci sono problemi oltre che la nefropatia.

Per quanto riguarda i settori che il paziente sarebbe disposto ad investire per cambiare, ci sono: figli (0) – voleva avere più figli ma a causa della malattia ha smesso di pensare a questo; studi (3) – in quanto voleva studiare, ma ha cominciato a lavorare ancora giovane per aiutare la famiglia e ha dovuto lasciare da parte il suo piano di studi e lavoro (8) – voleva aver cominciato a fare ciò che fa oggi prima.

Solo nel quadro seguente del questionario il soggetto comincia a dare i primmi accenni la dove sta il punto. Lui da una media valutazione alla sua soddisfazione a livello affettivo. Afferma che succede una cosa per lui strana, cioè, avverte una grande difficoltà di manifestare tenerezza per la figlia e per la madre. C'è sempre una forma di riserva che lui non riesce a spiegare, ma che lo disturba.

Non si considera una persona con problemi, quindi, porta solo questo aspetto della sua vita affettiva come “curioso”. Non considera il problema importante da risolvere (5) né tanto difficile (7). L'unica difficoltà che ritiene rilevante è di ordine psicologico, cioè, non sa spiegare cos'è, ma manda volontà per affrontare la questione.

A questo punto, siccome il paziente non ricorda i sogni da molto tempo, il ricercatore ha applicato il T6D (test dei 6 disegni).



Un'albero

Un'uomo

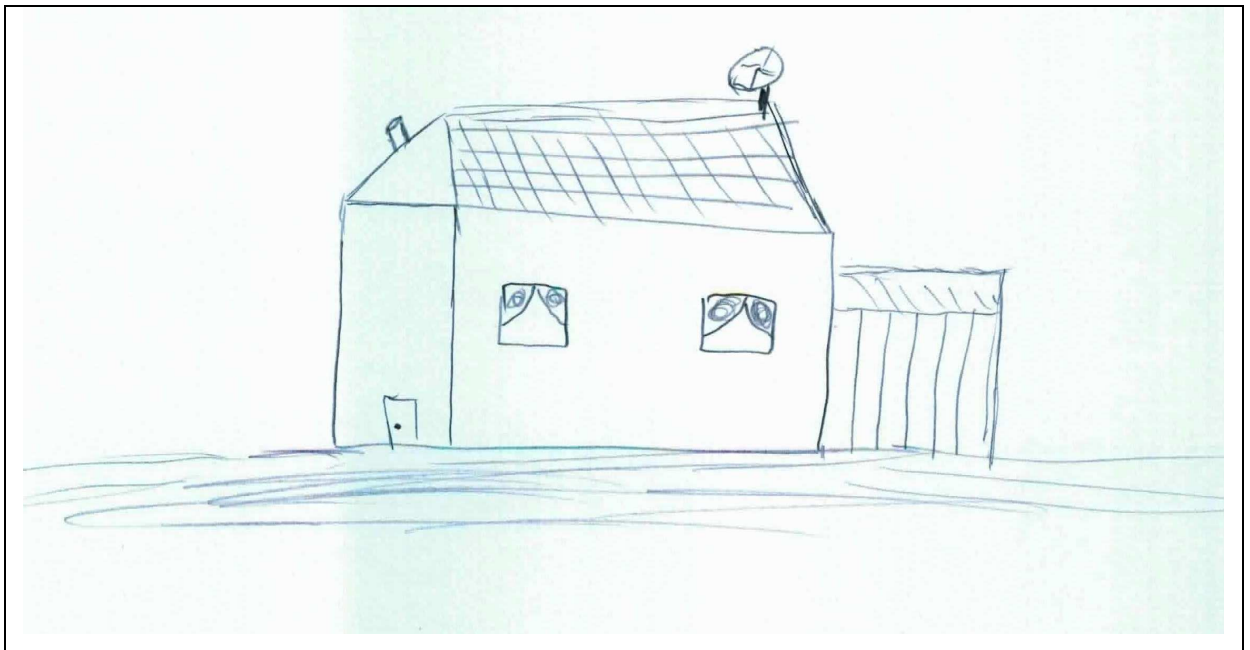




Una Donna

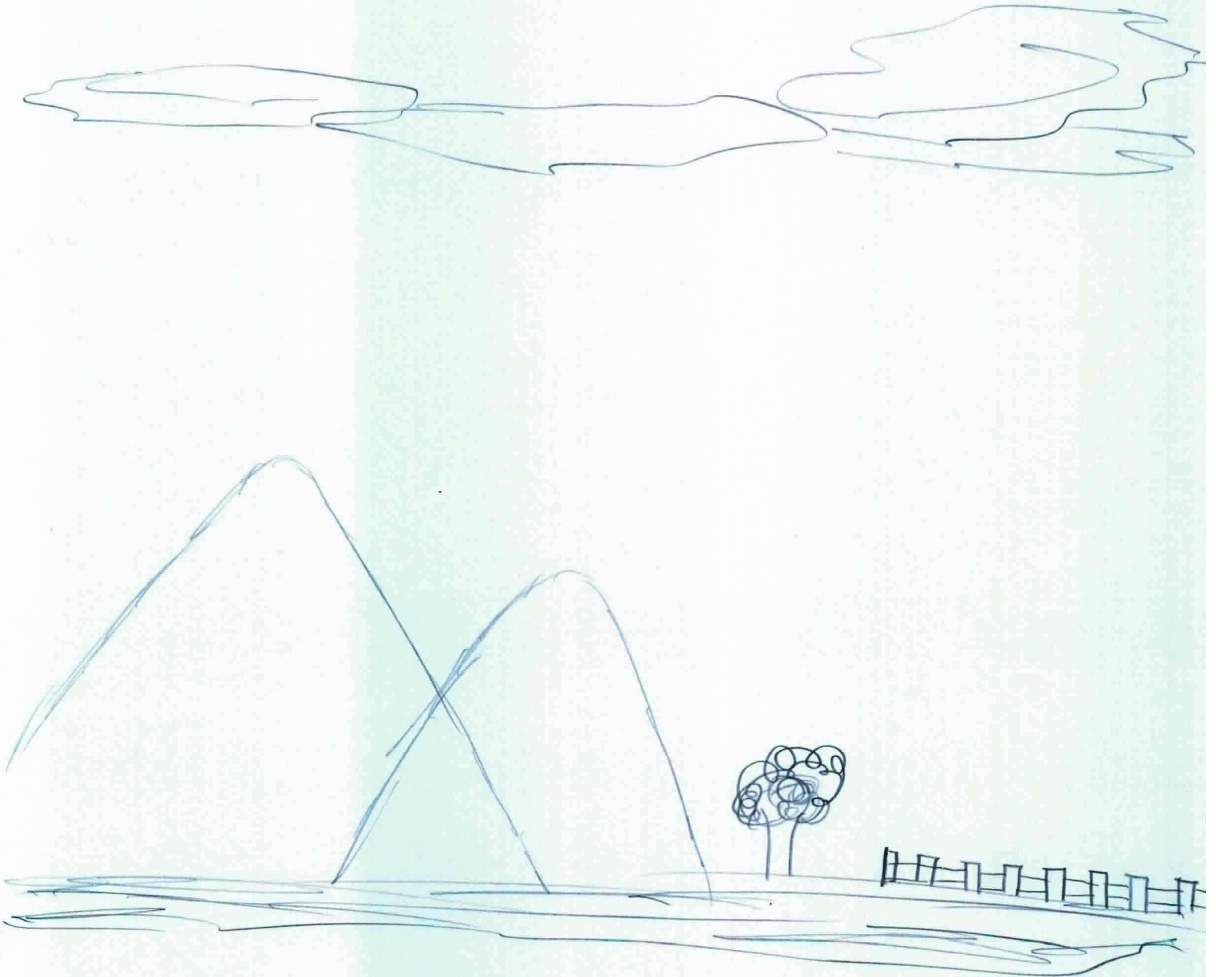


La famiglia di origine



La situazione attuale

SITUAÇÃO FUTURA



La situazione futura

I disegni sono molto significativi della patologia del paziente e, inoltre, si tratta di un caso la cui risoluzione positiva è molto difficile. Sono state fatte, inoltre, le seguenti domande, per completare il quadro diagnostico. I dati più importanti sono questi:

- 1) il padre ha sempre vissuto per sostenere la famiglia, non era un tipo di molte parole e non usava dare niente a se stesso (è morto per nefropatia);
- 2) il paziente iniziò a lavorare all'età di 14 anni. Niente male, però ha lasciato gli studi e non dava, anche lui, niente del frutto del lavoro, a se stesso;
- 3) all'età di 18 anni splode la prima crisi renale (calcoli);
- 4) alcuni anni dopo del paziente, anche il padre diventa malato e muore;
- 5) la madre ha sempre avuto molta paura che anche lui si ammalasse.
- 6) attualmente, la madre sta anche lei malata dei reni, e abita insieme a lui (stessa casa).

È interessante in questo caso osservare le fasi attraverso cui scatta la psicosomatica:

Di solito la psicosomatica scatta attraverso due fasi: 1) un primo momento che viene trascurato nell'infanzia; 2) a volta un'altra fase nell'adolescenza. Questa prima fase resta nel tracciato mnestico dell'organismo dell'individuo, la seconda fase è preparata da un periodo di tensione, un periodo nevrotico, che è segnalato da piccoli disturbi: disfunzione epatica, esaurimento nervoso, stanchezza. Dopo ciò, se il segnale non viene capito, il male, anziché scomparire, va in latenza. (AM I, p. 20)

Tornando ai disegni, vogliamo evidenziare soltanto alcuni aspetti:

- 1) l'albero (come simbolo della sua vita) non porta frutti;
- 2) l'uomo al disegno ha le mani proprio appoggiando i reni, come se portasse un grave dolore alle spalle;
- 3) anche la donna ha lo stesso atteggiamento prossimico;
- 4) Tra le tre donne che disegna, la più vivace è la madre (in occhiali), rivelando il collegamento affettivo più rilevante per lui;
- 5) Nel disegno della situazione attuale, si vedono due finestre, con due piccoli monti e un punto nero in ogni monte. Qui si vedono i due malatti che abitano nella casa (anche i reni sono due e le pietre renali sono "nere");
- 6) Nella situazione futura non viene rappresentata una situazione tanto migliore. Anzi, due monti incrociati (questa volta senza i "punti neri", cioè, "liberati") e una nuvola in forma di uomo che galleggia nei cieli sopra.

Considerando la gravità del caso, il dialogo fu diverso.

Il paziente ha imparato dal padre il modello di “come essere amato dalla madre”. Inoltre, la madre rinforzava il primato dalla malattia con la “paura che lui avessi la stessa fine del padre”. Nei fatti concreti, tutta la sua vita era diventata un peso alle spalle. Lui doveva lavorare per dare tutto agli altri e niente a se stesso. Il problema non è il dare agli altri, ma “non dare a se stesso” in modo costante.

A questo punto, fu spiegato che la sua difficoltà di manifestare tenerezza verso la moglie e la figlia era un indice di qualcos'altro, cioè, dal fatto che lui avessi imparato un modello di comportamento dal padre che, però, la vita non approvava e che doveva cominciare a trovare anche lui piacere con la sua vita, a dare a se stesso dei piccoli o grandi regali, e non solo lavorare per dare tutto agli altri e niente a se stesso. Cioè, il non sapere gestire in modo coerente il suo sano egoismo sin dall'età giovanile, lo portò a una prolungatissima frustrazione esistenziale. La malattia, quindi, scatta come un processo automatico di difesa (reazione) alla incapacità del paziente di cambiare questo modello, che non produce altro che questa frustrazione.

Nonostante quel modello di comportamento (e modo di pensare le cose) fosse approvato socialmente, i risultati pratici non erano buoni per la sua vita. L'unico ambito della sua vita dove ancora si dà delle cose – dove spende con se stesso – contradditoriamente in quello della malattia.

Il paziente racconta allora un fatto recente per confermare che questa è precisamente la sua “forma mentis”. Egli dice: “Io amo le motociclette, non mi sono mai comperato una. Qualche settimana fa, ho regalato la mia motocicletta comperata da qualche mese alla mia figlia, perché lei deve andare dalla facoltà per studiare. La mia moglie mi ha chiesto perché e io mi sono arabiato, forse lei aveva ragione...”

In questo caso, nonostante sia molto grave, il consiglio pratico è stato abbastanza semplice: se il paziente vuole vivere l'amore per la moglie e per la figlia, deve imparare prima come amare se stesso. Altrimenti, la moglie e la figlia finiscono come l'antitesi della sua propria felicità. Anche se loro sono le prime a dire che lui deve cambiare, che deve dare di più a se stesso, è lui che si è irrigidito in quel ruolo, cui effetti poi sono la frustrazione esistenziale attraverso gli anni.

Come nel primo caso, il paziente presenta le sue alternative di soluzione (1 e 2):

2D	SOLUZIONI O SCELTE PROPOSTE DAL SOGGETTO (IN GIALLO, LA SOLUZIONE IDENTIFICATA)	CONSIDERO IDEALE (0 A 10)	CONSIDERO POSSIBILE/ FATTIBILE (0 A 10)
1	PARLARE CON LA FIGLIA E LA MADRE, MA CREDE CHE SAREBBE MALINTESO	8	8
2	CERCARE AIUTO PROFESSIONALE PER DISCUTERE L'ARGOMENTO	5	8
3	COMMINCIARE A ESSERE BUONO NON SOLO PER GLI ALTRI, MA INANZITTUTTO PER SE STESSO (* VEDERE SPIEGAZIONE PIÙ AVANTI)	9	8

Per quanto riguarda la valutazione dei risultati, fatta dal paziente subito dopo il dialogo, abbiamo un alto grado di adesione, come nel primo caso:

R	DOMANDE	RESPOSTA
1	LA SOLUZIONE INDICATA IN BASE ALL'ANALISI ONTOPSICOLOGICA ERA GIÀ TRA LE ALTERNATIVE	NO
2	MI SONO IDENTIFICATO CON L'ANALISI ONTOPSICOLOGICA	10
3	MI SONO IDENTIFICATO CON LA SOLUZIONE INDICATA DALL'ANALISI ONTOPSICOLOGICA	10
4	L'ANALISI ONTOPSICOLOGICA SI DIMOSTRO IMPORTANTE PER FARE UNA SCELTA PIÙ RAZIONALE	10
5	L'ANALISI ONTOPSICOLOGICA HA RILEVATO FATTI E PROSPETTIVE CHE NON AVEVA PENSATO	SI

#### 4 CONCLUSIONE

Per quanto riguarda l'indagine etiologica delle nefropatie, l'applicazione di questo approccio innovativo ha rivelato la coincidenza che, in entrambi i casi, si verifica un prolungato stato di frustrazione esistenziale, la cui motivazione va ritrovata attraverso introspezione psicologica con ottica ontopsicologica. Questo può senz'altro stimolare la curiosità scientifica della comunità medica per portare avanti una ricerca più ampia, sia in via longitudinale, sia in termini quantitativi.

In sintesi ultima:

- 1) Abbiamo riscontrato che esiste la possibilità di investigazioni ulteriori delle nefropatie attraverso introspezione psicologica per capire se, in fatti, la frustrazione esistenziale prolungata è un elemento costante in queste patologie.
- 2) Per quanto riguarda i fattori di questa frustrazione esistenziale, si conferma il quanto asserito dalla scuola ontopsicologica, cioè, il problema originario è una incapacità dell'Io del soggetto di affrontare certe situazioni in modo appropriato.
- 3) L'Ontopsicologia ha approntato una metodica specifica, che completa le attuali conoscenze dell'avanzata ricerca medica, che consente l'isolamento dell'intenzionalità di natura, e la sua distinzione dalle preferenze coscienti, o informazioni standard.
- 4) Se è vero che possiamo parlare di una crisi delle scienze e, specificamente, di una crisi delle scienze mediche, questa crisi può essere ridotta alla crisi della razionalità umana. L'Ontopsicologia è in grado di capire e risolvere questa crisi, per cui, ha un ruolo di scienza epistemica, *in quanto inizia ad evidenziare un principio elementare che si fa criterio di realtà funzionale per la logica umana.*
- 5) Attraverso le tre scoperte dell'Ontopsicologia, la scienza medica può rompere il cerchio vizioso in cui si trova, però bisogna evolvere la conoscenza tecnica delle tre scoperte.

## **ANEXO I - STORICO DELLE ATTIVITÀ SCIENTIFICHE DELL'ONTOPSIKOLOGIA NELL'AMBITO DELLA PSICOSOMATICA**

- 1980, Roma Itália, VIII Congresso de Ontopsicologia
- 1983, Artigo científico, “Análise psicossomática del rifiuto nei trapianto di organi”
- 1984, Artigo: “Medicina e Ontopsicologia”
- 1984, III Jornada Brasileira de Ontopsicologia: “A Psicossomática”, Passo Fundo (RS)
- 1989, Artigo: “AIDS e Mídia”
- 1990, Artigo: “As quatro fenomenologias da intencionalidade inerente ao humano”
- 1990, Chieti, Itália: “Diagnose de hipótese alternativa”, Análise de casos clínicos ao vivo, com a participação de médicos, psicoterapeutas e pesquisadores.
- 1992, Artigo: “O ato cognitivo e o ato psicossomático”
- 1992, visita ao hospital psiquiátrico de Ekatirimburgo
- 1995, Seminário em Ecaterimburgo (Rússia), “Medicina e Ontopsicologia”.
- 1995, Itália. Ciclo de encontros para o *Global Teach In* – ONU, “DNA e informação”, debate com o Dr. D. Neri (Cambridge Centre) e Prof. G. Tarro (chefe da Divisão de Virologia do Hospital de Nápoles)
- 1995, Brasília: III Congresso da Sociedade Centro-Oeste de Cardiologia
- 1996, Pequim, China: Seminário para médicos chineses na Capital University of Medical Sciences.
- 1996, Pequim, China: visita e encontro com Diretores do maior Hospital de Pequim, o Beijing Tongren Hospital e Diretor da Associação de Médicos Chineses, Vice-Presidente do *Beijing Psychology Health Association*.
- 1997, Genebra, Suíça (Sede da ONU): I Seminário Internacional de Psicossomática
- 1997, Florianópolis: 1º Congresso Mercossul de Psicossomática, IV Seminário Sul Brasileiro de Psicossomática.
- 1997, Roma, Itália: Seminário Medicina e Psique com a Ordem dos Médicos de Roma
- 1997, Pequim, China: II Seminário Psicossomática na ótica ontopsicológica. Instituto de psicologia da Universidade de Pequim.
- 1997, Bombinhas, Brasil: Seminário Didático Científico “Trajetória Lógica na Psicossomática”

- 1997, Moscou, Rússia: XV Internacional, 1º Congresso Mundial de Ontopsicologia
- 1997, Trevi, Itália: Conferência “A intencionalidade consciente ou latente do doente”, com o apoio de médicos e observadores da OMS
- 1998, Assis, Itália: II Seminário Internacional de Psicossomática
- 2001, Artigo: “O primeiro cérebro em Ontopsicologia”.
- 2002, Milão: Congresso Ontopsicologia e Memética.
- 2003, Artigo: “Da Medicina à Ontopsicologia”
- 2006, Veneza, Itália: VIII Congresso Mundial de Psico-ontologia
- 2009, Conferenza “La psisomatica del cancro”, Recanto Maestro, 2009.



**ANESSO II – TABELA 1. ESAMI LABORATORIALI DEL CASO “A”**

	07/08/2008	26/08/2008	01/12/2008	09/03/2009	14/04/2009	26/08/2009	13/01/2010	27/07/2010	28/02/2011
Hematocrito (%)		37,4	36,3			36,7		37,5	
Hemoglobina (g/dl)		12,6	11,9			12		11,9	
Leucociti (per mm <sup>3</sup> )		5900	7600			12200		8500	
Plaquetas (per mm <sup>3</sup> )		198000	216000			239000		197000	
Creatinina (mg/dl)		0,9	1	1,1		0,9	1,1	1,1	1,2
Glicemia (MG/dl)					92				
Colesterolo Totale (mg/dl)		219						167	
HDL/LDL (mg/dl)		56 / 136						48 / 90,4	
Trigliceridei (mg/dl)		135						143	
TSH	3,12	8,81							
Proteinuria 24 h (g)	12390				12480	14772			8847
U PCR <sup>21</sup>			4	5,56			6,9	7,5	

<sup>21</sup> Rapporto proteinuria creatininuria.

