Ontopsicologia e Medicina: studio di casi clinici come indici della necessità di revisione della etiologia e intervenzione nefrologica.

Azevedo, Erico[1], Pozza, Roberta[2]

1. POSSIAMO VERAMENTE PARLARE DI UNA CRISI DELLA SCIENZA MEDICA?

Prima di trattare gli argomenti specifici di questo articolo, bisogna premettere che il vechio 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 afrontava l'essere della natura[3] e, quindi, restavano tutte nell'ambito dei raporti tra fenomeni, senza mai raggiungere la motivazione di ciò che poi venivano dichiarate come leggi naturali[4].

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 science il nesso col "mondo-della-vita", cioè, il nesso ontologico.

La Medicina, per affrontare il problema dell'essere della salute e della malattia, deve considerare le tre scoperte dell'Ontopsicologia, le quale rinovano il metodo scientifico, restituindo alla razionalità tutte le sue rissorce. Cioè, un ricercatore medico deve procedere nella sua ingagine utilizzandosi del metodo bilogico proposto dalla scuola ontopsicologica.

> Fare ricerca esclusivamente sul piano farmacêutico, chimico, moleculare, neurológico, psichiatrico, è come lavorare e capire um edifício 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. (...) É l'attività psichica a fornire il progetto: elabora, formalizza e dà lo starter organismico al progetto[5].

Essendo la sparizione del sintomo l'evidenza clinica dell'operatività delle scoperte ontopsicologiche, è fondamentale portare avante la ricerca clinica e ripetere più volte l'applicazione del suo metodo, il quale, comunque, "si attiene alla razionalità lineare di causa-effetto[6]".

---

[1] M. Sc. Filofofia, PUC/SP; Specialista in Ontopsicologia, Università Statale di San Pietroburgo. Ricercatore dell'Antonio Meneghetti Faculdade, Recanto Maestro, Brasile.
[2] Ph. D. Medicina, PUC/RS, Ricercatrice dell' Antonio Meneghetti Faculdade, Recanto Maestro, Brasile.
[3] HUSSERL, Edmund. *Die Krisis der europäishen Wissenshaften und die transzendentale Phänomenologie. Eine Einleitung in die phänomenologische Philosophie*, 1976.
[4] MENEGHETTI, A., *Manuale di Ontopsicologia*, 2010.
[5] MENEGHETTI, A., *La psicosomatica nell'ottica ontopsicologica*, 1998.
[6] Ibidem, p. 9.

Questo lavoro è la descrizione delle primi mosse di una ricerca clinica in ambito nefrologico svolta in Brasile attraverso la cooperazione di ricercatori dell'ambito della Medicina e dell'Ontopsicologia. In questo senso, può servire come indici della necessità di riprendere il discorso husserliano anche nell'ambito medico. Husserl difende l'idea che le scienze devono superare essencialmente 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 priggionera di metodi indireti di matematizzazione e simbolizzazione[7]. 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[8]. 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 excursos clinico[9].

In questo senso, 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. Ampliando il modello razionale di approcio alla patologia, la Medicina, insieme all'Ontopsicologia, sarrà in grado di affrontare l'essere del suo oggetto di ricerca.

2. SINTESI PARNORAMICA SULLE MALATIE RENALI

Il numero di pazienti che portano malatie renali croniche cresce dramaticamente. 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[10] 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 malatie renali croniche, essendo circa 60 milla quelli che si sottopongono ad un trattamento dialitico e 25 milla sono quelli che ricivono nuovi reni via traspianto. Una delle ragioni

---

[7] HUSSERL, Edmund. *Aufsätze und Vorträge (1911-1921), pp. 3-62: Philosophie als strenge Wissenschaft,* 1987.
[8] Ibidem.
[9] MENEGHETTI, A., 1998, p. 5.
[10] Geddes, C. C., Rodger, R.S.C., Kidneys for transplant, BMJ, 332, 11, 2006.

per questa crescita notabile è l'aumento contemporaneo della prevalenza di patologie come il diabettes mellitus, l'ipertensione arteriosa sistemica e il problema, sempre più frequente, dell'obesità[11], fatori ben conosciuti per l'evoluzione della malattia renale cronica[12]. 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 paesi in via di sviluppo[13]. Diversi studi evidenziano che l'obesità è un fattore di rischio indipendente per lo sviluppo di malattie renali croniche.

Per tutto ciò, sia la prevenzione che il trattamento delle patologie ai reni, si constituiscono 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 malatto. È proprio per questo che la ricerca qui proposta si constituisce in una novità. Verrano descriti due casi di pazienti portanti malattie renali dove l'indagine etiologica ha portato in considerazione il fatore 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.

3. COS'È LA PSICOSOMATICA NELL'INTENDIMENTO ONTOPSICOLOGICO?

Il termine "psicosomatica", in ambito generale, esprime il concetto di unità ilemorfica che è l'unità di azione uomo. In ambito più specifico, indica "alterazione funzionale, organica o strutturale con causalità esclusivamente psichica[14]". 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 vantaggio dell'individuazione. Quando l'intelligenza del soggetto evita la soluzione proggettata dalla intenzionalità di natura, entra in gioco l'intelligenza somatica, che agisce per salvaguardare l'individuazione.

---

[11] 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.

[12] 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.

13 POPKIN, B.M.; DOAK, C. The obesity epidemic is a worldwide phenomenon. Nutr. Rev., v.56, p.106-14, 1998. International Association for the study of obesity. About obesity. http://www.ioft.org; World Health Organization. Obesity and overweight: http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity/en/ ; Nutrition: controlling the global obesity epidemic: http://www.who.int/nut/obs.htm; 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; 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.

[14] MENEGHETTI, A., Dizionario di Ontopsicologia (2001)

Un esempio plastico può essere utile per capire il quanto detto: 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 qualle coincide con l'Io a priori del tutto[15]. Nella "Crisi" Husserl ci dà alcune indicazioni su come arrivare metodicamente a questa evidenza, quando descrive l'epoché trascendentale, cioè, la reduzione all'ego assolutamente unico e attuante, il quale è il centro funzionale ultimo di qualsiasi costituizione[16]. Questo principio dell'Io a priori resta nascosto – e quindi è vissuto come inconscio – finché l'uomo non lo raggiunge come conscienza. Più precisamente ancora, "L'Io a priori è la proiezione formale o eidetica della posizione dell'In Sé ontico[17]".

Essendo l'intenzionalità psichica l'oggetto specifico della psicoterapia ontopsicologica, la quale si coglie per evidenza intrinseca e atraverso categoria esclusivamente soggettive, fondamentale resta l'intervento psicoterapico ontopsicologico[18]: il corpo è parola e il psichico è senso. La psicoterapia ontopsicologica può indagare dove la psiche intenziona, dove l'In Sé si formula. Questo passaggio è essenziale per capire come sia possibile la psicosomatica:

> (...) un qualunque malanno che definiamo psicosomatico è conotazione esterna di una <u>intenzionalità psichica esistenziale</u> (...). 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 <u>si forzano due intimi che non si intenzionano reciprocamente</u>. 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. (Meneghetti, 1998, pp. 121-122, griffo nostro)

Se vogliamo usare il linguaggio 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 reaggire, "sia per la legge di economia energetica sia per il principio di necessità (sopravvivenza dell'identità individuata)[19]". Dal quanto detto, si capisce la radicalità dell'intervento psicoterapeutico ontopsicologico. Questo attua cambiando il pilotta "Io", il quale, anche se in buona fede, anche se inconsciamente, è il costruttore del male che subisce.

---

[15] MENEGHETTI, A., 1998, p. 15.
[16] Cfr. Hu I, § 55 e Anesso XX.
[17] Ibidem.
[18] MENEGHETTI, A., *L'In Sé dell'uomo*, 1973.
[19] MENEGHETTI, 1998, p. 16.

4. ETIOLOGIA PSICOSOMATICA DI MALATIE AI RENI CON APPROCCIO ONTOPSICOLOGICO

L'investigazione di casi clinici in modo integrale, cioè, con l'approccio medico classico insieme a quello ontopsicologico, può portare novità di compreensione sulla etiologia delle malatie renali. L'obbiettivo primario della ricerca, quindi, è proporre un nuovo approccio al problema della diagnosi di malatie 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. Obbiettivo secondario della ricerca, ma forse tanto importante quanto il primo, è approfondire la comprensione dei fattori che influenziano 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*. La novità della ricerca, quindi, 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 umanizata a misura dell'uomo. Va inoltre premesso che non è in merito la funzionalità del metodo ontopsicologico, il quale ha quasi 40 anni di risultati verificati, senza eccezione.

Gli ***strumenti di ricerca*** utilizzati per rilevale sperimentalmente la scelta ottimale del soggetto, cioè la vettorialità del suo In Sé ontico, ***sono i sei strumenti diagnostici del metodo ontopsicologico***[20]: (1) *Anamnesi linguistica e biografia storica;* (2) *Analisi del sintomo o problema;* (3) *Analisi fisiognomica-cinesica-prossemica;* (4) *Analisi onirica;* (5) *Analisi del Campo Semantico; e* (6) *Analisi del risultato.* ***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 articolva 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[21].

Per rendere possibile la documentazione della ricerca e anche una futura analisi statistica, fu utilizzato un questionario, il quale i partecipanti della ricerca hanno risposto in modo individuale e presenziale[22]. Il questionario originale, però, non si è dimostrato del tutto sufficiente, in particolare con rispetto ai sette momenti nella seduta per la casistica psicosomattica[23], quindi, in questo lavoro abbiamo anche questo aspetto, cioè, la revisione/costruzione di un strumento per la documentazione di questo tipo di ricerca.

---

[20] Per una descrizione di questi strumenti, si veda A. Meneghetti, *L'immagine e l'inconscio*, pp.13-18.
[21] Cfr. A. Meneghetti, *Manuale di Ontopsicologia, p.280-288.*
[22] Cfr. AZEVEDO, E. *L'In Sé ontico come critério della funzione di utilità economica nell'esperienza antropologica*. San Pietroburgo: 2007.
[23] MENEGHETTI, A., 1998, pp. 199-208.

5. CASI CLINICI

A.

Donna, 29 anni, sposata, senza lavoro. La paziente è arrivata dal medico nel agosto di 2008 per la valutazione nefrologica a causa della proteinuria acentuata e nocturia. Faceva riferimento a palpitazioni con diagnostico di prolasso mitrale e ipertensione arteriale sistemica. Non lavorava a causa di LSR (lesione da sforzo ripetuto). Senza storico di nefropatie nella famiglia, la madre però aveva diagnostico di ipertensione. Medicinali addoperati: hidroclorotiazida 25 mg, atenolol 25 mg e fluoxetina 20 mg. Nell'esame físico era notta 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 (enalaptil 10 mg 1 volta/giorno).

La paziente ha tornato con regularità per revisione e, nonostante la medicazione, i livelli di proteinuria persistevano. 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 na gravidanza, periodo nel quale ci fu sostanziale peggioramento del controllo della proteinuria, si provò l'utilizzo di corticoide, senza risposta clinica sodisfacente. Atualmente, la paziente sta sotto trattamento di medicinali otimizzati: estatina, bloccanti del reccettore di angiotensiva, inibitori enzima convertitrice di angiotensina, dieta hipocalorica, 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 della funzione renale.

Le persone di maggior influenza nella vita della paziente sono il padre, la madre, il marito e la bambina neonata. É curioso che la paziente dichiara voler meglio tutti quelli dell'elenco 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 (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. È significativo anche il fatto che la paziente stia discontente a livello proressionale-economico, ma si sente bene a livello affettivo. Quando chiesta su qualle problema ritiene il più importante da risolvere, non c'è dubbio nel dire "il problema del peso" e, doppo, 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 affontare il problema.

La paziente non ricorda 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 e si fece una retrospettiva dei fatti biografici: lei non aveva studi, ma era ambiziosa e voleva la casa, la machina ecc. Lavorava nella fabrica e, per avere l'approvazione e la stima del

capo, ha fatto troppe volte lunghi periodi senza riposo. Alcune volta sveniva. Pocco doppo le nozze, è stata alontanata dal lavoro a causa della LSR e resta a casa per diversi mesi. I guadagni vengono ridotti e incostanti. Da un medico all'altro, lei si sentiva molto frustrata. Circa due anni doppo, inizia il sintomo della compulsione alimentare e l'obesità. Cerca un medico dietologo e fa um trattamento pesante. Dimagrisce, però, allo stesso tempo, inizia la perdita della funzione renale. In sintesi: 1) 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 e dall'appoggio affettivo dalla famiglia porta la paziente finalmente al quadro di vita attuale. Chiesta se c'è un'altra cosa 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 (dalla LSF all'obesità, anche questi psisomatici), il ricercatore fa la sua raccomendazione pratica: la paziente è veramente in ritardo con se stessa e deve andare oltre l'opinione di tutti che diccono che lei deve 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 piasca 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.

Tre mesi doppo ritorna per valutazione clinica completamente assintomatica e soddisfata per esser stata liberata dal seguimento psicologico (per l'esparizione della compulsione alimentare) e anche della perizia medica statale, poiché si sentiva molto disposta. Aveva cominciato un lavoro autônomo e, con i soldi, voleva riprendere anche attività fisiche. L'esame físico ha rilevato pressione arteriale normale e nessun guadagno di peso. Si realizzò una nuova misurazione della proteinuria, rilevando una significativa riduzione: 1.782 mg/giorno. In situazioni cliniche come queste, nelle quali la terapia con i medicinali porta risultati incerti, diversi studi[24] indicano che gli sforzi devono direzionarsi alla riduzione della pressione intraglomerulare, la quale si manifesta attraverso la riduzione della proteinuria, essendo possibile ridurre la progressione della malatia. La tassa di progressione della malatia è più veloce quando gli indici della proteinuria eccedono la tassa nefrotica (> 3,0-3,5 g/dia). Questi stessi studi dimostrano che i pazienti che presentano il livello di proteinuria sotto 3000 mg/giorno – ritenutto come "rimissione parziale" – hanno una tassa di progressione simili a quella di pazienti cui livelli stanno sotto 1000 mg/giorno.

[24] Rekola, S. et al, Deterioration of GFR in IgA nephropathy as measured by 51Cr-EDTA clearance. Kidney Int 1991 Dec;40(6):1050-4; Donadio, J.V. et al, Proteinuria patterns and their association with subsequent end-stage renal disease in IgA nephropathy. Nephrol Dial Transplant 2002 Jul;17(7):1197-203; Reich, H.N. et al; Remission of proteinuria improves prognosis in IgA nephropathy. J Am Soc Nephrol. 2007 Dec;18(12):3177-83. Epub 2007 Oct 31.

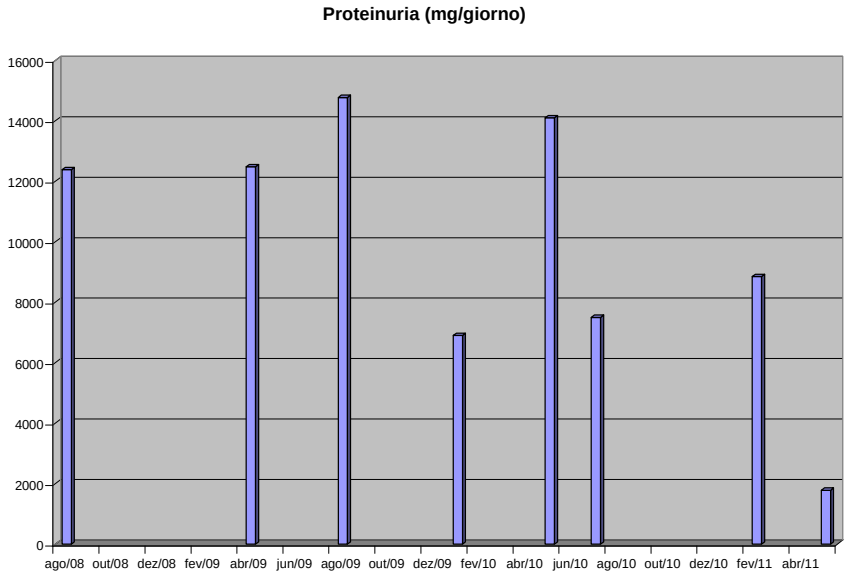


Figura 1: evoluzione del livello di proteinuria per il caso “A”.

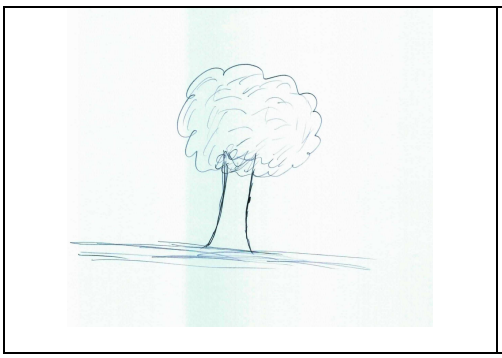
B.

Maschio, 45, sposato, tassista e autista executivo. Nel 2009, evolve con deteriorazione della funzione dell’innesto renale, elevazione della concentrazione di creatinina e proteinuria, determinando l’agravvamento del quadro di ipertensione arteriale sistemica. A jugno del 2009, la pressione arteriale diventa refrattaria al trattamento con medicine, notta 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 renali, 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 spesso uso di medicinali anti-infiammatorio. Doppo evolvere finno 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, nel 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 imunossupressori e doppo il trapianto di rene, ha avuto il diagnostico di “diabetes mellitus”, finno ad oggi in trattamento tramite insulina umana.

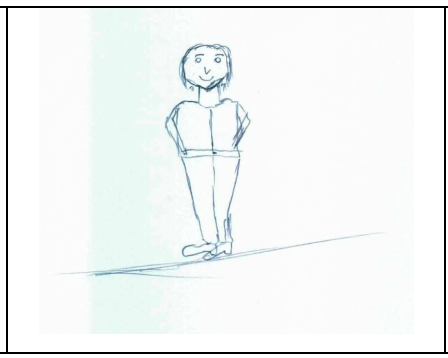
La biopsia renale, nela fase finale del trattamento con gli imunosupressori, non viene realizzata a causa di rischi di complicazioni emorragiche per un quadro clinico evolutivo progressivo di deteriorazione della funzione dell’innesto. Ha storico familiare positivo per la nefropatia. Il padre ha fatto emodialisi per iperuricemia/gota, ha avuto diagnostico di “diabetes mellitus”. La madre ha l’ipertensione arteriale sistemica e la sorela con quadro di ematuria microscopica senza perdita della

funzione finno 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). Atualmente il paziente si trova in trattamento dialitico regolare, con Kt/V (depurazione della urea) appropriato, oltre che la diabetes mellitus, profilo lipidico e pressione arteliale controlati, quindi, clinicamente stabile. Si è anche iniziata l'investigazione per un nuovo ingresso nella lista di attesa per trapianto dei reni con donatore cadavere.

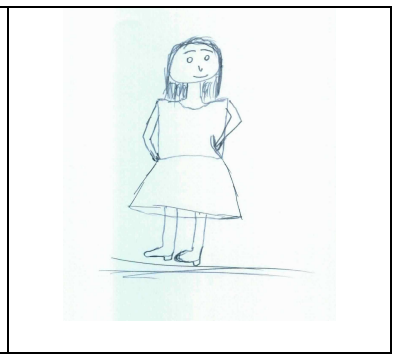
Fatta la sedutta, le persone di maggior influenza sono il padre, la madre e la moglie. Non compare l'unica figlia. Lui si ritiene benestante economicamente e non ci sono problemi oltre che la nefropatia. Per quanto riguarda i settori che il paziente investirebbe per cambiare: figli (0) – voleva avere più figli ma a causa della malatia ha smesso; studi (3) –voleva studiare, ma ha comminciato a lavorare ancora giovane per aiutare la famiglia e ha dovuto lasciare da parte questo proggetto; e lavoro (8) – voleva aver comminciato ciò che fa oggi prima. Il soggetto da i primmi accenni di qualle sia il settore dove sbaglia quando valuta la sua soddisfazione a livello affettivo. Afferma che succede una cosa per lui stranea, cioè, "avverto una grande difficoltà di manifestare tenerezza per mia figlia e per mia madre. C'è sempre una forma di riserva che non riesco a spiegare, ma che mi disturba". 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 manca volontà per affontare 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).



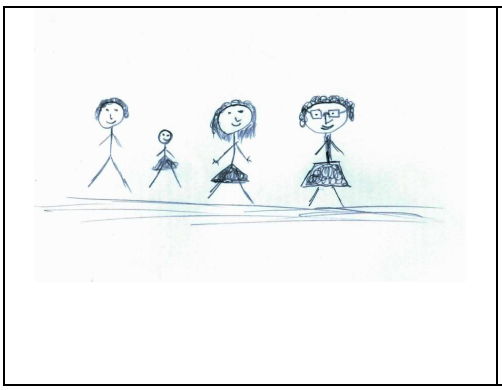
1) Un'albero



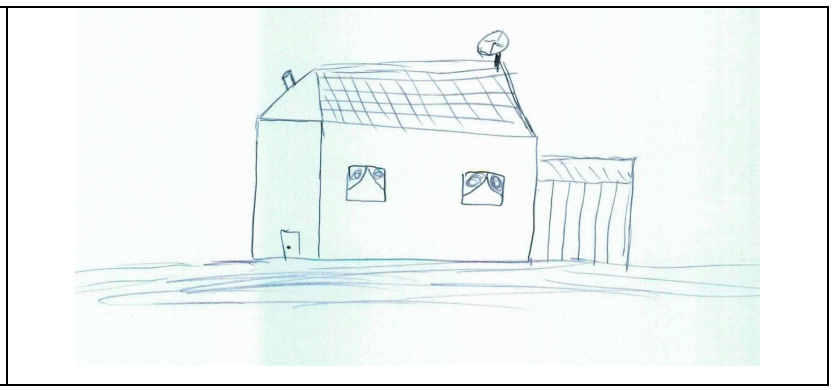
2) Un'uomo



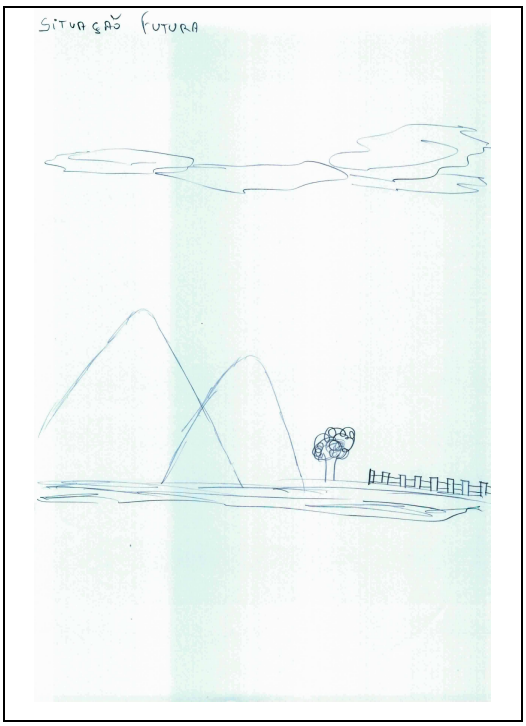
3) Una Donna



4) La famiglia di origine



5) La situazione atuale



6) La situazione futura

I disegni sono molto significativi della patologia e, inoltre, si tratta di un caso la cui risoluzione positiva è molto difficile. Sono stati confertamati alcuni dati per completare il quadro diagnostico:

- il padre ha vissuto per sostenere la famiglia, non era um tipo di molte parole e non usava dare niente a se stesso (è morto per nefropatia);
- il paziente iniziò a lavorare all'età di 14 anni, però ha lasciato gli studi e non dava, anche lui, niente del frutto del lavoro, a se stesso;
- all'età di 18 anni splode la prima crisi renale (calcoli);
- la madre ha sempre avuto molta paura che anche lui si amalassi.
- atualmente, la madre sta anche lei malata, e abita insieme a lui (stessa casa).

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

> Di solito (...) 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 traciato 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[25].

Tornando ai disgeni, si possono evidenziare alcuni aspetti:

1) l'albero (come simbolo della sua vita) non porta frutti;
2) l'uomo al disegno ha le mani propio appoggiando i reni, come si portasse um 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 migliore. Anzi, due monti incrociati (questa volta senza i "punti neri", cioè, "liberati"), un'alberto, una siepe e una nuvola in forma di uomo che galleggia nei cieli soppra, indicando forte ambivalenza.

[25] MENEGHETTI, A., 1998, p. 20.

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 rinforzzava il primatto dalla malatia con la “paura che lui avessi la stessa finne del padre”. Nei fatti concretti, tutta la sua vita era diventada 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”. Tutto questo in modo costante.

A questo punto, fu spiegato che la sua difficoltà di manifestare tenerezza verso la madre 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 approvvava e che doveva comminciare 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 giovanille, lo portò a una prolungatissima frustrazione esistenziale. La malatia, quindi, scatta come un processo automatico di difesa (reazione) alla incapacità del paziente di cambiare questo modello, che non produce altro che questa frustrazione.

L’unico ambito della sua vita dove ancora si dà delle cose – dove spende com se stesso – contraditoriamente in quello della malatia. Il paziente racconta allora un fatto recente per confermare che questa è precisamente la sua “forma mentis”. Egli dice: “Io amo le motociclete, non mi sono mai comperato una. Qualche settimana fa, ho regalato la mia motocicleta comperata da qualque mesi 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...”.

Anche in questo caso, il consiglio pratico è stato abastanza semplice: se il paziente vuole vivere l’amore per gli altri, deve imparare prima come amare se stesso. Altremente, la madre e la figlia finiscono come l’antitesi della sua propria felicità. È lui che si è irrigidito in quel ruolo, cui effetti poi sono la frustrazione esistenziale attraverso gli anni.

Nel secondo incontro, lui racconta il sogno di quella sera, il quale è abbastanza significativo: “Sto facendo l’esame per prendere la patente e l’esaminatore mi fa vedere dove sbablio. Penso: come mai posso aver sbabliato in queste cose elementari? Quando finisce l’esame, resto preocupato perché la mia machina è piccola – è un *kart* – e il motore ha forza per portare solo me. L’altra persona che mi accompagna deve restare li”.

6. CONCLUSIONE

Per quanto riguarda l’indagine etiologica delle nefropatie, l’applicazione di questo approccio innovativo ha rivellato la coincidenza che, in entrambi casi, si verifica un prolungato stato di frustrazione esistenziale, la cui motivazione va ritrovatta attraverso introspezione con ottica ontopsicologica. Questo può stimolare la curiosità della comunità medica per portare avante una ricerca più ampia, in via longitudinale e quantitativa.

In sintesi ultima:

1) Si riscontra la possibilità di indagine delle nefropatie attraverso introspezione ontopsicologica per capire se la frustrazione esistenziale prolungata è un elemento costante in queste patologia.
2) Per quanto rigarda le cause di questa frustrazione, si conferma che il problema originario è una incapacità dell'Io del soggetto di affontare certe situazioni in modo appropriato.
3) L'Ontopsicologia ha approntato una metodica specifica, che completa le attuali conoscenze dell'avanzata ricerca medica e 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 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 questo cerchio vizioso, però bisogna evoluire la conoscenza tecnica delle tre scoperte.