



CLINICAL

E. Sclauzero

RIASSUNTO

Scopo di questo studio è quello di dimostrare, attraverso una metodologia di ricerca scientificamente accettata e con evidenze statisticamente significative, come la Medicina Biologica possa offrire nei disturbi psicologici e psicosomatici alcune valide alternative alle terapie convenzionali con psicofarmaci.

La parte introduttiva, con i cenni storici, le correlazioni psicologiche e gli indirizzi terapeutici, pone la premessa da cui parte la ricerca, descritta, poi, nei suoi tempi evolutivi, nel capitolo "Materiali e Metodi".

Nel Capitolo "Risultati" vengono presentati i dati relativi a 120 casi, l'elaborazione dei dati stessi e le significatività statistiche. I risultati vengono comparati nel Capitolo "Discussione", ove se ne evidenziano i più rappresentativi e si sottolinea l'assenza di effetti collaterali. I Rimedi floreali di Bach, i preparati omeopatici ad alta diluizione, i Compositum e gli Homaccord, come pure una corretta integrazione con oligoelementi e vitamine, associati alla Psicoterapia ad Integrazione Corporea, contribuiscono al raggiungimento del benessere psicofisico individuale.

Viene presentato un test per la evidenziazione degli atteggiamenti comportamentali alterati correlati ai relativi rimedi floreali di Bach e le evidenze statisticamente significative tra questi atteggiamenti comportamentali alterati e i visusti psico-fisiologici, sociali, relazionali, le somatizzazioni riferite e le sindromi psichiatriche evidenziate dai test psicometrici.

La discussione finale propone un nuovo concetto del "curare" come personalizzazione della terapia applicata all'individuo inteso come entità vibrazionale strettamente correlata all'ambiente e con esso interagente.

PAROLE CHIAVE

PSICOSOMATICA, SOMATOPSICHICA, MEDICINA BIOLOGICA, PSICOBIOLOGIA, OMOTOSSICOLOGIA, FIORI DI BACH, PSICOTERAPIA AD INTEGRAZIONE CORPOREA

SUMMARY: The aim of this trial is to prove how Biological Medicine may offer significant alternatives to traditional allopathic treat-

APPROCCIO NON CONVENZIONALE AI DISTURBI PSICOLOGICI E PSICOSOMATICI: SINERGIA TRA PSICOTERAPIA AD INTEGRAZIONE CORPOREA, OMOTOSSICOLOGIA E FIORI DI BACH

*NON CONVENTIONAL APPROACH TO PSYCHOLOGICAL
DISORDERS: SYNERGY BETWEEN BODY INTEGRATION
PSYCHOTHERAPY, HOMOTOXICOLOGY AND BACH FLOWERS*

ments by psychotropic drugs in patients suffering from psychological and psychosomatic disorders; the research methodology applied is scientifically accepted and many statistically significant cases will be presented.

The introduction, together with the historical background, the psychological correlations and the different therapeutic treatments makes up the framework of the research study itself. This is described in all its developing stages in Chapter "Materials and Methods". In Chapter "Results", data related to 120 clinical cases, their processing and the inferred significant statistics are illustrated; moreover, in Chapter "Discussion" the most prescribed therapies are pointed out, their results compared, the best outcome and the absence of side-effects highlighted. Bach flowers remedies, the highly diluted homeopathic drugs, the Compositum and the Homaccord, as well as an adequate integration with trace elements, vitamins and phytotherapy reme-

dies along with Integrative Body Psychotherapy lead up the person to a psycho-physical well-being.

A test is illustrated to point out behavioural disorders related to Bach flowers remedies and the statistically significant proofs between the above-mentioned disorders and the psycho-physiological, social and relational experiences, the reported psychosomatic disturbances and the psychiatric syndromes highlighted by the psychometric tests.

The final discussion suggests a new concept of "treating and caring", involving an utmost personalization of the therapy, which has to fit the problems and disorders the patient outlines; any patient has to be considered as a vibrational entity strictly connected with the whole interactive environment.

KEY WORDS: PSYCHOSOMATIC, SOMATOPSICHIC, BIOLOGICAL MEDICINE, PSICOBIOLOGIA, HOMOTOXICOLOGY, BACH FLOWERS, BODY INTEGRATION PSYCHOTHERAPY

INTRODUZIONE

I neurolettici, con la loro schermatura sensoriale a livello della *sostanza reticolare* e le benzodiazepine, con la desensibilizzazione dei livelli di percezione dell'allerta e vigilanza a livello del *Talamo e Sistema limbico*, avvolgono la persona nella nebbia dell'apatia e dell'indifferenza affettiva (36); l'illusione di risolvere un sintomo come l'attacco di panico, conducono il paziente verso la "fobofobia" (paura di avere paura) ed un atteggiamento mirato ad evitare i problemi da affrontare per sconfiggere il panico (1). L'azione antipsicotica dei neurolettici si manifesta solo nei pazienti psicotici dopo alcune settimane di terapia; è esperienza comune come timolettici e antidepressivi vengano somministrati troppo e senza ragione nelle turbe depressive non psicotiche in cui la psicoterapia rappresenta la vera terapia causale (33). La stessa necessità ossessiva di dover classificare e codificare i pazienti all'interno di un DSM (Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali,

giunto ormai alla 4ª edizione), pur pratica dal punto di vista nosografico, è una vera e propria spersonalizzazione della univoca e singolare esperienza di vita che ogni persona porta con sé ed in sé (20, 57).

L'ansia non va considerata come sintomo o patologia, ma come necessario meccanismo di difesa che si esprime attraverso la percezione di malessere o di *mal d'essere* che insorge quando si sperimenta una nuova situazione. Questo meccanismo di difesa mette in moto tutte le nostre capacità, consentendo di adeguarci positivamente al nuovo "status". La mancanza di reazioni ansiose trasformerebbe la realtà in un *quid* completamente banale o meccanico (2).

Secondo le teorie di Selye sulla sindrome di adattamento cronico allo stress (FIG. 1) qualora, in seguito ad uno shock, non avvenga la conflitto-lisi (CL) ad interrompere (entro 9 mesi) l'evoluzione del conflitto stesso, lo stress può cronicizzarsi e portare ad alterazioni permanenti sia delle strutture psicologiche, sia di quelle organico-funzionali (44). Il prediligere l'uno o l'altro *canale* (64) di risposta allo

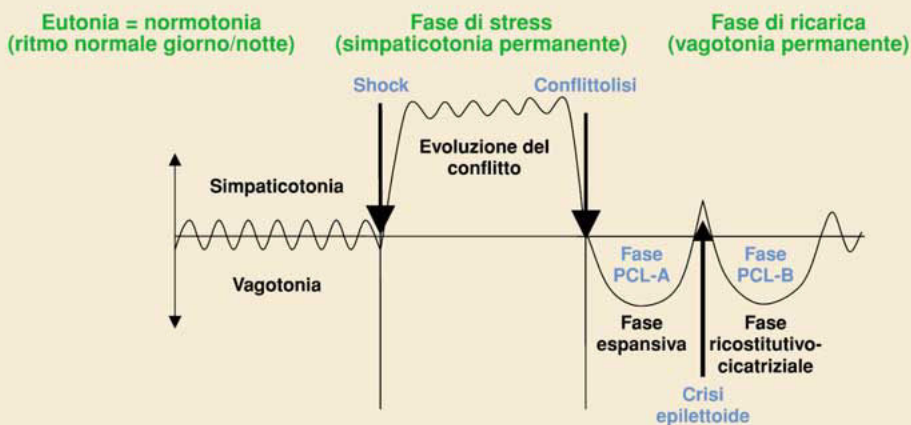
stress convoglia la tensione verso l'organo costituzionalmente più debole e in bio-risonanza (27) con quell'area del cervello sottoposta a stress, attivando una risposta di **tipo fisico** qualora gli *stressors* non perdurino per un tempo eccessivo (stress acuto) o una risposta di **tipo fisico** se il perdurare degli *stressors* supera la capacità di risposta psico-neuro-endocrino-immunitaria (stress cronico), andando a perturbare la capacità di adattamento biopsicosociale.

La risposta ai fattori stressogeni si esplica essenzialmente attraverso due modalità in relazione alla prevalente attivazione del sistema orto o parasimpatico: nel caso in cui la reazione dell'individuo sia finalizzata verso una reazione di lotta o fuga, la risposta PNEI sarà caratterizzata dalla prevalenza del sistema ortosimpatico attraverso la motivazione all'azione e quindi al superamento dello *stressor*; un comportamento passivo, indirizzato alla sottomissione nei confronti dello stressore, conduce ad una situazione di adattamento e di accettazione con una risposta PNEI condizionata dalla prevalenza delle attività parasimpatiche. In questo caso, l'individuo si prepara

Sindrome di Adattamento Cronico allo Stress, sec. Selye.

FIG. 1

SINDROME DI ADATTAMENTO CRONICO ALLO STRESS (SELYE)



Dopo un trauma emotivo (*shock*) si instaura la fase del conflitto attivo (*fase di stress*) o di simpaticotonia permanente (*delle mani fredde*) che determinerà l'evoluzione del conflitto; quanto più perdurerà nel tempo, tanto più determinerà il prolungarsi della fase di rilassamento (*fase di ricarica*) o di vagotonia permanente (*delle mani calde*).

Alla soluzione del conflitto (*Conflitto-Lisi*) segue la fase di riparazione o di vagotonia permanente (*fase di ricarica*) o (*Post-Conflitto-Lisi = PCL*). Nel mezzo della fase di riparazione, la vagotonia permanente è interrotta dalla *crisi epilettica* o *epilettoide* (piccola fase di simpaticotonia) che rappresenta la virata verso il ritorno alla normalità. Da questo momento l'organismo tende di nuovo a ripristinare tutte le proprie funzioni e rientra, alla fine delle fasi di riparazione, nel ritmo normale giorno/notte (simpaticotonia/vagotonia). La crisi epilettica avviene perché, dal focolaio al bersaglio (vasocostrizione e fenomeni elettromagnetici), nella fase di vagotonia compare un edema cerebrale lieve (*fase PCL-A*) che determina il "mal di testa"; nella fase epilettica tale edema viene "spremuto": si scarica la tensione a livello somatico secondo la legge di Hering, permettendo la ricostituzione cicatrizziale del Focolaio di Hamer (*fase PCL-B*), secondo cui ad ogni shock psichico corrisponde un'area del cervello che si attiva e si scarica a livello di un organo bersaglio.

ra a subire lo stressore restando immobile, non consentendo all'emozione (paura, rabbia) di attivare i sistemi motori finalizzati alla lotta o fuga, impedendo la dissipazione dell'energia emozionale nel movimento (15).

Le immagini PET (tomografia ad emissione di positroni) mostrano che ogni qualvolta sentiamo qualcosa, oppure interagiamo con l'ambiente, si verificano cambiamenti nel funzionamento cerebrale, cambiamenti simultanei nell'attività autonoma, in quella neuromorale ed in quella immunologica (25). Stimoli a contenuto emotivo inducono una risposta selettiva di alcune aree cerebrali, in particolare dell'*amigdala* ed altre strutture del *Sistema limbico* in connessione con l'*amigdala*. Alterazioni funzionali o lesioni anatomiche delle stesse sono state chiamate in causa in alcune patologie mentali, dalla fobia sociale ai disturbi di personalità e del comportamento (50). Anche i disturbi psichiatrici con le loro diverse implicazioni neuro-ormonali sono evidenziati dalla SPECT (43). Anche se molte patologie organiche possono inizialmente manifestarsi con sintomatologia psichi-

ca – e per questo la diagnosi differenziale è obbligatoria e discriminante (51) – l'incertezza del medico nella valutazione dei disturbi funzionali comporta, molto spesso, per i pazienti, la ripetizione di esami di laboratorio e di accertamenti strumentali nel tentativo di identificare una causa organica che giustifichi la clinica (52).

Quando un disturbo viene diagnosticato come *funzionale o psicosomatico* senza ulteriore analisi, il paziente si sente insoddisfatto e qualsiasi sforzo terapeutico è destinato a fallire; ciò avviene per esplicita volontà del paziente di conoscere la causa reale del proprio problema, la cui natura psico-emotiva difficilmente viene accettata (61).

Di qui la necessità di soddisfare il bisogno di organicità del paziente (22) che più facilmente accetta di essere trattato per una "*contrattura muscolare*" o una fibromialgia (59) piuttosto che per una "*tensione muscolare*" (riconoscendo nelle due versioni della stessa situazione clinica una diversa origine: organica la prima, psichica la seconda).

La percezione algica è un segnale di minaccia di attacco all'integrità fisica:

al pari dell'angoscia è integrata mentalmente e percepita in funzione delle esperienze passate e di una situazione psichica attuale, affettiva e cenestesica (66). Dal momento che la malattia psicologica è spesso somatizzata, il significato del sintomo e della malattia deve essere preso in considerazione, innanzitutto, come comunicazione (42) e, come specifica Luban-Plozza, "*si badi bene non al linguaggio del corpo riferito dal paziente, ma al linguaggio mostrato dal corpo del paziente*", perché è quello che il terapeuta deve comprendere (35; 36). Quella corporea è, senza dubbio, la prima forma di comunicazione; attraverso il contatto pelle a pelle si comunica con il bambino: con questo tipo di comunicazione, costituita da sentimenti di fiducia e di amore, il bambino trova la giusta via per sviluppare appieno le proprie capacità psicofisiche anche a dispetto della contraddittorietà tra il nostro linguaggio verbale (razionale) ed il nostro atteggiamento psicofisico (emotivo) nei suoi confronti (17). Questi messaggi sensoriali, che per milioni di anni sono stati la principale forma di comunicazione de-

PSICOSINTESI E FLORITERAPIA (BACH)

FIG. 2

Psicosintesi e Floriterapia di Bach.

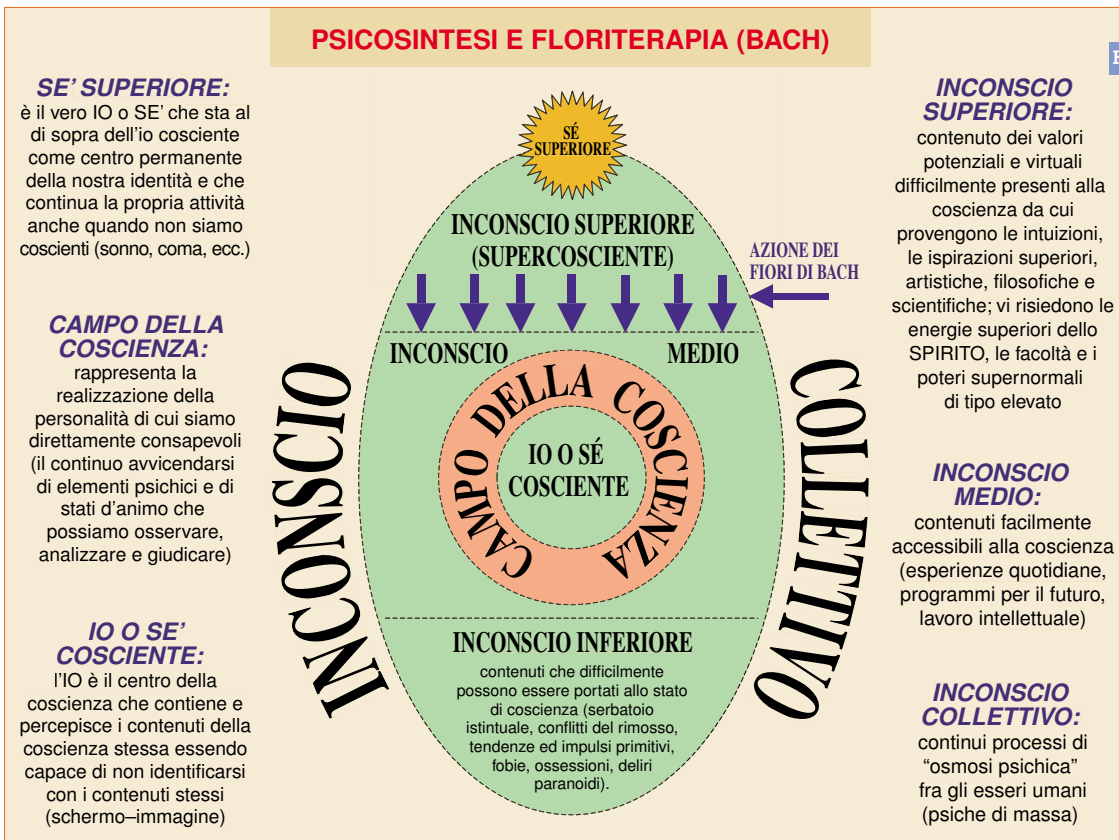
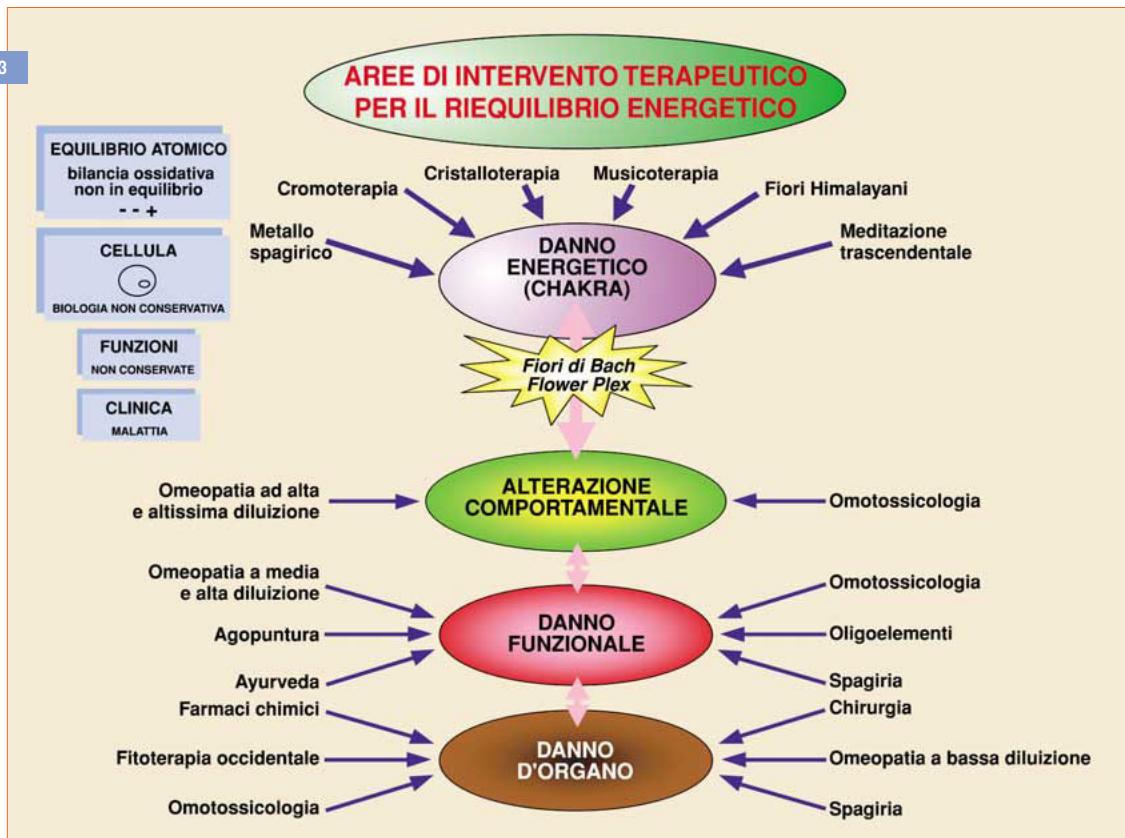


FIG. 3

Are di intervento terapeutico per il riequilibrio energetico in funzione della progressione della malattia.



gli esseri viventi, prima dell'introduzione del linguaggio logico-verbale, giocano un ruolo di primo piano nell' "incontro-scontro" delle persone ed è nel saper decodificare correttamente questi messaggi che la persona potrà essere più vera, diretta e consapevole, di quello che "prova" e di quello che "sente", nelle relazioni con gli altri: il corpo parla attraverso mille sfumature del proprio atteggiarsi, proporsi, darsi e negarsi... (62). Questo linguaggio cerca di comunicare, mediante voci indirette, i conflitti interiori che non possono essere esteriorizzati (23); una loro corretta lettura (26) non può prescindere dalla collocazione degli stessi nell'ambito di un contesto armonico di tutti gli aspetti della personalità umana (fisico, emotivo, mentale e spirituale) quale quello tracciato da Assagioli (4; 5) nel suo concetto di **psicosintesi** (FIG. 2) e alla base delle ricerche della **psicologia transpersonale**, in particolare sviluppata da Ken Wilbert (68). Nella concezione psicosintetica (5) e negli sviluppi successivi della psicologia transpersonale (6), la psiche è vista come interezza bio-psico-spirituale (3) ed i problemi della salute

sono analizzati nelle complesse trame di relazioni istintuali, affettive, mentali, spirituali, sociologiche e cosmiche (58). Arriviamo, così, a quella che oggi è definita "PSICOBIOLOGIA", intesa come studio della relazione "mentecorpo-ambiente" secondo una prospettiva evolutiva ed ecocentrica, dove il termine "Psicosomatica" è sostituito dal concetto "mentecorpo" per sottolineare il superamento di un dualismo **inesistente** all'interno di quella unità funzionale che è la "Persona" intesa come **essere fisico-energetico-pensante**. Ecco allora che la coscienza non è un luogo fisico – e non va confusa con la mente – suo strumento (45; 46), ma un tempo e una frequenza (~ 40 Hertz) che accorda le diverse sensazioni all'unisono (34). È proprio questa "attivazione bioenergetica" della coscienza che condurrà la persona verso quello stato di consapevolezza del Sé indispensabile per il riequilibrio e recupero della salute psicofisica. Ogni atto terapeutico, dunque, deve tener necessariamente conto dello "status" del soggetto nel "qui e ora" in cui lo stesso giunge alla nostra osservazione: elemento essenziale per un

corretto atteggiamento terapeutico è la corretta lettura della persona in tutti gli aspetti e una giusta collocazione dei sintomi riferiti nell'ambito di un processo patologico evolutivo da inquadrare correttamente nella Tavola delle Omotossicosi. Il passaggio successivo è rappresentato dalla "Strategia Terapeutica Globale" (13) da utilizzare su quel paziente per aumentare il "suo" Livello Energetico di Base (FIG. 3). L'indagine iniziale sul paziente deve essere quanto più completa possibile sia sul versante psicologico che su quello fisiologico (14); pertanto, per poter incidere in maniera significativa sui vissuti della persona, è estremamente importante avere un quadro esaustivo dell'**archivio psico-biologico-relazionale** del paziente. Per ottenere queste informazioni in un tempo significativamente breve, al di là del primo colloquio, in cui forniamo tutte le chiarificazioni possibili sulle terapie biologiche e richiediamo un consenso informato qualora il paziente decidesse di aderirvi, consegnamo una **batteria** di tests psicometrici (FIG.4) che il paziente elaborerà a domicilio assieme ad un Questionario Anamnestico e

Psicosomatico (7; 16; 37; 38; 41; 67; 69). Le risposte fornite vengono in seguito computerizzate per l'elaborazione finale comprendente la stesura di una relazione di personalità, che viene consegnata all'interessato, e alla evidenziazione dei disturbi psicobiologici presenti che saranno oggetto di intervento terapeutico sia di tipo prescrittivo (rimedi omotossicologici, Fiori di Bach, fitoterapici, ecc.) che psicoterapeutico. I rimedi omeopatici ed omotossicologici rappresentano un'importante opzione terapeutica potendo, nella varietà di effetti di tipo e diluizione, determinare una sinergia ed una strategia terapeutica non altrimenti ipotizzabile con i farmaci di sintesi.

I Fiori di Bach (39), le combinazioni dei Flower Plex e moltissimi rimedi omeopatici, soprattutto alle alte diluizioni (54), sono estremamente attivi a livello mentale, specialmente indicati in numerose psicosomatizzazioni che caratterizzano i quadri ansioso-depressivi (24). Tale effetto è legato ad una azione di tipo elettromagnetico della sostanza diluita che si esplica precipuamente sul Sistema Nervoso. A loro volta, i rimedi omotossicologici sono composti da varie sostanze in bassa diluizione che agiscono secondo le leggi della biochimica influenzando direttamente le funzioni cellulari (12;13; 55) o, nel caso degli Homaccord, con implicazioni sul fisico, sulla funzione e sullo stato mentale correlato. È sempre più evidente l'esistenza di nessi tra fattori del metabolismo intermedio e alterazioni psichiche; i "Compositum", che agiscono da regolatori sui sistemi enzimatici (56), offrono concrete possibilità di impiego in campo psichiatrico.

La **Psicoterapia ad Integrazione Corporea**, infine, è una delle tecniche di massaggio da noi utilizzate unitamente e sinergicamente alle altre terapie della Medicina Biologica, in particolar modo l'utilizzo in campo psicologico dei **Rimedi Floreali di Bach** (8; 9; 18; 29; 30; 32; 47; 60; 65) e l'**Omotossicologia** (10; 11; 13; 21; 40; 53). Questa tecnica di massaggio soddisfa il bisogno di *organicità* del paziente: associata alla comunicazione di messaggi, verbali e

non, permette al terapeuta l'utilizzo di tecniche bioenergetiche atte al riequilibrio del paziente nelle proprie componenti essenziali: corpo fisico, corpo eterico, corpo astrale, organizzazione dell'lo (28).

La psicoterapia ad integrazione corporea o IBP (*Integrative Body Psychotherapy*) è una disciplina sviluppata da Jack Rosenberg, Beverly Kitaen Morse e Marjorie Rand (31), che utilizza la "via emotiva" come chiave di apertura delle porte chiuse, ossia dei blocchi psicoemotivi, consci o inconsci. Questo sblocco psicoemotivo avviene tramite l'utilizzo di alcune metodiche di rilassamento e consapevolizzazione attuate durante la seduta in maniera diversificata in funzione delle problematiche e della capacità di introspezione del soggetto (FIG. 5). Il massaggio psicoterapeutico parte dal presupposto di entrare in contatto con la persona (FIG. 6) e con i suoi vissuti attraverso il corpo del paziente e, attraverso questo, stabilire il rapporto psicoterapeutico mediante una comunicazione del tipo "toccare" (49). È una forma di contatto che può rico-

struire l'immagine di se stessi e del proprio schema corporeo con tutte le implicazioni correlate. In questo tipo di psicoterapia si passa quindi **dalla parola al gesto**: non vi è più solo il dialogo, come in altre forme di psicoterapia, ma anche il "corpo-paziente" e il "corpo-terapeuta" (48).

Il terapeuta diventa il catalizzatore dell'evoluzione del paziente e questo implica che egli riconosca il proprio coinvolgimento emotivo e lo consideri elemento di conoscenza di sé e dell'altro, in un processo di distinzione di sé dall'altro (63). La comprensione dello stato emotivo del paziente attraverso un "ascolto empatico" permette di individuare più facilmente le strategie terapeutiche per aiutarlo a superare la sofferenza ed il disagio psicologico.

MATERIALI E METODI

Lo studio prende in esame l'analisi dei test psicometrici elaborati negli ultimi 3 anni da pazienti del Servizio di psicoterapia prestati presso il nostro ambu-

BATTERIA PSICOMETRICA

FIG. 4

- **M.M.P.I.** (Minnesota Multiphasic Personality Inventory);
Test di Lüscher (8F e 16F o delle tessere colorate);
- **M.A.S.** (Manifest Anxiety Scale di Taylor);
- **P.A.R.I.** (Parental Attitude Research Instruments di Schaefer e Bell);
- **S.D.S.** (Self – rating Depression Scale di Zung);
- **Q.E.** (Quoziente Emotivo: scala da noi estrapolata in base alle indicazioni da "Il Quoziente Emotivo" di Filliozat);
- **FLORI TEST** (Questionario da noi redatto seguendo le descrizioni caratteriali corrispondenti ai singoli fiori sec. Bach);
- **QUESTIONARIO ANAMNESTICO E PSICOSOMATICO** (da noi redatto per indagare sui possibili disturbi psico-fisico-emotivo-relazionali presenti e passati nella storia evolutiva dell'individuo);
- **CONSENSO INFORMATO** (richiesta di esprimere, dopo adeguata informazione verbale, la propria adesione o rifiuto ad un "approccio biologico" ai disturbi eventualmente evidenziati dalla batteria di test e/o sull'utilizzo contemporaneo di psicofarmaci).

Batteria Psicometrica utilizzata e consegnata durante il counseling iniziale.

latorio o da eventuali afferenti per patologie fisiche cui veniva proposto un intervento psicoterapeutico. Per ogni paziente sono stati registrati su un *data base*, oltre ai risultati della suddetta batteria di tests, i dati socio-anagrafici, la distribuzione socio-ambientale (scolarità, lavoro), i dati anamnestici psicosomatici (sonno, disturbi fisici con intensità e frequenza), quelli relativi allo sviluppo psico-fisico-relazionale (infanzia, educazione, informazioni), il vissuto della sessualità, i risvolti lavorativi e relazionali, l'approccio terapeutico, il *drop-out*, le terapie prescritte e la dura-

ta delle stesse. Questi dati sono stati oggetto di estrapolazione ed elaborazione per classi di significatività. L'analisi statistica dei risultati è stata effettuata mediante il test del χ^2 o, qualora non applicabile, mediante il metodo esatto di Fisher o il χ^2 con correzione di Yates (19).

L'iter terapeutico del paziente viene riportato in **FIG. 7**: un tale impegno psicologico, emotivo ed economico, non viene sempre accettato; ad una prima indagine notiamo come 20 (14,3%) dei 140 afferenti per il *counseling* iniziale non si ripresentano e **non riportano la**

batteria di tests loro consegnata per la compilazione a domicilio; questa rinuncia a nostro avviso non inficia eccessivamente i risultati terapeutici: permette di intraprendere un lavoro proficuo con persone, almeno inizialmente, ben motivate e di non perdere tempo con coloro che concepiscono, a livello conscio o inconscio, la malattia come un *escamotage* per non assumersi responsabilità che la vita presenta loro. La prescrizione terapeutica è stata formulata in base alla sintomatologia evidenziata sia dalla elaborazione della batteria di tests psicometrici compilati a domicilio, sia dal colloquio e dalla visita del paziente e si avvaleva di più **classi** di rimedi e, all'interno della stessa classe, di più **tipi** di rimedi: poichè ogni prescrizione è unica e singolare come la persona che la riceve, è improponibile descrivere singolarmente le terapie prescritte, spesso modificate nel tempo, in funzione dei sintomi di volta in volta riscontrati; ci limitiamo ad elencare sinotticamente i rimedi più frequentemente utilizzati, lasciando quelli prescritti in maniera sporadica o episodica. Le classi utilizzate vengono riportate in **FIG. 8**.

Esaminiamo le 120 batterie di tests psicometrici a noi pervenute dopo la prima seduta di *counseling* (**TAB.1**): 60 (50%) persone afferivano per richieste di intervento psicologico personale, 40 (33,3%) per malattie somatiche e 20 (16,7%) per

**PSICOTERAPIA AD INTEGRAZIONE CORPOREA
METODOLOGIA TERAPEUTICA**

- 1. ATTENZIONE:** Consapevolezza del proprio corpo (contatto) portandosi dal campo della coscienza (idee, pensieri) all'IO e SE' COSCIENTE (sensazioni).
- 2. MOVIMENTO E RITMO:** Effetto meccanico del massaggio in sincronia con la musica di sottofondo specifica per il problema → Reazioni e scariche abreatorie (motorie, sensitive, secretive e viscerali).
- 3. SUONI E VOCE:** Effetti vibrazionali della musica e della voce del terapeuta che guida le associazioni di idee ed il respiro.
- 4. RESPIRO:** Tipo training autogeno, fulcro per far leva sulle emozioni attraverso il massaggio viscerale che, applicato sul plesso solare, smobilita i vissuti emotivi somatizzati.
- 5. OLFATTO:** Attivazione sensoriale tramite l'utilizzo degli oli essenziali scelti secondo i disturbi del paziente.

FIG. 5

**Psicoterapia ad
Integrazione
Corporea:
metodologia
terapeutica.**

**PSICOTERAPIA AD INTEGRAZIONE CORPOREA
INTERAZIONI PSICOTERAPEUTICHE**

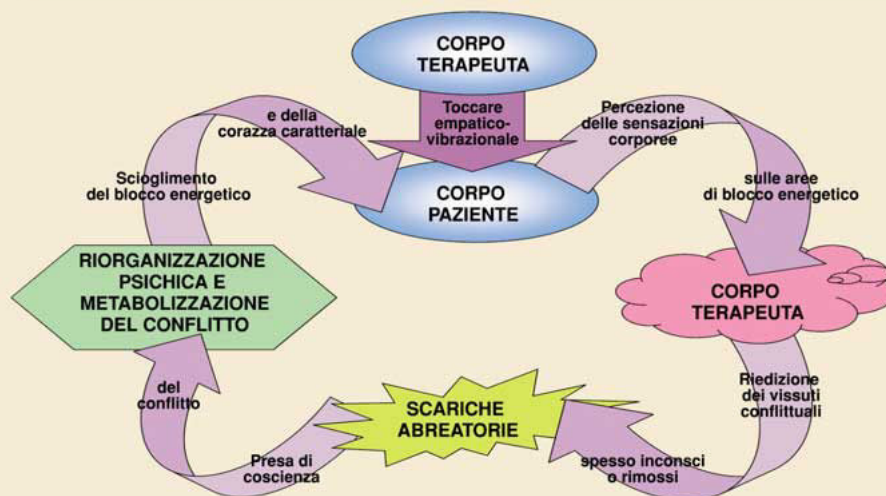


FIG. 6

**Psicoterapia ad
Integrazione
Corporea:
interazioni
psicoterapeutiche.**

FIG. 7

FASI TERAPEUTICHE

1. Fase diagnostica (preliminare alla presa in carico) che attuerà le seguenti tappe:

- o colloquio e consegna della batteria di tests psicometrici;
- o elaborazione computerizzata della batteria di tests;
- o relazione al paziente dei conflitti rilevati e proposta terapeutica globale finalizzata al problema.

2. Fase terapeutica (successiva alla presa in carico) che comprenderà lo sviluppo delle seguenti condizioni:

- o adesione alla prescrizione terapeutica domiciliare;
- o motivazione al processo di cambiamento;
- o consapevolezza dei propri vissuti emotivi;
- o contratto terapeutico riverificabile nel tempo;
- o liberazione del Bambino Interiore;
- o ridecisione comportamentale;
- o riapprendimento emotivo-comportamentale.

3. Fase terminale (conclusione) con passaggio alla consultazione a richiesta:

- o ridefinizione degli obiettivi con congedo terapeutico e consultazione a domanda e/o tematica.

Fasi terapeutiche dell'iter psicoterapeutico.

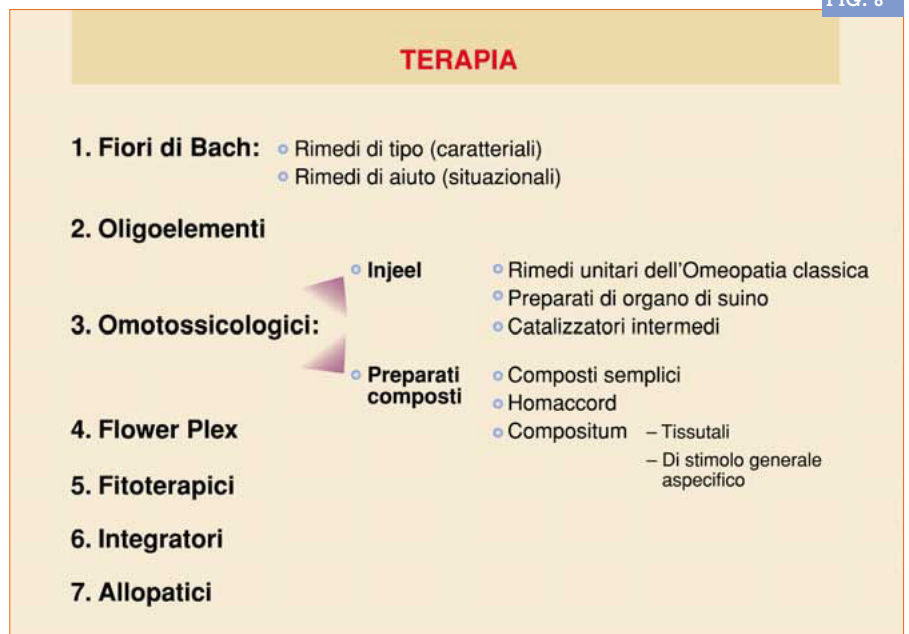
Terapia prescrittiva di massima per classi terapeutiche affiancata alla Psicoterapia ad Integrazione Corporea.

psicoterapia relazionale di coppia. Nelle **TABB.** da **8α** a **9b**; da **18α** a **19b**; **20**, **22α** e **22b** sono evidenziate in giallo le correlazioni statisticamente significative oltre alla percentuale di errore contrassegnata da $p < \dots$

RISULTATI

L'età media della popolazione di studio, costituito da **120 casi**, è di $34,47 \pm 9,19$ (DS) anni con minimo di 16 anni per le 2 persone più giovani e massimo di 61 anni per le 2 persone più anziane. Valori analoghi di età media sono stati rilevati nei 3 Gruppi precedentemente indicati come classi di intervento (**TAB. 2**). Per quanto riguarda le caratteristiche socio-demografico-culturali del campione, abbiamo considerato il sesso, lo stato civile, il grado di scolarità e la professione (**TAB. 3**). Il campione è rappresentato prevalentemente da femmine (**100 ♀**, **20 ♂**): a nostro avviso, questo dato è dovuto non solo alla specializzazione dell'Autore, ma anche al fatto che il numero delle femmine colpite da disturbi ansioso-depressivi o somatizzazioni sia maggiore rispetto agli individui di sesso maschile che, più difficilmente e con maggiore reticenza, si rivolgono allo psicoterapeuta se non in condizioni gravi.

FIG. 8



RICHIESTE	MASCHI		FEMMINE		TOTALE	
	N°	%	N°	%	N°	%
SINTOMI PSICHICI	7	35,0	53	53,0	60	50,0
SINTOMI SOMATICI	3	15,0	37	37,0	40	33,3
TERAPIA DI COPPIA	10	50,0	10	10,0	20	16,7
TOTALE	20	100,0	100	100,0	120	100,0
		16,7		83,3		100,0

TAB. 1
Analisi della domanda in base alle batterie psicometriche pervenute dopo il counseling iniziale per intervento terapeutico.

TAB. 2
Età ed età media
dei pazienti.

ETÀ DOMANDA	< 25 ANNI		25-34 ANNI		35-44 ANNI		> 44 ANNI		ETÀ MEDIA		TOTALE	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	ANNI	± DS	N°	%
SINTOMI PSICHICI	12	70,5 20,0	21	43,7 35,0	19	47,5 31,7	8	53,3 13,3	33,68	10,09	60	50,0 100,0
SINTOMI SOMATICI	4	23,5 10,0	19	39,6 47,5	11	27,5 27,5	6	40,0 15,0	34,70	9,25	40	33,3 100,0
TERAPIA DI COPPIA	1	6,0 5,0	8	16,7 40,0	10	25,0 50,0	1	6,7 5,0	34,55	5,94	20	16,7 100,0
TOTALE	17	100,0 14,2	48	100,0 40,0	40	100,0 33,3	15	100,0 12,5	34,47	9,19	120	100,0 100,0

CARATTERISTICHE	MASCHI		FEMMINE		TOTALE		
	N°	%	N°	%	N°	%	
SESSO	20	16,7	100	83,3	120	100,0	
STATO CIVILE	Celibe / Nubile	6	30,0	36	36,0	42	35,0
	Coniugato / Coniugata	13	65,0	47	47,0	60	50,0
	Vedovo / Vedova	0	0	4	4,0	4	3,3
	Separato / Separata	1	5,0	9	9,0	10	8,4
	Divorziato / Divorziata	0	0	4	4,0	4	3,3
TITOLO DI STUDIO	Licenza elementare	0	0,0	5	5,0	5	4,2
	Scuola media inferiore	6	30,0	43	43,0	49	40,8
	Scuola media superiore	14	70,0	44	44,0	58	48,3
	Diploma o Laurea	0	0,0	8	8,0	8	6,7
PROFESSIONE	Disoccupato	1	5,0	10	10,0	11	9,2
	Impiegato	11	55,0	38	38,0	49	40,8
	Casalunga	0	0,0	9	9,0	9	7,5
	Operaio - Agricoltore	3	15,0	19	19,0	22	18,3
	Insegnante	1	5,0	6	6,0	7	5,8
	Studiante	0	0,0	6	6,0	6	5,0
	Artigiano - Libero professionista	4	20,0	12	12,0	16	13,4

TAB. 3

Caratteristiche socio - demografico - culturali dei pazienti.

L'utilizzo di psicofarmaci, al momento del *counseling*, era molto diffuso (46,7%) (TAB. 4. * $p < 0,001$) soprattutto tra coloro che manifestavano sintomatologia psichica. Tale utilizzo, nel corso della terapia, si è significativamente ridotto (TAB. 5. * $p < 0,01$), praticamente azzerandosi, in coloro che intraprendevano con costanza una collaborazione terapeutica (TAB. 6. * $p < 0,001$).

La presenza di manifestazioni algiche, molto spesso riferite (TAB. 7. * $p < 0,05$), ci ha spinti ad una analisi più approfondita: anche se evidenziabili in buona parte dei pazienti, queste si presentano soprattutto nei pazienti "somatici", manifestandosi in diversi distretti corporei si-

multaneamente. La loro localizzazione in un particolare distretto corporeo, l'intensità del dolore e la frequenza di comparsa, hanno ottenuto – in alcuni casi – alcune correlazioni statisticamente significative. In TABB. 8a e 8b sono riportati sinotticamente i dati principali: si evidenzia come la percezione di dolore generalizzato sia statisticamente significativa nei soggetti con atteggiamento paranoide, correlata ad alti punteggi nella scala dell'ansia manifesta (M.A.S.) e a scarsa capacità di espressione delle proprie emozioni. Le somatizzazioni algiche in uno o più distretti sono associate agli stati nevrotici, rifiuto del ruolo casalingo e bassa media dei punteggi nel

quoziente emotivo. La costante presenza delle algie è correlata alla scala della schizofrenia, a quella della depressione, a quella dell'ipocondria e al rifiuto del ruolo casalingo: l'intensità dolorifica delle stesse è correlata alla presenza di depressione, tendenza alla devianza psicosociale e a bassa autostima. La localizzazione addominale è tipicamente presente negli "atteggiamenti da martire" e nel "rifiuto del ruolo casalingo", mentre la localizzazione agli arti inferiori è caratteristica dell'individuo con basso punteggio di quoziente emotivo, specie nella scala della capacità di espressione delle emozioni, con la sensazione di essere trascurato dal partner.

Analizzando le prescrizioni di terapia si evidenziano in **TABB. 9a** e **9b** le correlazioni significative tra presenza, frequenza e tipo di alterazioni comportamentali abbinate ai Fiori di Bach significativi al Floritest e i punteggi patologici delle scale psicometriche: le numerosissime significatività meritano ulteriore approfondimento che andrebbe

oltre lo scopo di questo lavoro. Ci riproponiamo di effettuare una valutazione più dettagliata analizzando ogni singolo Fiore di Bach, correlandolo alle alterazioni psicometriche eventualmente presenti.

Possiamo affermare che appare una significativa correlazione degli stati d'animo corrispondenti ai Fiori di Bach ri-

spetto al tipo di pazienti (**TAB. 10**): punteggi elevati relativi ai fiori per la *paura*, per l'*incertezza*, per il *disinteresse*, per la *depressione*, sono maggiori nei pazienti "*psichici*"; ugualmente presenti, anche se in minor misura, nei pazienti "*somatici*"; quasi assenti nei pazienti "*relazionali*".

Per quanto concerne l'Omotossicolo-

PAZIENTI UTILIZZO COSTANTE DI PSICOFARMACI*	PAZIENTI PSICHICI		PAZIENTI SOMATICI		PAZIENTI RELAZIONALI		TOTALE	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
PRESENTE	37	61,7 66,1	16	40,0 28,6	3	15,0 5,3	56	46,7 100,0
ASSENTE	23	38,3 35,9	24	60,0 37,5	17	85,0 26,6	64	53,3 100,0
TOTALE	60	100,0 50,0	40	100,0 33,3	20	100,0 16,7	120	100,0 100,0

TAB. 4

Utilizzo di psicofarmaci al momento del counseling iniziale.

*p < 0,001

PAZIENTI UTILIZZO DI PSICOFARMACI*	PAZIENTI PSICHICI		PAZIENTI SOMATICI		PAZIENTI RELAZIONALI		TOTALE	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
CONTINUA L'UTILIZZO DI PSICOFARMACI	18	30,0 69,2	6	15,0 23,1	2	10,0 7,7	26	21,7 100,0
INTERROMPE L'UTILIZZO DI PSICOFARMACI	19	31,7 63,4	10	25,0 33,3	1	5,0 3,3	30	25,0 100,0
NON HA MAI ASSUNTO PSICOFARMACI	23	38,3 35,9	24	60,0 37,5	17	85,0 26,6	64	53,3 100,0
TOTALE	60	100,0 50,0	40	100,0 33,3	20	100,0 16,7	120	100,0 100,0

TAB. 5

Abbandono degli psicofarmaci durante l'iter terapeutico.

*p < 0,01

COLLABORAZIONE PAZIENTI UTILIZZO DI PSICOFARMACI*	DROP-OUT POST- RELAZIONE		TERAPIA NON COLLABORANTE		TERAPIA COLLABORANTE		TOTALE	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
CONTINUA L'UTILIZZO DI PSICOFARMACI	1	10,0 3,8	24	68,6 92,2	1	1,3 3,8	26	21,7 100,0
INTERROMPE L'UTILIZZO DI PSICOFARMACI	0	0,0 0,0	0	0,0 0,0	30	40,0 100,0	30	25,0 100,0
NON HA MAI ASSUNTO PSICOFARMACI	9	90,0 14,1	11	31,4 17,2	44	58,7 68,7	64	53,3 100,0
TOTALE	10	100,0 8,3	35	100,0 29,2	75	100,0 62,5	120	100,0 100,0

TAB. 6

Analisi del Drop-out, della collaborazione terapeutica e dell'abbandono degli psicofarmaci.

*p < 0,001

PAZIENTI SOMATIZZAZIONI ALGICHE*	PAZIENTI PSICHICI		PAZIENTI SOMATICI		PAZIENTI RELAZIONALI		TOTALE	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
ASSENTI	17	28,3 60,7	5	12,5 17,9	6	30,0 21,4	28	23,4 100,0
SINGOLO DISTRETTO	27	45,0 58,7	13	32,5 28,3	6	30,0 13,0	46	38,3 100,0
DISTRETTI MULTIPLI	16	26,7 34,8	22	55,0 47,8	8	40,0 17,4	46	38,3 100,0
TOTALE	60	100,0 50,0	40	100,0 33,3	20	100,0 16,7	120	100,0 100,0

TAB. 7

Analisi dei pazienti con somatizzazioni algiche.

*p < 0,05

TAB. 8α
Presenza di somatizzazioni algiche e correlazioni psicometriche.

Legenda:

- Hs: Ipocondria
- D: Depressione
- Hy: Isteria
- Pd: Deviazione psicosociale
- Mf: Mascolinità/Femminilità
- Pa: Paranoia
- Pt: Psicastenia
- Sc: Schizofrenia
- Ma: Mania
- Si: Introversione sociale
- N.S.: Non Statisticamente Significativo.

SCALE M.M.P.I.		Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si	Media	Indice Psicopatologia	Indice Ansietà	Indice Psicosi	Indice Nevrosi	Aggressività	Forza Io	
SOMATIZZAZIONI	Assenti Presenti	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,05	N.S.	N.S.
INTENSITÀ DEL DOLORE	Lieve Moderato Forte	N.S.	p < 0,025	N.S.	p < 0,05	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,05
FREQUENZA DI COMPARSA	Occasionale Costante	p < 0,025	p < 0,01	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,025	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,01	N.S.	N.S.
DISTRETTO ANATOMICO	Rachide cervicale e arti superiori	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
	Rachide dorsale e lombosacrale	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
	Distretto addominale e pelvico	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
	Arti inferiori	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
	Interessamento generale di tutto il corpo o di più distretti	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,025	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.

TAB. 8β
Presenza di somatizzazioni algiche e correlazioni psicometriche.

SCALE P.A.R.I.-LÜSCHER-M.A.S. - S.D.S. - Q.E.		Atteggiamento da maritare	Confittualità coniuge	Irritabilità parentale	Repressione aggressività	Ritiro ruolo casalingo	Sensazione di essere trascurati dal partner	Lüscher	M.A.S.	S.D.S.	Coscienza di sé	Espressione emotività	Autonomia	Autostima	Capacità relazionali	Capacità di ascolto	Media del quoziente emotivo
SOMATIZZAZIONI	Assenti Presenti	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,05	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,05
INTENSITÀ DEL DOLORE	Lieve Moderato Forte	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
FREQUENZA DI COMPARSA	Occasionale Costante	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,05	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
DISTRETTO ANATOMICO	Rachide cervicale e arti superiori	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
	Rachide dorsale e lombosacrale	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
	Distretto addominale e pelvico	p < 0,05	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,025	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
	Arti inferiori	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,05	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,001
	Interessamento generale di tutto il corpo o di più distretti	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,05	N.S.	N.S.	p < 0,025	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.

gia, possiamo notare che, se da una parte, l'utilizzo degli *Injeel* non ha evidenziato grandi diversità prescrittive nei 3 Gruppi (TAB. 11) in funzione dell'organo o Apparato interessato, essi possono essere indicati per le funzioni di drenaggio, regolazione o stimolo; l'utilizzo dei rimedi semplici viene maggiormente riservato ai pazienti "somatici", e quindi finalizzato al sintomo, mentre l'utilizzo dei *Compositum* e degli *Homaccord* è appannaggio sia dei pazienti "somatici" – per l'eventuale presenza di aspetti psicosomatici – che di quelli "psichici" per i quali le alte diluizioni presen-

ti negli *Homaccord* trovano la massima indicazione. Per ognuna di queste classi analizzeremo i singoli rimedi più spesso prescritti tralasciando volutamente, per significatività statistica, quelli con numero di prescrizioni inferiore a 6. Tra i *Compositum* (TAB. 12) possiamo evidenziare che **Homeos 8**, **Homeos 26** e **Sepia compositum**, come da indicazioni terapeutiche, sono maggiormente prescritti nei pazienti "psichici", mentre **Homeos 37** e **Lilium compositum** sono prevalentemente indirizzati ai pazienti "somatici" per l'indicazione nelle so-

matizzazioni rispettivamente gastro-intestinali e genitale; un discorso a parte va riservato per **Damiana compositum**, in quanto, per le sue precipue indicazioni, è stato utilizzato sia nelle terapie relazionali per l'ipo-astenia sessuale sia, più generalmente, come antiastenico nei disturbi psichici con tendenza ipochondriaco-ansiosa. Tra i rimedi *Semplici* (TAB. 13) si evidenzia come **Ignatia-Heel**® sia significativamente più prescritta ai pazienti "psichici" mentre **Helonias-Heel**® e **Hor-meel**® S ai pazienti "somatici"; diversamente **Cuprum-Heel**® è maggiormente

SCALE M.M.P.I.		Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si	Media	Indice Psicopatologia	Indice Ansietà	Indice Psicosi	Indice Neurosi	Aggressività	Forza Io
FLORITEST E FIORI DI BACH																		
FLORITEST POSITIVO PER N°	<2 / 2-5 6-10 / >10	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,01	p < 0,001	N.S.	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	N.S.	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	N.S.	p < 0,001
PAURA		p < 0,01	p < 0,001	p < 0,01	p < 0,001	N.S.	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	N.S.	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	N.S.	p < 0,001
INCERTEZZA		p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	N.S.	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,05	p < 0,01	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	N.S.	p < 0,001
DISINTERESSE		p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,05	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,01	p < 0,001
SOLITUDINE		p < 0,025	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,01	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,05	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,05
IPERSENSIBILITÀ		p < 0,001	p < 0,001	p < 0,01	p < 0,01	N.S.	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,01	N.S.	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	N.S.	p < 0,001
DEPRESSIONE		p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	N.S.	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	N.S.	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	N.S.	p < 0,001
ALTRUISMO		N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,05	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,05	N.S.

TAB. 9a
Presenza di alterazioni dei vissuti comportamentali evidenziati dal test dei Fiori di Bach e correlazioni psicometriche.

Legenda: vedi TAB. 8a.

SCALE P.A.R.I.-LÜSCHER- M.A.S. - S.D.S. - Q.E.		Atteggiamento da maritare	Confittualità coniuge	Irritabilità parentale	Repressione aggressiva	Rifuto ruolo casalingo	Sensazione di essere trascurati dal partner	Lüscher	M.A.S.	S.D.S.	Coscienza di sé	Espressione emotività	Autonomia	Autostima	Capacità relazionali	Capacità di ascolto	Media del quoziente emotivo
FLORITEST E FIORI DI BACH																	
FLORITEST POSITIVO PER N°	<2 / 2-5 6-10 / >10	N.S.	p < 0,01	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,001	p < 0,001	N.S.	N.S.	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	N.S.	p < 0,001
PAURA		N.S.	p < 0,025	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,001	p < 0,001	N.S.	N.S.	p < 0,01	N.S.	p < 0,05	N.S.	N.S.
INCERTEZZA		N.S.	p < 0,025	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	N.S.	p < 0,001	N.S.	p < 0,025	N.S.	p < 0,01
DISINTERESSE		N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,001	p < 0,001	N.S.	N.S.	p < 0,01	p < 0,01	p < 0,001	N.S.	p < 0,01
SOLITUDINE		N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,025	p < 0,05	p < 0,025	N.S.	N.S.	p < 0,01	p < 0,01	N.S.	p < 0,025
IPERSENSIBILITÀ		N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,01	p < 0,001	p < 0,01	N.S.	p < 0,001	p < 0,05	p < 0,001	N.S.	p < 0,01
DEPRESSIONE		N.S.	p < 0,01	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,001	p < 0,001	N.S.	N.S.	p < 0,001	p < 0,01	p < 0,01	N.S.	p < 0,001
ALTRUISMO		N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.

TAB. 9b
Presenza di alterazioni dei vissuti comportamentali evidenziati dal test dei Fiori di Bach e correlazioni psicometriche.

TAB. 10
Analisi dei pazienti
e delle alterazioni
dei vissuti
comportamentali
evidenziati dal test
dei Fiori di Bach.

PAZIENTI FIOR DI BACH			PAZIENTI PSICHICI		PAZIENTI SOMATICI		PAZIENTI RELAZIONALI		TOTALE	
			N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
FLORITEST POSITIVO PER N°	p < 0,025	PRESENTE	55	56,1	30	30,6	13	13,3	98	81,7
		ASSENTE	5	22,7	10	45,5	7	31,8	22	18,3
PAURA	p < 0,001	PRESENTE	53	88,3	24	60,0	9	45,0	86	71,7
		ASSENTE	7	11,7	16	40,0	11	55,0	34	28,3
INCERTEZZA	p < 0,025	PRESENTE	48	80,0	24	60,0	10	50,0	82	68,3
		ASSENTE	12	20,0	16	40,0	10	50,0	38	31,7
DISINTERESSE	p < 0,001	PRESENTE	46	76,7	16	40,0	6	30,0	68	56,7
		ASSENTE	14	23,3	24	60,0	14	70,0	52	43,3
SOLITUDINE	N.S.	PRESENTE	32	53,3	17	42,5	10	50,0	59	49,2
		ASSENTE	28	46,7	23	57,5	10	50,0	61	50,8
IPERSENSIBILITÀ	N.S.	PRESENTE	43	71,7	23	57,5	9	45,0	75	62,5
		ASSENTE	17	28,3	17	42,5	11	55,0	45	37,5
DEPRESSIONE	p < 0,05	PRESENTE	44	73,3	20	50,0	10	50,0	74	61,7
		ASSENTE	16	26,7	20	50,0	10	50,0	46	38,3
ALTRUISMO	N.S.	PRESENTE	29	48,3	13	32,5	7	35,0	49	40,8
		ASSENTE	31	51,7	27	67,5	13	65,0	71	59,2

TAB. 11
Analisi dei pazienti
e della prescrizione
di rimedi
omotossicologici.

PAZIENTI RIMEDI OMOTOSSICOLOGICI			PAZIENTI PSICHICI		PAZIENTI SOMATICI		PAZIENTI RELAZIONALI		TOTALE		
			N°	%	N°	%	N°	%	PARZIALE		GENERALE
									N°	%	N° / %
COMPOSITUM	p < 0,001	PRESENTE	65	74,7 60,2	36	73,5 33,3	7	30,4 6,5	108	67,9	159 100,0
		ASSENTE	22	25,3 43,1	13	26,5 25,5	16	69,6 31,4	51	32,1	
SEMPLICI	p < 0,001	PRESENTE	33	50,0 35,9	49	79,0 53,2	10	45,5 10,9	92	61,3	150 100,0
		ASSENTE	33	50,0 56,9	13	21,0 22,4	12	54,5 20,7	58	38,7	
HOMACCORD	p < 0,025	PRESENTE	52	72,2 52,0	39	75,0 39,0	9	42,9 9,0	100	69,0	145 100,0
		ASSENTE	20	27,8 44,4	13	25,0 28,9	12	57,1 26,7	45	31,0	
INJEEL	N.S.	PRESENTE	7	11,3 38,9	10	21,7 55,6	1	5,0 5,6	18	14,1	128 100,0
		ASSENTE	55	88,7 50,0	36	78,3 32,7	19	95,0 17,3	110	85,9	

prescritto ai pazienti "relazionali" e, in misura minore, ai "somatici", mentre non viene mai prescritto ai pazienti "psichici"; altra considerazione va riservata a **Galium-Heel**® e a **Ypsiloheel**® che non sono stati appannaggio di un'unica categoria di pazienti, anche se **Galium-Heel**® è prescritto in maggior misura ai pazienti "somatici". Tuttavia, per le loro indicazioni, rispettivamente di drenaggio e riequilibrio del Sistema neurovegetativo, essi sono stati prescritti indifferentemente nei 3 Gruppi qualo-

ra fossero emerse situazioni complesse in cui fosse necessario anche il loro utilizzo per incidere maggiormente sulla sintomatologia.

Per quanto riguarda gli **Homaccord** (TAB. 14), **Ignatia-Homaccord**® è stata prescritta, anche in questo caso, in maniera statisticamente significativa più frequentemente nei pazienti "psichici"; **Nux vomica-Homaccord**® ed **Apis-Homaccord**® sono stati utilizzati maggiormente nei pazienti "somatici", mentre **Gelsemium-Homaccord**®, **Selenium-**

Homaccord®, **China-Homaccord**® e **Acidum phosphoricum-Homaccord**® non sono stati prescritti ad un particolare tipo di pazienti, ma indistintamente (tranne **Selenium-Homaccord**® e **Acidum phosphoricum-Homaccord**®) ai pazienti "relazionali".

– L'utilizzo dei fitoterapici e degli integratori è prevalentemente sistematico in quanto allevia la sintomatologia; inoltre, permette di modulare in prima istanza la difficile fase di disassuefazione da psicofarmaci di cui molti pazien-

ti necessita. Infatti, la loro prescrizione è significativamente maggiore nei pazienti "psichici" ed in quelli "somatici" ($p < 0,01$ e $p < 0,001$ rispettivamente) nei quali le manifestazioni cliniche psicosomatiche sono maggiormente presenti. La durata media della terapia variava nei 3 Gruppi di pazienti con un riscontro significativamente maggiore per la

durata della stessa (TAB. 15. $*p < 0,01$) nel disturbo psicosomatico: questo, infatti, è più difficilmente accettato come derivante da un conflitto psichico e necessita, pertanto, di tempi di terapia mediamente più lunghi rispetto alla risoluzione del malessere psicologico o alla definizione di una situazione relazionale per cui i tempi risultano più bre-

vi. Anche la collaborazione terapeutica manifesta maggiore incidenza nel gruppo psicosomatico e la terapia viene considerata come conclusa per *drop-out* del paziente o in seguito a terapia non collaborante (37,5% dei casi: abbandono terapeutico molto inferiore alle percentuali riportate per gli psicofarmaci per cui da una metanalisi su 30

PAZIENTI RIMEDI "COMPOSITUM"			PAZIENTI PSICHICI		PAZIENTI SOMATICI		PAZIENTI RELAZIONALI		TOTALE		
	p <		N°	%	N°	%	N°	%	PARZIALE		GENERALE
							N°	%	N / %		
HOMEOS 8®	p < 0,025	PRESENTE	21	35,0 72,4	7	17,5 24,1	1	5,0 3,5	29	24,2	120 100,0
		ASSENTE	39	65,0 42,9	33	82,5 36,3	19	95,0 20,8	91	75,8	
HOMEOS 26®	p < 0,025	PRESENTE	20	33,3 71,4	7	17,5 25,0	1	5,0 3,6	28	23,3	120 100,0
		ASSENTE	40	66,7 43,5	33	82,5 35,9	19	95,0 20,6	92	76,7	
SEPIA COMPOSITUM®	p < 0,05	PRESENTE	14	23,3 77,8	3	7,5 16,7	1	5,0 5,6	18	15,0	120 100,0
		ASSENTE	46	76,7 45,1	37	92,5 36,3	19	95,0 18,6	102	85,0	
HOMEOS 37®	p < 0,025	PRESENTE	2	3,3 22,2	7	17,5 77,8	0	0,0 0,0	9	7,5	120 100,0
		ASSENTE	58	96,7 52,3	33	82,5 29,7	20	100,0 18,0	111	92,5	
DAMIANA COMPOSITUM®	p < 0,025	PRESENTE	5	8,3 55,6	0	0,0 0,0	4	20,0 44,4	9	7,5	120 100,0
		ASSENTE	55	91,7 49,6	40	100,0 36,0	16	80,0 14,4	111	92,5	
LILIUM COMPOSITUM®	p < 0,05	PRESENTE	1	1,7 16,7	5	12,5 83,3	0	0,0 0,0	6	5,0	120 100,0
		ASSENTE	59	98,3 51,8	35	81,5 30,7	20	100,0 17,5	114	95,0	

TAB. 12

Analisi dei pazienti e della prescrizione di rimedi Compositum.

PAZIENTI RIMEDI "SEMPLICI"			PAZIENTI PSICHICI		PAZIENTI SOMATICI		PAZIENTI RELAZIONALI		TOTALE		
	p <		N°	%	N°	%	N°	%	PARZIALE		GENERALE
							N°	%	N / %		
GALIUM-HEEL®	N.S.	PRESENTE	10	16,7 43,5	10	25,0 43,5	3	15,0 13,0	23	19,2	120 100,0
		ASSENTE	50	83,3 51,5	30	75,0 30,9	17	85,0 17,6	97	80,8	
IGNATIA-HEEL®	p < 0,05	PRESENTE	12	20,0 85,7	2	5,0 14,3	0	0,0 0,0	14	11,7	120 100,0
		ASSENTE	48	80,0 45,3	38	95,0 35,9	20	100,0 18,8	106	88,3	
YPSILOHEEL®	N.S.	PRESENTE	6	10,0 46,2	5	12,5 38,5	2	10,0 15,3	13	10,8	120 100,0
		ASSENTE	54	90,0 50,5	35	87,5 32,7	18	90,0 16,8	107	89,2	
HELONIAS HEEL®	p < 0,01	PRESENTE	2	3,3 16,7	9	22,5 75,0	1	5,0 8,3	12	10,0	120 100,0
		ASSENTE	58	96,7 53,7	31	77,5 28,7	19	95,0 17,6	108	90,0	
HORMEEL S®	p < 0,001	PRESENTE	1	1,7 8,3	11	27,5 91,7	0	0,0 0,0	12	10,0	120 100,0
		ASSENTE	59	98,3 54,6	29	72,5 26,9	20	100,0 18,5	108	90,0	
CUPRUM HEEL®	p < 0,01	PRESENTE	0	0,0 0,0	3	7,5 42,9	4	20,0 57,1	7	5,8	120 100,0
		ASSENTE	60	100,0 53,1	37	92,5 32,7	16	80,0 14,2	113	94,2	

TAB. 13

Analisi dei pazienti e della prescrizione di rimedi Semplici.

studi clinici, Belantuono riporta, nel 1997, una percentuale media di *drop-out* del 45%) mentre, in caso di terapia collaborante, nel momento in cui, avendo ritrovato il paziente un discreto equilibrio psicofisico ed una buona capacità gestionale della propria vita, si passa ad un congedo terapeutico o ad una consultazione a domanda o tematica (TAB. 16. *p<0,05). Va precisato che, con l'utilizzo della Psicoterapia ad Integrazione Corporea abbinata a Terapia Biologica, si ottiene una collaborazione terapeutica, con i relativi risultati di risoluzione del problema ed una adesione alla terapia statisticamente più elevata (TAB. 17. *p<0,001) rispetto alla sola psicoterapia cognitivo-comportamentale o mansionale.

L'analisi delle variabili psicometriche permette di evidenziare le numerose significatività statistiche emerse nelle correlazioni tra i risultati dei punteggi delle scale psicometriche elaborate e gli aspetti psico-fisiologici o relazionali evidenziati dai pazienti: era improponibile – oltre gli scopi del presente studio – analizzare in dettaglio le singole significatività emerse (in tutto 146 cor-

relazioni statisticamente significative per gli aspetti indagati rispetto alle scale psicometriche) per cui preferiamo riportarle sinotticamente in TABB. 18a, 18b; 19a, 19b, evidenziando solamente gli aspetti più rilevanti. Nei pazienti con richiesta di tipo "psichico", come era prevedibile, i punteggi delle scale psicometriche sono in media significativamente più elevati rispetto agli afferenti "somatici" e "relazionali"; anche il loro approccio terapeutico è rivolto più alla Psicoterapia ad Integrazione Corporea – nella visione più olistica da noi proposta – a cui afferiscono maggiormente persone con punteggi più elevati nelle suddette scale psicometriche. Diversità che notiamo anche considerando il sesso dei pazienti: punteggi più elevati nelle scale psicometriche sono maggiori nelle femmine rispetto ai maschi; questo dato, significativo, a nostro avviso è inficiato dal tipo di domanda dei pazienti, poiché in molti casi i *partner* venivano chiamati o indotti in terapia (relazionale) pur non manifestando alcun disturbo che li inducesse a richiedere un intervento terapeutico. Punteggi elevati alle scale psicometriche sono mag-

giormente presenti; un aspetto da monitorare costantemente – di grande importanza – è verificare se il riposo notturno sia qualitativamente molto disturbato e quantitativamente scarso o insufficiente. Un altro aspetto da considerare era quello di verificare se fossero intervenute variazioni rilevanti negli ultimi 12 mesi soprattutto di carattere personale o familiare piuttosto che economico-lavorativo o logistico-abitativo. La presenza di episodi traumatici era ulteriormente legata ad un innalzamento dei punteggi delle scale psicometriche, in particolar modo se il trauma era di tipo relazionale piuttosto che psicologico. Ed è proprio l'aspetto relazionale-familiare che, nelle sue molteplici sfumature, può incidere sulla insorgenza del disagio psichico e sul suo manifestarsi, in misura maggiore rispetto alle relazioni di tipo lavorativo o alla gratificazione che il lavoro può dare, che pure, per alcuni aspetti, possono ingenerare conflitti significativi: appare evidente come la migliore qualità della relazione con il *partner* sia significativamente e inversamente correlata alla comparsa di disagio psicologico.

TAB. 14
Analisi dei pazienti e della prescrizione di rimedi Homaccord.

PAZIENTI RIMEDI "HOMACCORD"			PAZIENTI PSICHICI		PAZIENTI SOMATICI		PAZIENTI RELAZIONALI		TOTALE		
			N°	%	N°	%	N°	%	PARZIALE		GENERALE
			N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N / %
IGNATIA HOMACCORD®	p < 0,01	PRESENTE	19	31,7 76,0	2	5,0 8,0	4	20,0 16,0	25	20,8	120
		ASSENTE	41	68,3 43,2	38	95,0 40,0	16	80,0 16,8	95	79,2	100,0
NUX VOMICA HOMACCORD®	p < 0,01	PRESENTE	6	10,0 31,6	11	27,5 57,9	2	10,0 10,5	19	15,8	120
		ASSENTE	54	90,0 53,5	29	72,5 28,7	18	90,0 17,8	101	84,2	100,0
GELSEMIUM HOMACCORD®	N.S.	PRESENTE	5	8,3 41,7	5	12,5 41,7	2	10,0 16,7	12	10,0	120
		ASSENTE	55	91,7 50,9	35	87,5 32,4	18	90,0 16,7	108	90,0	100,0
SELENIUM HOMACCORD®	N.S.	PRESENTE	7	11,7 58,3	5	12,5 41,7	0	0,0 0,0	12	10,0	120
		ASSENTE	53	88,3 49,1	35	87,5 32,4	20	100,0 18,5	108	90,0	100,0
CHINA HOMACCORD®	N.S.	PRESENTE	6	10,0 60,0	3	7,5 30,0	1	5,0 10,0	10	9,1	120
		ASSENTE	54	90,0 49,1	37	92,5 33,6	19	95,0 17,3	110	90,9	100,0
AC.PHOSPHORICUM HOMACCORD®	N.S.	PRESENTE	6	10,0 75,0	2	5,0 25,0	0	0,0 0,0	8	6,7	120
		ASSENTE	54	90,0 48,2	38	95,0 33,9	20	100,0 17,9	112	93,3	100,0
APIS HOMACCORD®	p < 0,01	PRESENTE	1	1,7 12,5	7	17,5 87,5	0	0,0 0,0	8	6,7	120
		ASSENTE	59	98,3 52,7	33	82,5 29,4	20	100,0 17,9	112	93,3	100,0

TAB. 15

Analisi del rapporto tra pazienti, durata e tempi medi di terapia.

*p < 0,01

DURATA TERAPIA DOMANDA*	< 1 MESE		2-3 MESI		4-12 MESI		> 12 MESI		TEMPI MEDI DI TERAPIA MESI ± DS		TOTALE	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%			N°	%
SINTOMI PSICHICI	12	63,2 20,0	21	55,3 35,0	25	47,2 41,7	2	20,0 3,3	4,4	3,67	60	50,0 100,0
SINTOMI SOMATICI	3	15,8 7,5	8	21,0 20,0	21	39,6 52,5	8	80,0 20,0	7,9	7,56	40	33,3 100,0
TERAPIA DI COPPIA	4	21,0 20,0	9	23,7 45,0	7	13,2 35	0	0,0 0,0	3,9	3,47	20	16,7 100,0
TOTALE	19	100,0 15,8	38	100,0 31,7	53	100,0 41,2	10	100,0 8,3	5,5	5,48	120	100,0 100,0

TAB. 16

Analisi dei pazienti e della collaborazione terapeutica.

*p < 0,05

PAZIENTI COLLABORAZIONE TERAPEUTICA*	PAZIENTI PSICHICI		PAZIENTI SOMATICI		PAZIENTI RELAZIONALI		TOTALE	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
DROP-OUT POST-RELAZIONE PSICOMETRICA	6	10,0 60,0	1	2,5 10,0	3	15,0 30,0	10	8,3 100,0
TERAPIA NON COLLABORANTE	21	35,0 60,0	8	20,0 22,9	6	30,0 17,1	35	29,2 100,0
TERAPIA COLLABORANTE	33	55,0 44,0	31	77,5 41,3	11	55,0 14,7	75	62,5 100,0
TOTALE	60	100,0 50,0	40	100,0 33,3	20	100,0 16,7	120	100,0 100,0

TAB. 17

Analisi dell'approccio terapeutico e della collaborazione terapeutica.

*p < 0,001

APPROCCIO TERAPEUTICO COLLABORAZIONE TERAPEUTICA*	PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE		PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE + TERAPIA BIOLOGICA		PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE + TERAPIA BIOLOGICA + PSICOTERAPIA A INTEGRAZIONE CORPOREA		TOTALE	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
DROP-OUT POST-RELAZIONE PSICOMETRICA	4	66,6 40,0	6	18,2 60,0	0	0,0 0,0	10	8,3 100,0
TERAPIA NON COLLABORANTE	1	16,7 2,8	17	51,5 48,6	17	21,0 48,6	35	29,2 100,0
TERAPIA COLLABORANTE	1	16,7 1,3	10	30,3 13,3	64	79,0 85,4	75	62,5 100,0
TOTALE	6	100,0 5,0	33	100,0 27,5	81	100,0 67,5	120	100,0 100,0

Quanto alla durata della relazione, i punteggi maggiori nelle scale psicomeriche correlate ai problemi relazionali sono stati evidenziati o nei primi 3 anni di convivenza, probabilmente per lo stress che il reciproco adattamento nel-

la condivisione di spazi e ridefinizione dei territori comporta, o nei *single*, risultando minori nelle convivenze comprese tra 3 a 10 anni o superiori a 10 anni. A conferma di quanto sopra, anche la presenza di vissuti negativi della ses-

sualità (età del primo rapporto, vissuto, ricerca e qualità dei rapporti) sono emersi dati importanti nella comparsa di numerose alterazioni psicomeriche. La conflittualità nell'ambiente lavorativo e la gratificazione derivante dallo

TAB. 18a

Aspetti psicofisiologici e correlazioni psicomeriche.

SCALE M.M.P.I.		Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si	Media	Indice Psicopatia	Indice Ansietà	Indice Psicosi	Indice Neurosi	Aggressività	Forza Io
ASPETTI PSICO-FISIOLOGICI																		
PAZIENTI	PSICOLOGICI PSICOSOMATICI RELAZIONALI	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,01	p < 0,025	p < 0,001	p < 0,01	p < 0,001	p < 0,01	N.S.	N.S.	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	N.S.	p < 0,001
SESSO	FEMMINE MASCHI	p < 0,05	p < 0,01	N.S.	N.S.	p < 0,001	p < 0,01	p < 0,05	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,025	p < 0,05	p < 0,01	p < 0,001	N.S.	p < 0,01
VARIAZIONI RILEVANTI NEGLI ULTIMI 12 MESI	PERSON./FAM. LOGIST./ABIT. ECONOM./LAV.	N.S.	N.S.	p < 0,01	p < 0,05	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,01	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,025	N.S.	N.S.
RIPOSO NOTTURNO	SCARSO INSUFFICIENTE BUONO	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,01	N.S.	p < 0,01	p < 0,001	p < 0,025	N.S.	N.S.	p < 0,001	p < 0,01	p < 0,001	p < 0,01	p < 0,001	p < 0,05	p < 0,001
QUALITÀ DEL RIPOSO	MOLTO DISTURBATO DISTURBATO OTTIMO, DISCRETO	p < 0,01	p < 0,01	p < 0,01	p < 0,001	N.S.	p < 0,01	p < 0,001	p < 0,01	p < 0,05	N.S.	p < 0,001	p < 0,01	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,05	p < 0,05
ESPERIENZE TRAUMATICHE	SI NO	N.S.	p < 0,01	p < 0,01	p < 0,001	N.S.	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	N.S.	N.S.	p < 0,001	p < 0,01	p < 0,001	p < 0,01	p < 0,01	N.S.	p < 0,01
TIPO DI TRAUMI	RELAZIONALI PSICOLOGICI	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,05	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,05	N.S.
APPROCCIO TERAPEUTICO	PSIC.T.COGL.COMP. PSIC.T.+TER.BIOL. PSI.INT.COR.+T.B.	p < 0,01	N.S.	N.S.	p < 0,025	p < 0,001	N.S.	N.S.	p < 0,05	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
COLLABORAZIONE TERAPEUTICA	DROP-OUT POST-R. TER.NON COLLAB. TER.COLLABOR.	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,05	N.S.	N.S.	p < 0,01	N.S.	N.S.	p < 0,05	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,05	N.S.	N.S.	N.S.

Legenda:

- Hs: Ipocondria
- D: Depressione
- Hy: Isteria
- Pd: Deviazione psicosociale
- Mf: Mascolinità/Femminilità
- Pa: Paranoia
- Pt: Psicastenia
- Sc: Schizofrenia
- Ma: Mania
- Si: Introversione sociale
- N.S.: Non Statisticamente Significativo.

TAB. 18b

Aspetti psicofisiologici e correlazioni psicomeriche.

SCALE P.A.R.I.-LÜSCHER- M.A.S. - S.D.S. - Q.E		Atteggiamento da maritare	Confittualità coniuge	Irritabilità parenta e	Repressione aggressività	Rifiuto ruo o casalingo	Sensazione di essere trascurati da partner	Lischer	M.A.S.	S.D.S.	Coscienza di sé	Espressione emotività	Autonomia	Autostima	Capacità re azione i	Capacità di ascolto	Media de quotiente emotivo
ASPETTI PSICO-FISIOLOGICI																	
PAZIENTI	PSICOLOGICI PSICOSOMATICI RELAZIONALI	N.S.	p < 0,01	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,001	p < 0,001	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
SESSO	FEMMINE MASCHI	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,025	p < 0,025	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
VARIAZIONI RILEVANTI NEGLI ULTIMI 12 MESI	PERSON./FAM. LOGIST./ABIT. ECONOM./LAV.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,01	p < 0,05	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
RIPOSO NOTTURNO	SCARSO INSUFFICIENTE BUONO	N.S.	N.S.	p < 0,05	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,001	p < 0,001	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
QUALITÀ DEL RIPOSO	MOLTO DISTURBATO DISTURBATO OTTIMO, DISCRETO	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,001	p < 0,001	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,001	p < 0,001	N.S.	N.S.
ESPERIENZE TRAUMATICHE	SI NO	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,01	p < 0,001	N.S.	N.S.	p < 0,05	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
TIPO DI TRAUMI	RELAZIONALI PSICOLOGICI	N.S.	N.S.	p < 0,025	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
APPROCCIO TERAPEUTICO	PSIC.T.COGL.COMP. PSIC.T.+TER.BIOL. PSI.INT.COR.+T.B.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,025
COLLABORAZIONE TERAPEUTICA	DROP-OUT POST-R. TER.NON COLLAB. TER.COLLABOR.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,05	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,05	N.S.	p < 0,025	N.S.

stesso sono rispettivamente ed inversamente correlate all'autostima e all'indice di ansietà e, limitatamente alle relazioni lavorative (se conflittuali), si correlano ad un punteggio più elevato della scala della depressione.

Oltre ai dati già esposti relativi ai risultati terapeutici, una valutazione più particolareggiata degli stessi è stata possibile, anche se per pochi casi (16 in maniera completa), poiché per alcuni pazienti sofferenti di disturbi gravi, i tem-

pi di terapia si protravevano oltre i 6 mesi; in questo caso, veniva rivalutata la situazione psicométrica per meglio modulare la terapia. Ottenevamo, così, una seconda batteria di test che consentiva di confrontare i nuovi punteggi

SCALE M.M.P.I.		Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si	Media	Indice Psicopato ogia	Indice Ansietà	Indice Psicosi	Indice Nevrosi	Aggressività	Forza Io
ASPETTI SOCIO-RELAZIONALI																		
QUALITÀ RELAZIONE	PESSIMA CONFLITTUALE BUONA	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,01	N.S.	N.S.	p < 0,025	p < 0,025	N.S.	N.S.	p < 0,025	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,05
DURATA RELAZIONE	< 3 ANNI, 4-10 ANNI, > 10 ANNI	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,05	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,05	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
ETÀ PRIMO RAPPORTO	< 17 ANNI, 17-18 ANNI, > 18 ANNI	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,01	p < 0,025	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,05	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
ESPERIENZA POSITIVA	NO SI	N.S.	N.S.	p < 0,05	p < 0,05	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
SESSUALITÀ	ASSENTE PROBLEMATICA OTTIMA - BUONA	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,001	N.S.	p < 0,025	p < 0,01	p < 0,01	N.S.	N.S.	p < 0,05	N.S.	p < 0,05	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
ATTIVITÀ SESSUALE	RIFIUTATI SUBITI RICERCATI	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
RAGGIUNGIMENTO DELL'ORGASMO	SCARSO SUFFICIENTE COSTANTE	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,025	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
RELAZIONI LAVORATIVE	PESSIME CONFLITTUALI POSITIVE	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,05	N.S.	p < 0,025	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,01
GRATIFICAZIONE LAVORATIVA	SCARSA DISCRETA AMPIA	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,05	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.

TAB. 19α

Aspetti socio-relazionali e correlazioni psicométriche.

SCALE P.A.R.I.-LÜSCHER- M.A.S. - S.D.S. - Q.E.		Atteggiamento da maritare	Conflittualità coniuge	Irritabilità parenta e	Repressione aggressività	Rifiuto ruolo casalingo	Sensazione di essere trascurati da partner	Lüschler	M.A.S.	S.D.S.	Coscienza di sé	Espressione emotività	Autonomia	Autostima	Capacità re aziona i	Capacità di asco to	Media de quoziente emotivo
ASPETTI SOCIO-RELAZIONALI																	
QUALITÀ RELAZIONE	PESSIMA CONFLITTUALE BUONA	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,05	p < 0,05	p < 0,025	N.S.	N.S.	p < 0,01	N.S.	N.S.	p < 0,05	N.S.	p < 0,01	N.S.	p < 0,05
DURATA RELAZIONE	< 3 ANNI, 4-10 ANNI, > 10 ANNI	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,01	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
ETÀ PRIMO RAPPORTO	< 17 ANNI, 17-18 ANNI, > 18 ANNI	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
ESPERIENZA POSITIVA	NO SI	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,05	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
SESSUALITÀ	ASSENTE PROBLEMATICA OTTIMA - BUONA	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
ATTIVITÀ SESSUALE	RIFIUTATI SUBITI RICERCATI	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,025	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
RAGGIUNGIMENTO DELL'ORGASMO	SCARSO SUFFICIENTE COSTANTE	p < 0,025	N.S.	p < 0,05	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,01	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,01	N.S.	p < 0,01
RELAZIONI LAVORATIVE	PESSIME CONFLITTUALI POSITIVE	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,05	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,025	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
GRATIFICAZIONE LAVORATIVA	SCARSA DISCRETA AMPIA	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.

TAB. 19b

Aspetti socio-relazionali e correlazioni psicométriche.

ottenuti dai pazienti (che chiameremo "GRUPPO CONTROLLO") con quelli rilevati negli stessi al momento dell'indagine psicometrica iniziale (che indicheremo come "COUNSELING PARZIALE"); nomineremo invece "COUNSELING TOTALE" l'intera afferenza dei 120 pazienti. Va considerato che questa analisi si riferisce solo ad una piccola parte dei pazienti trattati e, soprattutto, a quelli con problematiche maggiori che hanno richiesto un impegno più intenso e prolungato. La correlazione dei punteggi suddetti (TAB. 20) dimostra come tutte le scale psicometriche abbiano ottenuto punteggi minori nel Gruppo di controllo rispetto ai valori riportati, per gli stessi soggetti nell'analisi psicometrica al momento del colloquio iniziale. Questa diminuzione, variabile per ciascuna scala, è statisticamente significativa per le scale dell'Ipocondria (Hs), della Depressione (D), della Paranoia (Pa), dell'Indice di Nevrosi e della Forza dell'Io; nelle scale rimanenti la diminuzione dei punteggi, anche se non statisticamente significativa, poteva interessare un numero di soggetti limitato (<25% dei casi con punteggi patologici), discreto (tra 25 e 50% dei casi con punteggi patologici) o numeroso (>50% dei casi con punteggi patologici). Precisiamo

che, qualora i valori fossero risultati inferiori a 6 casi, per significatività statistica, sono stati evidenziati come *lieve* diminuzione, indipendentemente dalle reali percentuali con cui erano diminuiti. Il Floritest, per la rapidità di esecuzione (≈ 10 minuti), a differenza della batteria psicometrica (che richiede mediamente dalle 6 alle 10 ore di applicazione), è stato somministrato più frequentemente ai pazienti per la valutazione della gestione degli stati emotivi e la loro risposta alla terapia; per questo motivo possiamo includere un numero maggiore di casi confrontabili (44). La presenza e la quantità di Fiori di Bach significativi permetteva di valutare come nel tempo la quantità di vissuti emotivi alterati poteva modificarsi con la terapia, prima diminuendo, poi, in molti casi, arrivando a determinare la completa scomparsa delle situazioni o degli atteggiamenti conflittuali (TAB. 21. *p<0,025): la presenza di nessuno o un Fiore di Bach poteva considerarsi normale e sopportabile; da 2 a 5 Fiori di Bach significativi, il malessere interiore diventava impegnativo ed evidente per il soggetto; da 6 a 10 Fiori di Bach significativi il conflitto emotivo era discretamente invalidante e difficilmente sostenibile; per un numero di Fiori di

Bach significativi superiore a 10 il quadro clinico era e si manifestava con caratteristiche di psicopatologia conclamata già evidenziata in TABB. 9a e 9b. Analizzando i singoli Fiori di Bach risultati significativi (TABB. 22a e 22b) rileviamo come nei Gruppi di controllo la loro presenza sia in genere inferiore rispetto al momento del *counseling* iniziale e, in linea di massima, la loro diminuzione è ben evidente ed in alcuni casi statisticamente significativa, tranne che nel caso di pochi (6) Fiori di Bach, in cui la presenza è rimasta invariata o, in 3 casi, leggermente aumentata. Quest'ultimo dato non deve meravigliare poiché in terapia con i Fiori di Bach un singolo Fiore, riportando in equilibrio alcuni aspetti del carattere o alcuni vissuti negativi, può slentizzare aspetti caratteriali sedimentati nel tempo che possono aver predisposto l'individuo ai successivi atteggiamenti caratteriali patologici o per lo meno conflittuali che lo hanno condotto al disagio psicologico o relazionale.

DISCUSSIONE

I disturbi psichici, i conflitti emotivi e le manifestazioni psicosomatiche sono

TAB. 20
Analisi delle variazioni tra i valori delle scale psicometriche del *counseling* rispetto al controllo dopo 6 mesi di terapia, nei casi più gravi.

Legenda:
Hs: Ipocondria
D: Depressione
Hy: Isteria
Pd: Deviazione psicosociale
Mf: Mascolinità/Femminilità
Pa: Paranoia
Pt: Psicastenia
Sc: Schizofrenia
Ma: Mania
Si: Introversione sociale
N.S.: Non Statisticamente Significativo.

PUNTEGGI PATOLOGICI ALLE SCALE PSICOMETRICHE		Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si	Media	Indice Psicopato ogia
COUNSELING TOTALE (PAZIENTI TOTALI)													
COUNSELING PARZIALE (PAZIENTI CONTROLLO)													
CONTROLLO (PAZIENTI CONTROLLO)													
LIEVEMENTE DIMINUITI <25 %	COUNSELING TOTALE	49	65	59	34	4	17	25	18	20	17	24	30
MEDIAMENTE DIMINUITI 25-50 %	COUNSELING PARZIALE	12	12	10	7	1	7	6	4	4	3	6	8
MOLTO DIMINUITI > 50 %	CONTROLLO	2	5	5	6	0	1	4	3	3	2	1	3
SIGNIFICATIVITÀ		p < 0,01	p < 0,05	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,05	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
PUNTEGGI PATOLOGICI ALLE SCALE PSICOMETRICHE		Indice Ansietà	Indice Psicosi	Indice Nevrosi	Aggressività	Forza Io	Coscienza di sé	Espressione emotività	Autonomia	Autostima	Capacità re aziona i	Capacità di ascol to	Media de quoziente emotivo
COUNSELING TOTALE (PAZIENTI TOTALI)													
COUNSELING PARZIALE (PAZIENTI CONTROLLO)													
CONTROLLO (PAZIENTI CONTROLLO)													
LIEVEMENTE DIMINUITI <25 %	COUNSELING TOTALE	54	30	59	31	60	26	32	33	64	25	22	18
MEDIAMENTE DIMINUITI 25-50 %	COUNSELING PARZIALE	9	7	12	5	14	15	11	13	15	10	13	16
MOLTO DIMINUITI > 50 %	CONTROLLO	5	4	2	2	7	10	9	12	13	8	9	13
SIGNIFICATIVITÀ		N.S.	N.S.	p < 0,01	N.S.	p < 0,05	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.

FIORI DI BACH SIGNIFICATIVI <i>COUNSELING</i> CONTROLLO	< 2 FIORI		2-5 FIORI		6-10 FIORI		> 10 FIORI		TOTALE	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<i>COUNSELING</i> TOTALE (TOTALE PAZIENTI)	22	18,3	24	20,0	34	28,3	40	33,3	120	100,0
<i>COUNSELING</i> PARZIALE (PAZIENTI CONTROLLO)	2	4,6	11	25,0	14	31,8	17	38,6	44	100,0
CONTROLLO (PAZIENTI CONTROLLO)	11	25,0	15	34,1	10	22,7	8	18,2	44	100,0

TAB. 21

Analisi delle variazioni di alterazioni dei vissuti comportamentali evidenziati dal test dei fiori di Bach tra il *counseling* e il controllo di terapia.

* $p < 0,025$

quadri clinici che possono trarre grande vantaggio dalle terapie biologiche ed, in particolar modo, dall'utilizzo dell'Omotossicologia e della Floriterapia di Bach. Una volta effettuata una corretta diagnosi, mediante l'utilizzo di test psicometrici adeguati, una corretta acquisizione anamnestica, un accurato esame obiettivo ed un corretto inquadramento nella Tavola delle Omotossicosi dello stato psico-fisico del paziente, diventa facile e, al contempo, affascinante, redigere per ogni soggetto la *sua* esclusiva terapia avvalendosi delle innumerevoli possibilità terapeutiche offerte dai rimedi omotossicologici, dalle loro combinazioni, dalle loro diluizioni, dalle loro sfumature costituzionali personalizzabili per ogni singolo individuo e modellate, come un calco, ai suoi vissuti e ai suoi conflitti; il più delle volte questi sono espressione di una multifattorialità eziopatogenetica che conferma la complessità di questi quadri che difficilmente sono curabili solo con psicofarmaci. Ecco allora che il *counseling* diventa non solo momento di accoglimento della domanda del paziente, ma anche il momento in cui si scoprono luci ed ombre della personalità, del carattere, del temperamento, facendo notare dettagli su cui non si era mai soffermato, aiutandolo a prendere le redini delle emozioni, arcaico bagaglio di un cervello istintuale il più delle volte percepito come scomodo e ingombrante, mal gestibile, alquanto limitante e in contrasto, talvolta, con il perseguito, lucido e coerente comportamento razionale che, impostato e delimitato dalle regole della reciproca e

pacifica convivenza, vorremmo guidasse i nostri passi.

Imparare a gestire le emozioni sapendo trarre da esse la linfa vitale è il percorso che proponiamo ai nostri pazienti: dobbiamo sgombrare il campo dalle paure che li perseguitano, dalle aspettative che li sovrastano, dai sensi di colpa che li schiacciano, dalle apprensioni che ne limitano l'entusiasmo, dai vincoli che li legano a vecchi ed insignificanti stereotipi o semplicemente riaccendere in loro le motivazioni per vivere, il desiderio di amare, la voglia di comunicare, il coraggio per non arrendersi, la capacità di sognare e, a volte, sognare anche ad occhi aperti. La ricerca evidenzia, infatti, come l'espressione delle proprie emozioni sia indispensabile per non ammalarsi e come gli atteggiamenti mentali negativi evidenziati al Floritest siano correlabili alla modificazione in senso patologico dei punteggi emersi dalle scale psicometriche utilizzate.

I quadri clinici sia di tipo *psichico* che inizialmente *somatico*, ma con evidenti aspetti psicosomatici, si presentavano con una vasta gamma di sintomi e sfumature caratteriali, nonché di vissuti vecchi e nuovi che minavano gli equilibri psicofisici dei pazienti. Queste peculiarità non trovano risposta nei farmaci della Medicina Convenzionale, tra cui non esistono le diversificazioni fini e particolareggiate che possiamo riscontrare esclusivamente tra i rimedi omeopatici, i Fiori di Bach o i numerosi complessi omotossicologici: il rimedio omeopatico unitario in alta diluizione agisce come chiarificatore e ri-

medio di sblocco, ma, insufficiente nelle forme acute, deve essere affiancato dal rimedio omotossicologico, che agisce più a fondo, sull'aspetto somatopsichico del problema.

I rimedi omotossicologici, in particolare, vengono formulati non solo tenendo conto dell'azione omeopatica, ma anche di quella biochimica delle sostanze di cui sono composti (40), inserendosi in posizione intermedia tra quelli allopatrici e omeopatici classici: è possibile utilizzarli sia per i sintomi psicosomatici che per le psicosi endogene con ottimi risultati e senza rischi di assuefazione. A tal proposito, particolare rilevanza deve essere riservata al gruppo dei *Compositum* per l'azione di modulazione sui sistemi enzimatici spesso compromessi e agli *Homaccord* per la presenza – in questi ultimi – delle alte diluizioni.

L'assenza di effetti collaterali che contraddistingue questi rimedi rappresenta, inoltre, ulteriore indicazione al loro uso nel contesto delle psicoterapie, anche in situazioni critiche, senza per questo depauperare la persona della propria dignità rendendolo essere amorfo ed insensibile, *automa* di uno stato d'animo recluso dagli psicofarmaci negli angoli bui di una mente incapace di connettersi alla propria dimensione trascendente e spirituale.

La consapevolezza dei propri vissuti è il presupposto essenziale per vivere pienamente la vita nelle molteplici particolarità: i Fiori di Bach trovano la propria ideale collocazione nella intrinseca capacità di modificare la vibrazione della base energetica dell'individuo

TAB. 22a

Analisi dei singoli Fiori di Bach significativi al momento del counseling rispetto al controllo di terapia.

SINGOLI FIORI DI BACH SIGNIFICATIVI COUNSELING TOTALE (PAZIENTI TOTALI) COUNSELING PARZIALE (PAZIENTI CONTROLLO) CONTROLLO (PAZIENTI CONTROLLO)		PAURA					ALTRUISMO				
		Aspen	Cherry plum	Mimulus	Red Chestnut	Rock rose	Beech	Chicory	Rock water	Vervain	Vine
LIEVEMENTE DIMINUITI <25 %	COUNSELING TOTALE	41	25	58	30	39	8	23	32	2	4
MEDIAMENTE DIMINUITI 25-50 %	COUNSELING PARZIALE	15	10	24	9	16	4	9	10	2	1
MOLTO DIMINUITI > 50 %	CONTROLLO	10	6	19	3	11	1	6	7	1	0
SIGNIFICATIVITÀ		N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,05	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.

FIORI DI BACH COUNSELING TOTALE (PAZIENTI TOTALI) COUNSELING PARZIALE (PAZIENTI CONTROLLO) CONTROLLO (PAZIENTI CONTROLLO)		SOLITUDINE			DISINTERESSE						
		Heater	Impatiens	Water violet	Chestnut bud	Clematis	Honeysuckle	Mustard	Olive	White chestnut	Wild rose
LIEVEMENTE DIMINUITI <25 %	COUNSELING TOTALE	10	43	15	5	30	13	35	33	31	30
MEDIAMENTE DIMINUITI 25-50 %	COUNSELING PARZIALE	6	18	7	3	14	7	14	17	12	15
MOLTO DIMINUITI > 50 %	CONTROLLO	4	14	5	5	7	3	9	7	8	8
SIGNIFICATIVITÀ		N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,05	N.S.	N.S.

TAB. 22b

Analisi dei singoli Fiori di Bach significativi al momento del counseling rispetto al controllo di terapia.

SINGOLI FIORI DI BACH SIGNIFICATIVI COUNSELING TOTALE (PAZIENTI TOTALI) COUNSELING PARZIALE (PAZIENTI CONTROLLO) CONTROLLO (PAZIENTI CONTROLLO)		INCERTEZZA					IPERSENSIBILE				
		Cerato	Gentian	Gorse	Hornbeam	Scleranthus	Wild oat	Agri-mony	Centaury	Holly	Walnut
LIEVEMENTE DIMINUITI <25 %	COUNSELING TOTALE	24	20	2	56	50	12	31	35	12	36
MEDIAMENTE DIMINUITI 25-50 %	COUNSELING PARZIALE	11	6	1	23	21	5	12	17	6	13
MOLTO DIMINUITI > 50 %	CONTROLLO	12	2	2	12	13	5	7	9	3	6
SIGNIFICATIVITÀ		N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,05	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.

SINGOLI FIORI DI BACH SIGNIFICATIVI COUNSELING TOTALE (PAZIENTI TOTALI) COUNSELING PARZIALE (PAZIENTI CONTROLLO) CONTROLLO (PAZIENTI CONTROLLO)		DEPRESSIONE							
		Crab apple	Elm	Larch	Oak	Pine	Star of Bethlehem	Sweet Chestnut	Willow
LIEVEMENTE DIMINUITI <25 %	COUNSELING TOTALE	5	60	16	23	7	23	3	11
MEDIAMENTE DIMINUITI 25-50 %	COUNSELING PARZIALE	2	26	4	11	2	7	2	7
MOLTO DIMINUITI > 50 %	CONTROLLO	2	8	4	6	1	6	1	1
SIGNIFICATIVITÀ		N.S.	p < 0,001	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	p < 0,01

amplificandone la coscienza e, modificando gli atteggiamenti della persona, diventando potente arma di trasformazione e cambiamento.

Il disturbo psichico, o psicologico, non è altro che la manifestazione della fuga attuata dalla psiche da incombenze troppo gravi date dal rispetto delle regole che ci imponiamo, dagli stress psi-

cofisici cui la sottoponiamo o dall'eccessivo carico di lavoro che ci sovraccarica escludendola dall'aspetto ludico e gratificante delle gioie della vita.

Anche se i dati ricavati dalla ricerca possono essere estesi in linea di massima e con risultati positivi *statisticamente significativi* alla maggior parte dei casi, non dobbiamo dimenticare che dietro

ad ogni numero, ad ogni diagnosi, ad ogni terapia, c'è un *individuo* unico ed irripetibile con il proprio passato, vissuti, emozioni, delusioni ed aspirazioni, che con noi ha intrapreso un cammino di consapevolezza e di crescita. Per tale motivo, essendo unico e irripetibile il percorso di ciascun paziente che giunge alla nostra osservazione, difficil-

mente potrà essere formulato un protocollo terapeutico estensibile a tutti.

– L'unico protocollo terapeutico indispensabile è quello di saper ascoltare empaticamente ogni persona, senza limitazioni di tempo, accarezzandone i vissuti, immedesimandosi nelle sue esperienze, assaporando, per un attimo, l'odore dei suoi conflitti, attivando la sensazione che qualcuno è riuscito a scardinare quel muro impenetrabile del dolore che attanaglia l'animo e sta parlando al suo cuore.

– Se riusciamo in questo, non è difficile individuare quale rimedio sia più indicato per ciascuno; diventa, quasi, atto automatico come quando al mattino, uscendo da casa, se piove, prendiamo l'ombrello. ■

Bibliografia

1. Aguglia E., Valentini A. – Sindrome da Panico. In Atti del III° Convegno Internazionale di Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso, Duino-Trieste, 17-6-1995.
2. Andreoli V. – I disturbi dell'ansia, nuove strategie di intervento. Atti del I° Convegno Internazionale "Medicina Ufficiale e Medicina Naturali a confronto". Verona, 27-28 ottobre, 2002.
3. Assagioli R. – Medicina psicosomatica e Biopsicosintesi; in Acta Medica Psychosom., Roma, 1967.
4. Assagioli R. – Principi e metodi della psicosintesi terapeutica. Casa Editrice Astrolabio, 1973.
5. Assagioli R. – Lo sviluppo TransPersonale. Casa Editrice Astrolabio, 1988.
6. Assagioli R. – Comprendere la Psicosintesi. Casa Editrice Astrolabio 1991.
7. Anastasi A. – I test psicologici. Franco Angeli Editore, 1989.
8. Bach E. – Guarire con i fiori - I. Guarisci te stesso; II. I dodici "guaritori" e altri rimedi. IPSA Ed., 1990.
9. Bach E. – Le opere complete. Macro Edizioni, 2002.
10. Bianchi I. – Repertorio Omeopatico - omotossicologico - Materia Medica Omotossicologica. Guna Editore, 1993.
11. Bianchi I. – Lombaggine. Riv. It. di Omotossicologia, 1993/2; 29-32.
12. Bianchi I. – Corrispondenze tra farmaci omeopatici mentali e cutanei. La Med. Biol., 2001/4; 15-21.
13. Bianchi I. – Omeopatia-Omotossicologia: orientamenti terapeutici nella sindrome ansioso-depressiva. La Med. Biol., 2002/4; 21-28.
14. Biffi E. – Le intossicazioni chimiche: dati rilevati attraverso il test EAV. La Med. Biol. 1995, (Suppl. al n° 3): 9-17.
15. Biffi E. – Rilettura in chiave olistica della Tavola delle Omotossicosi: contributo della bioenergetica e dell'embriologia. La Med. Biol., 2003 (3): 5-13.
16. Biondi M. – La psicosomatica nella pratica clinica. Il Pensiero Scientifico Editore, 1991, Voll. I, II, III.
17. Birkenbihl Vera F. – Segnali del corpo - Come interpretare il linguaggio corporeo. Franco Angeli/Trend, 1995.
18. Campanini M.E. – Curatevi con i fiori di Bach. Fabbri Editori, settembre 1995.
19. Caravaglios F. – Metodi Statistici, Biodemografia, Statistica Sanitaria. E.S.I., 1987.
20. Danieli A. – Medicina generale e psichiatria: domande e risposte. Cleup, 2003.
21. De Bellis M., Italia E. – Manuale di Omeo-mesoterapia. Guna Editore, 1995.
22. Feruglio C., Rucco V. – La sindrome fibromialgica: tecniche di rilassamento muscolare. Trento, dic 95-gen 96.
23. Galeo R. – La dysmenorrhée, syndrome multiforme. Gynecologie, 1974, 25 (3): 125-127.
24. Granata G. – Le basi della psichiatria omeopatica e i disturbi mentali ed emotivi - Un approccio medico unitario. Red edizioni, 1986.
25. Goldman L.S., Wise T.N., Brody D.S. – Psichiatria per il Medico di Medicina Generale. Centro Scientifico Editore, 2001.
26. Graziottin A. – Vaginismo e dispareunia. Riv. di Sessuologia 2000, 24 (1), 125-135.
27. Heine H. – Manuale di Medicina Biologica: Regolazione di base e matrice extracellulare, Fondamenti e Sistemica. Guna Editore, 1999.
28. Hoffmann R., Gudat U. – Bioenergetica - Come sbloccare le tensioni e liberare le emozioni. Red Edizioni, 1997.
29. Howard J., Ramsell J. – Guarire con i fiori di Bach - Guida pratica alla floriterapia. Tecniche Nuove, 1994.
30. Howard J. – I rimedi di Bach per la salute della donna. Macro Edizioni, 1996.
31. Rosenberg J.L., Kitaen-Morse B. – The Intimate Couple. Atlanta, 1996, p. 203.
32. Krämer D., Wild H. – Nuove terapie con I Fiori di Bach, vol. 2 - diagnosi e terapia basate sulla divisione in 12 gruppi. Edizioni Mediterranee, 1995.
33. Kuschinsky & Lüllmann – Farmacologia e Tossicologia. Piccin (4° edizione), 1998.
34. Llinas R., Ribary U. – Coherent 40-Hz. Oscillation characterizes dream state in humans. Proc. Natl. Acad. Sci. USA 1999, Dec. 21, 96 (26): 15222-7.
35. Luban-Plozza B., Magni G. – La Famiglia Psicosomatica – l'ambiente familiare come rischio e come risorsa. Piccin Editore, Padova, 1981.
36. Luban-Plozza B., Poldingher W. – Il malato psicosomatico. Cappelli Editore, Bologna, 1978.
37. Lüscher M. – Il test dei colori. Casa editrice Astrolabio, 1976.
38. Lüscher M. – Il test rapido dei colori Lüscher: nei colori che più ci attirano si celano i lati nascosti della nostra personalità. Red Edizioni, 1996.
39. Marchi C. – L'utilizzo dei Fiori di Bach nell'ambito di una psicoterapia breve ad indirizzo transazionale. Atti del 2° Congresso A.M.I.F., Riv. La Med. Biol. (Suppl. al N° 2), 2000: 21-25.
40. Milani L. – I farmaci omeopatici di origine animale. Guna Editore, Seconda Edizione, 2003.
41. Mosticoni R., Chiari G. – Una descrizione obiettiva della personalità: il "Minnesota Multiphasic Personality Inventory" (MMPI). Firenze, Organizzazioni Speciali, 1979.
42. Nadelson R.O., Sigmon S., Amodei N., Jarett R. B. – The menstrual symptom questionnaire: the validity of the distinction between spasmodic and congestive dysmenorrhea. Behav. Res. The., 1984, 22 (6): 611-614.
43. Pallanti S., Quercioli L., Pazzagli A. – Ansia sociale, disturbi di personalità e clozapina. Riv. Problemi in Psichiatria 2001, 24 (1), 25-43.
44. Pancheri P. – Stress e Malattia - Basi psicogenetiche ed effettori dei disturbi somatici. Arti Grafiche delle Venezie, Vicenza, 1986.
45. Paoletti E. – Floriterapia e Omotossicologia: una sintesi per il futuro. Atti del 2° Congresso A.M.I.F. La Med. Biol. (Suppl. al N° 2), 2000: 3-7.
46. Paoletti E. – Il concetto di psiche e psichiatria in Medicina Funzionale. Riv. Medicina Funzionale, 2000 (3): 18-22.
47. Pastorino M.L. – Introduzione ai rimedi floreali di Bach. IPSA editore, 1993.
48. Pearson R. – Massaggio Psicoterapeutico: La ricerca di un metodo: la riscoperta dell'io corporeo integrando la massoterapia con il training autogeno. Demetra Srl editore, Bussolengo (VR), 1989.
49. Pearson R. – Scuola di massaggio P.M.T., Massaggio Psicoterapeutico & massaggio somato riflesso. Demetra Srl editore, Bussolengo (VR), 1996.
50. Pellegrini S. – La biologia molecolare nello studio della psicopatologia. Riv. Problemi in Psichiatria, 2003, 30 (03): 5-14.
51. Pellegrino F. – Disturbi d'ansia in medicina generale: attualità del ruolo delle benzodiazepine. Riv. Aggiornamento Medico, 2003 27 (10): 396-400.
52. Pellegrino F. – Ansia sotto soglia: Comprendere le radici del disagio psichico. Positive Press, dicembre 2003.
53. Perugini F. – Terapia omotossicologica nella cura della fibromiosite. In Ortopedia Traumatologia Reumatologia, Guna Editore, 1999.
54. Piterà F. – Teoria delle alte diluizioni e aspetti sperimentali. Anthropos & Iatria, 2001, 5 (1): 76-78.
55. Piterà F. – *Taraxacum officinale*. Anthropos & Iatria, 2001, 5 (4): 9-24.
56. Reckeweg H.H. – Omotossicologia e disturbi psichici. Riv. It. di Omotossicologia, 1988 (4): 4-12.
57. Roberti P. – Uso di farmaci omotossicologici in un Centro di Salute Mentale del S.S.N.: studio aperto in un gruppo di area diagnostica omogenea. La Med. Biol., 2003 (3): 15-21.

58. Rosselli M. – I nuovi paradigmi della psicologia: il cammino della psicosintesi. Cittadella Editrice, **1992**.
59. Sarzi-Puttini P., Cazzola M. – La Sindrome Fibromialgica Primaria: inquadramento clinico e aspetti eziopatogenetici. ISBN **88-7051 - 202-9**.
60. Di Massa S. – Curarsi con i fiori di Bach. Oscar Mondadori, **1992**.
61. Sclauzero E. – Dismenorrea: influenza dei fattori socio-culturali, psico-affettivi, relazionali. Edizione Luigi Pozzi, Roma, **1990**.
62. Sclauzero E. – Il linguaggio dimenticato. In "Domani Sposi". Editrice La Vita Cattolica Srl, Tavagnacco (UD), Supplemento al n° 42, Ottobre **1994**.
63. Serina C. – Osservazione empatica e ascolto riflessivo del colloquio clinico. Atti del 3° Congresso A.M.I.F. La Med. Biol., (Suppl. al N° 2), **2001**: 5-9.
64. Seyle H. – The stress of life: a new theory of disease. McGraw-Hill, New York, **1956**.
65. Smacchia R. – Lo Spirito del Fiore: la floriterapia fra tradizione e attualità. Nobile Collegio Omeopatico, Roma, **2002**.
66. Sparpaglione G., Cecchetti F., Crippa M.G. – Il dolore pelvico in ginecologia: aspetti psicosomatici. Sessuologia, **1986** XXVII (4): 232-241.
67. Tyler L.E. – Reattivi Mentali e misura nell'esame psicologico. Aldo Martello Editore, **1972**.
68. Wilber K. – Trasformazioni della coscienza. Astrolabio, Roma, **1989**.
69. Zung W.W.K. – A self-rating depression scale. Arch. Gen. Psychiatry, **1965**.

Riferimento bibliografico:

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

Indirizzo dell'Autore:

Dr. Eugenio Sclauzero

– Specialista in Ostetricia e Ginecologia
 – Psicoterapeuta
 Via Palmada, 3
 33050 Bagnaria Arsa (UD)