

PSICOSOMATICA DEL CANCRO¹

Acc. prof. Antonio Meneghetti*

Publicato in *Journal of Chinese Clinical Medicine* – Volume 5, Number 7, Luglio 2010

Abstract

L'articolo dal titolo *Psicosomatica del cancro* è la rielaborazione della conferenza tenuta dall'Acc. prof. Antonio Meneghetti il 14 novembre 2009 presso il Centro Internazionale di Arte e Cultura Umanistica "Recanto Maestro" (Brasile), alla presenza di 300 medici. La conferenza è stata organizzata dai centri di medicina delle diversi parti del Brasile.

L'Autore, in seguito all'esperienza pluridecennale nel campo della psicologia clinica e della ricerca scientifica, espone la sua conoscenza in materia di psicosomatica. **La soluzione del cancro è possibile** attraverso l'applicazione del metodo ontopsicologico, che attraverso **tre scoperte** proprie dell'Ontopsicologia è in grado di *raggiungere la causa formale iniziatica di qualsiasi fenomenologia neoplasica*.

I termini *tumore, cancro, cancerogeno, neoplasia, neoplasma, metastasi, sarcoma* sono definizioni di particolari processi o fisionomie che può assumere il tumore, ma tutta la sostanza, in sintesi, è che il tumore ha sempre origine da una cellula *monoclonale* che subisce l'interferenza di un agente mutageno che altera direttamente il DNA della cellula e che è osservabile solo dopo che la cellula è in attività patogena. La causalità che forma il processo mutageno è di esclusiva origine psichica inconscia al cliente. Antonio Meneghetti avrebbe esattamente scoperto lo starter e la formalizzazione di questa causalità che poi precipita in psicosomatica. Isolando in modo chiaro e distinto la motivazione causale - aggiunta alla cosciente decisionalità del paziente - si riscontra la scomparsa totale del sintomo cancerogeno. **Quindi il reale problema consiste nel trovare il "primo movente" che costituisce l'agente mutageno ex novo** e successivamente essere in grado di estinguerne la presenza e l'azione conseguente.

Parole-chiave: Cancro. Psicosomatica. Inconscio. Psiche. Ontopsicologia.

¹ Rielaborazione della conferenza tenuta dall'Acc. prof. Antonio Meneghetti il 14 novembre 2009 presso il Salone Zorial del Centro Internazionale di Arte e Cultura Umanistica "Recanto Maestro", alla presenza di 300 persone tra medici, ricercatori, psicologi, infermieri, studenti, professionisti dell'area della salute, imprenditori ed altri.

L'evento è stato realizzato dalla Facoltà "Antonio Meneghetti", dalla FOIL Brasile e dall'ABO (Associazione Brasiliana di Ontopsicologia), con il patrocinio della Segreteria per la Scienza e la Tecnologia dello stato di Rio Grande do Sul, del Comune di São João do Polésine, del Comune di Restinga Seca, dell'Associazione Catarinense di Psicosomatica, dell'Ospedale Universitario di Santa Maria e dell'Ospedale São Roque di Faxinal do Soturno.

Oltre al prof. Meneghetti, Presidente del Consiglio Scientifico e Professore onorario della Facoltà A.M., sono intervenuti il dr. Horacio Chikota, presidente dell'Associazione Catarinense di Psicosomatica, e il dr. Jorge Luiz Palma Freire, direttore dell'Ospedale Universitario di Santa Maria do Polesine.

Altre autorità presenti: Artur Lorentz, Segretario della Scienza e Tecnologia dello Stato di Rio Grande do Sul; Dr. Carlos Felin, Direttore della Clinica di Oncologia di Santa Maria; Roberto Cervo, Presidente dell'Ospedale di Carità São Roque; Dr. Carlos do Amaral, Direttore Amministrativo dell'Ospedale Universitario dell'Università Federale di Santa Maria; Dr. Edemilson Jorge Xavier, Direttore del personale infermieristico dell'Ospedale Universitario dell'Università Federale di Santa Maria; Prof. Dr.ssa Edna Bertini, in rappresentanza della Facoltà di Psicologia della PUC-São Paulo; Dr. Luis Cláudio Fronza, rappresentante della Società Catarinense di Cardiologia; Dr.ssa Izabella Paz Danezi Felin, membro della Società Brasiliana di Patologia e dell'Oncocentro (Santa Maria); Dr.ssa Lilian Fumie Takeda, Direttrice della Clinica "Com-Ciência" e docente presso l'Associazione Medica Brasiliana di Agopuntura; Dr.ssa Magda Lahorgue Nunes, coordinatrice del Programma Post-Laurea in Medicina e Scienza della Salute – PUC (Porto Alegre).

* – Dottorato in Scienze Sociali – Pontificia Università San Tommaso d'Aquino, Roma

– Dottorato in Filosofia – Pontificia Università San Tommaso d'Aquino, Roma

– Dottorato in Teologia – Pontificia Università Lateranense, Roma

– Laurea in Filosofia ad indirizzo psicologico – Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano

– Laurea *honoris causa* in Fisica – Università Pro Deo, New York

– Doktor Nauk in Psicologia (Suprema Commissione di Valutazione Interaccademica della Federazione Russa, 27/4/1998, protocollo 0104)

– Presidente onorario dell'Associazione Internazionale di Ontopsicologia (NGO in Special Consultative Status with the Ecosoc of United Nations).

Introduzione

Interiorizzare la conoscenza che comporta l'esperienza della *soluzione del cancro*, resa possibile grazie alle scoperte dell'Ontopsicologia, implica particolare intelligenza da parte anche del cliente. Queste scoperte possono aiutare e dare orgoglio e vigore all'intelligenza umana nella sua qualità di ricerca scientifica, quindi è una soluzione ed una risposta a quella esigenza di raggiungere *la chiave di senso che dà razionalità ed evidenza a tutta la semeiotica patologica medica*. In sostanza, non è facile applicare questa conoscenza nel contesto di ospedali, cliniche e tutto ciò che è la quotidianità della cura sociale.

Su questo argomento, chi sono io? Sono un uomo che ha capito totalmente il quadro clinico del cancro nelle varie applicazioni che ho fatto in passato (su centinaia di persone di tutte le razze, etnie, culture, posizioni sociali, etc.). Curare il cancro è la cosa più facile, bastano tre sedute. Per "cancro" intendo tutta la sfera patologica generale, sino all'AIDS. Non è difficile conoscere la *causalità*, cioè l'etiologia del sintomo in modo esatto. Il problema è quando la si propone al cliente, perché può accettare o non accettare, decidere o non decidere. Quindi l'impotenza non dipende dalla scienza o dalle scoperte ontopsicologiche, ma dal *libero arbitrio del cliente*.

Su quanto espongo – a parte gli oltre trentacinque anni di esperienze, ricerca, confronti, verifiche – ci sono dieci anni di attività clinica, per dodici ore al giorno, con pazienti di tutte le forme². Ho potuto ottenere questi risultati, e oggi avere questa tranquilla competenza, grazie al *metodo ontopsicologico*. L'Ontopsicologia ha fatto tre scoperte straordinarie – che pian piano mi auguro che entrino nella razionalità del processo storico della scienza – con le quali si può analizzare e dare trasparenza a qualunque ombra nel processo oncologico. Senza queste scoperte e questo metodo, è impossibile una reale cura psicosomatica in riferimento al tumore.

La scienza ontopsicologica è una conoscenza *interdisciplinare*, nel senso che insegna ed apre i comportamenti dell'*Io*. Il concetto di "Io" non è facile. Lo si conosce in modo descrittivo, fenomenico, come si rivela nel processo di coscienza e volontà. C'è un Io totale ed essenziale intrinseco alla natura individuale dell'uomo. L'Io si determina quando l'essere si individua in più esistenze. Ciascuna di queste gode di autonomia propria. Ed è qui che si precisa l'Io a priori come libero architetto di se stesso e della propria storia.

Di fatto noi sperimentiamo un Io riflesso dai canoni comportamentali dell'infanzia per quanto "educata" dalla famiglia e società relativa. Per cui agiamo e riflettiamo un Io protesi, un Io reale per noi ma non conforme all'Io a priori formalizzato dall'individuazione di natura. In pratica abbiamo due Io: Io logico storico (protesi) e Io logico a priori (l'essente individuato).

Per quanto riguarda il nostro interesse, oggi, è l'Io logico storico.

L'Io è un concetto *filosofico*, è un'essenza spirituale, non materiale. È una unità di azione, così una – nella sua vastità operativa – che è sempre insieme con se stessa, perché non ha intrinsecamente parti. L'Io è un concetto metafisico, pertanto già per arrivare a capire questo metodo bisogna avere la *competenza sulle variabili dell'essere* (ontologia).

Per come lo intendo e per come si costituisce, l'Io è una *essenza spirituale operativa di forme e strutture materiali e non*. "Essenza spirituale" significa che, quando la si vuole isolare, non esiste. Esiste nel dentro dell'opera, ma non è individuabile fuori dell'azione. Questo Io ha la capacità della *trascendenza*, cioè opera senza stare condizionato dentro. Cioè non è condizionato neppure dalla propria opera: questo è l'Io a priori o In Sé ontico. Mentre invece come Io logico storico o riflesso resta condizionato dalle proprie scelte, è cioè autoctisi storica. Tutto quanto si dirà in questa conferenza è relativo all'Io logico storico, o psichicità, o attività psichica. Poi diventa coscienza, volontà,

² Cfr. M. Lopez Miral, 'Quadro statistico della casistica clinica ontopsicologica' (relazione presentata il 10/12/1980 all'VIII Congresso di Ontopsicologia a Roma), *Nuova Ontopsicologia*, n.1/2004. Cfr. anche il Dossier 'Antonio Meneghetti. Un viaggio riuscito', associato alla rivista *Nuova Ontopsicologia*, n.2/2007-1/2008, Psicologica Ed., Roma.

conoscenza, può essere cosciente o inconscio, quindi ha tante manifestazioni. Se è inconscio si è già perso questo *differenziatore sostanziale* di tutta la vita.

Attualità della ricerca oncologica

Vediamo rapidamente qual è la situazione sulle indagini oncologiche oggi nel mondo, analizzando quanto presentato in due articoli del quotidiano italiano *La Repubblica*³. Questo giornale ogni tanto fa il riferimento del procedere della scienza e riporta due articoli che sono stati pubblicati nelle famose riviste statunitensi “Cell”⁴ e “Developmental Cell”⁵ (entrambe facenti parte di una stessa serie, come anche “Cancer Cell”, “Cell Metabolism”, etc.), che pubblicano soltanto i lavori scientifici di interesse internazionale. Questi articoli sono il risultato di una collaborazione tra università italiane, Harvard e altre connesse in questi giochi di ricerca, quindi hanno una discreta credibilità; se non altro fotografano la situazione attuale in riferimento all’indagine e alla ricerca farmaceutica e medica sul tumore.

Il primo articolo titola: “La ricerca che dà speranza. Così si può fermare la corsa di un tumore. (...) Le staminali malate all’origine dell’insorgere del male”. Questa ricerca sostiene di aver trovato l’origine, “l’ingegnere” di qualunque forma neoplasica, individuandolo nelle cellule staminali⁶.

Nel processo biologico normale la cellula staminale si divide in maniera “asimmetrica” dando origine ad una cellula staminale figlia identica, che rimane quiescente così come lo era la cellula madre, e ad un’altra cellula figlia diversa dalla madre poiché parzialmente differenziata a svolgere una specifica funzione. In tal modo le cellule staminali si preservano, ma senza accumularsi in maniera incontrollata. Quando il meccanismo di divisione cellulare è in qualche modo alterato, può accadere che la divisione delle cellule staminali non avvenga più in modo asimmetrico, bensì simmetrico, ovverosia da una cellula staminale madre si originano due cellule figlie entrambe staminali, dalle quali, a loro volta, origineranno cellule staminali e così via. Questa proliferazione anormale ed incontrollata di cellule staminali sarebbe alla base del tumore⁷. Pertanto, a detta di questi studiosi, scoprendo il processo attraverso il quale cellule staminali cominciano a dividersi in maniera simmetrica, si può bloccare il processo di proliferazione tumorale. Il grande “miracolo” sarebbe aver scoperto che la genesi del tumore dipende da queste cellule staminali.

Un mese dopo, sullo stesso giornale e sempre con tutti gli accreditamenti del caso: “Anticancro. Pokemon, gene-architetto al bivio tra vita e morte”. Si sarebbe scoperta l’influenza nei tumori da parte del gene Pokemon⁸, per cui, individuando il prodotto di tale gene, che è a sua volta implicato nella regolazione di altri geni, sarebbe possibile intercettare il processo tumorale.

³ Cfr. i numeri del 18/9/2009 (p. 43) e del 20/10/2009 (p. 45).

⁴ Cfr. A. Cicalese, G. Bonizzi *et al.*, ‘The tumor suppressor p53 regulates polarity of self-renewing divisions in mammary stem cells’, *Cell* 2009, Sep 18, 138(6):1060-2.

⁵ Cfr. T. Maeda, K. Ito *et al.*, ‘LRF is an essential downstream target of GATA1 in erythroid development and regulates BIM-dependent apoptosis’, *Developmental Cell* 2009, Oct, 17(4):527-40.

⁶ Cellule indifferenziate totipotenti, cioè in grado di differenziarsi in qualsiasi altro tipo cellulare dell’organismo cui appartengono. Se la cellula staminale non riceve un particolare stimolo, rimane in uno stato di quiescenza. Sono cellule non specializzate che hanno le peculiari capacità di: 1) proliferare indefinitamente senza specializzarsi (*auto-rigenerazione*); 2) produrre cellule progenitrici che si specializzano, attraverso il processo di *differenziamento*, in diversi tipi di cellule (muscolari, nervose, cutanee, etc.). Una cellula differenziata non ha capacità di auto-rigenerazione.

⁷ Va ricordato che tutte le cellule tumorali hanno una caratteristica generale che rappresenta il loro minimo comune denominatore: l’acquisizione della capacità alla proliferazione autonoma. La cellula tumorale, infatti, si riproduce in modo illimitato (come se fosse immortale), sfuggendo ai normali meccanismi che controllano e regolano la replicazione cellulare.

⁸ Il gene Pokemon (acronimo di POK Erythroid Myeloid ONtogenetic, individuato all’inizio del 2005), anche conosciuto come LRF o Zbtb7, si comporta da proto-oncogene, giocando un ruolo essenziale nel processo antiapoptotico durante la differenziazione terminale dei globuli rossi (l’apoptosi è il processo di morte cellulare programmata). La ridotta attività del gene Pokemon causerebbe una mancata inibizione dell’apoptosi con conseguente anemia per perdita precoce di eritrociti. La ridotta o assente attività di questo gene da parte delle cellule staminali ematopoietiche, inoltre, causa l’accumulo di cellule T aberranti a discapito delle cellule B. Un altro compito svolto dal gene Pokemon è la disattivazi-

È vero questo? Ogni mese esce una “novità”, chiaramente sovvenzionata da grandi case farmaceutiche, per cui le scoperte “piovono”. E il tumore persevera in proprie specializzazioni.

Inoltre c'è un procedimento che non è scientificamente esatto. Le cellule tumorali studiate in laboratorio su cavie (topi, etc.) non rispecchiano la situazione interna (psicoemotiva) del malato umano. L'animale non ha un Io, non ha una *psiche* come l'uomo, non ha sofferenze e contraddizioni morali-affettive: è un composto organico che subisce le variabili di circostanze esterne (virus, batteri, funghi, etc.) e si auto-infetta. Oltretutto, è analizzato in un luogo “artefatto” (laboratorio). In passato io sono intervenuto in alcuni ambienti di ricerca pura e ho imparato che le cellule tumorali sono iper-intelligenti: si muovono secondo l'informazione più forte del momento, hanno una vivacità superiore – come energia e come vettorialità – rispetto a tutti gli altri composti del nostro agglomerato fisico. In sostanza, con l'aiuto di due assistenti ho cambiato le cavie di un esperimento, all'insaputa dei ricercatori, e i risultati sono arrivati come i ricercatori aspettavano, nonostante le cavie fossero diverse.

Questo a me non fa meraviglia, perché rientra nel quadro delle scoperte della scienza ontopsicologica. Inoltre, su tutti gli esperimenti, bisogna sempre ricordare il principio di Heisenberg⁹, che io considero il più grande fisico e matematico, superiore ad Einstein. Nelle sue varie scoperte, Heisenberg aveva dimostrato il *principio di indeterminazione* in fisica, che in parole povere significa che è impossibile condurre un esperimento sull'universo fisico della materia in modo neutro ed esatto, in quanto è comunque presente la variabile interna del ricercatore che, assieme alle diverse motivazioni e ambientazioni, determina variabili ponderabili e imponderabili (tenendo inoltre presente che si sta parlando di un *universo microrganico* misurato in nanometri, etc.).

Si parla di valori, di ricerca pura, etc., ma il sostanziale problema economico, politico, sociale, psicologico è dare ad ogni essere umano un posto di lavoro dignitoso per guadagnarsi la vita. Non interessa la scoperta assoluta: di fatto interessa una scoperta che consenta la convivenza di tutti.

Capito questo principio, bisogna imparare ad avere molta tolleranza e poi ciascuno, da solo, cercherà di fare il meglio che può. Però i grandi organismi, le grandi case farmaceutiche, le grandi politiche, etc. hanno queste condizioni prioritarie: la ricerca per la ricerca a scopo di reddito economico e distribuzione del lavoro. Anche il malato è motore della “nostra” economia.

Il “primum movens” della patologia

1) I termini *tumore*¹⁰, *cancro*¹¹, *cancerogeno*¹², *neoplasia*¹³, *neoplasma*¹⁴, *metastasi*¹⁵, *sarcoma*¹⁶ sono definizioni di particolari processi o fisionomie che può assumere il tumore, ma tutta la

one del gene BIM, un gene proapoptotico che induce l'autodistruzione delle cellule tumorali, registrandole come anomale. Se Pokemon è attivo, ciò significa che BIM è inibito e conseguentemente le cellule tumorali sono libere di proliferare, e quindi con opportuni farmaci si potrebbe riattivarlo. In tale ottica, il gene Pokemon può essere considerato come un marcatore molecolare.

⁹ (1901-1976) Tra le varie pubblicazioni di questo autore, cfr. *I principi fisici della teoria dei quanti* [1930], Bor-inghieri, Torino 1953; ‘Lo sviluppo della meccanica quantistica’ [1933], in *Mutamenti nelle basi della scienza*, Bor-inghieri, Torino 1978; *Fisica e filosofia* [1958], Il Saggiatore, Milano 1961.

¹⁰ Il termine fa riferimento all'aspetto macroscopico. Dal lat. *tumor, tumoris*, da *tumere* = essere gonfio, tumefazione. Qualsiasi accrescimento abnorme di cellule in una parte dell'organismo. In particolare, accrescimento disordinato e patologico di cellule atipiche. Il tumore può essere maligno o benigno. Maligno, dal lat. *malignus*, collegato a *malus* = cattivo e al tema del verbo *gignere* = generare, produrre (che deriva dal gr. γίγνομαι [gígnomai] = genero). Per maligno si intende una neoformazione che invade i tessuti limitrofi e le cui cellule sono capaci di diffondersi nell'intero organismo attraverso il circolo sanguigno, quindi quel tumore che ha una diffusione metastatica e che, di conseguenza, ha cattiva prognosi. Per tumore benigno (dal lat. *benignus* = benigno) si intende neoformazione con crescita localizzata e confinata al sito di origine, che non infiltra i tessuti vicini e non diffonde al resto dell'organismo, quindi una forma che non ha dato metastasi e che ha una buona prognosi.

¹¹ Termine inizialmente circoscritto ai tumori maligni di origine epiteliale, nel linguaggio comune è ormai utilizzato per indicare tutte le forme di neoplasia. Dal lat. *cancer* (dal gr. κρκίνος [karkínos]), che significava già nella lingua latina sia “granchio” che “cancro”. Ha assunto questo nome per le ramificazioni che la malattia assume e che lo fanno assomigliare, metaforicamente, alle zampe del granchio: le chele del crostaceo danno l'idea delle propaggini che si dipar-

sostanza, in sintesi, è che il tumore ha sempre origine da una cellula *monoclonale* (cioè il tumore è formato da cloni, copie di un'unica cellula iniziale) che subisce l'interferenza di un agente mutageno (agente fisico, chimico, biologico capace di indurre mutazioni) che altera direttamente il DNA della cellula¹⁷.

Poi ci sono le lotte che la cellula attua con le sue possibilità (geni oncosoppressori) per contrastare l'azione dei geni proto-oncogeni¹⁸ che, se non regolati, rinforzano la malattia. Questa è la sostanza dinamica generale di qualunque forma di tumore.

Considerando però che l'agente mutageno lo si osserva *dopo* che la cellula è in attività patogena, il problema consiste nel trovare il "primo movente" (*primum movens*) che costituisce l'agente mutageno *ex novo*, strutturando una forma diversa dal comportamento del nucleo della cellula, interferendo direttamente nel DNA. Il DNA è lo stabile di identità di tutto l'organismo, così come in filosofia l'identità è ciò che distingue l'ente, che lo fa per sé, totale in sé e distinto e diverso da tutti gli altri. Ad esempio, la carta di identità è unica nello Stato dove il soggetto sta e lo fa identificabile, raggiungibile, diverso, etc. Si potrebbe quindi dire che *il DNA è la "carta di identità" di tutto l'organismo*, ed è segnata e marcata all'interno di ogni cellula: ossea, nervosa, etc.

Una cellula che perde l'identità sta in connessione intrinseca a tutta l'identità di quell'organismo. Le cellule si sanno perché sono le stesse: il DNA che abbiamo in una mano è lo stesso di quello che sta nell'altra. Quindi *l'identità, quando si fa biologia, è DNA*: è la fenomenologia unica ed irripetibile di una individuazione. Per cui, quando si parla di una cellula malata, non va intesa – ad esempio – l'identità del fegato o del cuore, etc.: il DNA che viene alterato in quell'organo ha familiarità, contatto, è la stessa cosa con tutte le altre cellule, che sono la stessa identità. Quindi l'agente

tono da un corpo centrale per avvinghiare ciò che lo circonda, come avviene quando le cellule dei tumori maligni infiltrano e invadono i tessuti limitrofi. Per cancro si intende sempre un tumore maligno che ha dato, perciò, metastasi.

¹² Una sostanza capace di favorire l'insorgenza del cancro. Composto di *καρκίνος* [karkínos] = granchio, cancro, gambero + *-geno* (dal gr. *γίγνομαι* [gígnomai] = genero): che genera.

¹³ Il termine fa riferimento al contenuto della massa. Dal gr. *νέος* [néos] = nuovo e *-plasia* (dal gr. *πλάσσω* [pláσso] = plasmare, formare). Significa "cosa plasmata", neoformazione, intesa come formazione patologica di tessuto.

¹⁴ Vd. neoplasia.

¹⁵ Dal gr. *μετάσταση* [metástasi] = mutazione, trasposizione, cambiamento; da *μεθίστημι* [methístemi] = muto, cambio, sposto. Da *μετά* [metá] = oltre + *ἵστημι* [hístemi] = colloco, pongo. Trasposizione, trasferimento, diffusione del processo morboso tumorale con accrescimento di tessuto neoformato in un altro punto dell'organismo diverso dalla sede primitiva del tumore stesso. Quando la cellula neoplastica colonizza altri tessuti a distanza dove continua a riprodursi.

¹⁶ Dal gr. *σάρξ* [sàrx], *σαρκός* [sarkòs] = carne e suffisso *-oma* in uso dei patologi: carne putrida, tumore di carne (in decomposizione).

"I sarcomi dei tessuti molli nell'adulto sono forme tumorali che compaiono quando le cellule maligne si formano all'interno di un tessuto molle dell'organismo, indipendentemente dalla sede. Tali tessuti sono i muscoli, i tessuti connettivi, i vasi sanguigni o linfatici, i nervi, i legamenti e il tessuto adiposo. Solo la biopsia permette di scoprire di quale tipo di sarcoma si tratta e da quale tessuto ha avuto origine. I sarcomi dei tessuti molli sono tumori piuttosto rari. Le forme più comuni sono quelle pediatriche" (Fonte: AIRC – Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro – <http://www.airc.it/tumori/sarcoma.asp>).

¹⁷ La neoplasia è quindi costituita dalla progenie di una sola cellula che è andata incontro ad una serie peculiare di alterazioni genetiche. Queste alterazioni, nel loro insieme, rappresentano il processo di trasformazione neoplastica.

¹⁸ *Proto-oncogeni o oncogeni*: geni presenti e conservati nelle cellule normali, coinvolti nei processi di replicazione e differenziamento cellulare. Di norma vengono attivati e disattivati in funzione di ben determinati stimoli proliferativi. Se viene meno questo controllo a causa di una mutazione genica, la cellula inizia a proliferare senza controllo. Questi geni sono chiamati proto-oncogeni perché favoriscono attivamente la formazione del tumore: un proto-oncogene diventa allora un oncogene.

Geni oncosoppressori: essi agiscono nelle cellule normali sopprimendo la proliferazione cellulare. La loro inattivazione, dovuta ad alterazioni geniche, determina quindi la perdita dei normali meccanismi di "freno" della crescita cellulare e permette alla cellula che porta geni oncosoppressori mutati di trasformarsi in cellula neoplastica. Le mutazioni del gene oncosoppressore p53 sono le più comuni alterazioni genetiche associate ai tumori umani. Il fatto che il gene p53 sia così frequentemente mutato nei tumori umani suggerisce che il ripristino della normale attività di tale gene potrebbe rappresentare una nuova strategia terapeutica anti-tumorale.

mutageno è “padrone di casa” dovunque. Per questo, per qualunque organo, ha la chiave passe-partout, unica perché in ogni organismo c’è un unico DNA.

2) Analizziamo ora la seguente immagine (Fig. 1).

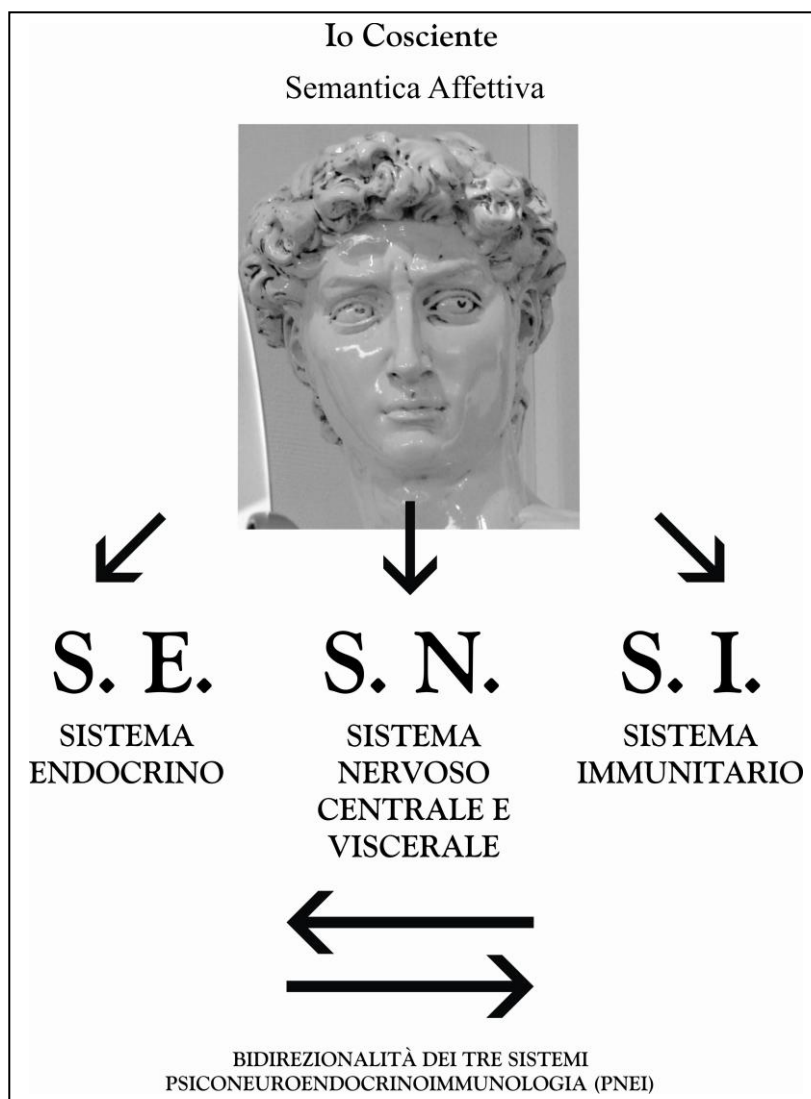


Fig. 1

L’uomo si riscontra in parte cosciente e in parte inconscio, quindi è competente, per se stesso, solo fino ad un certo punto. Ciò non dipende da un difetto di natura, ma dall’educazione subita e *metabolizzata* in senso medico, come la cellula metabolizza ciò che le è simile ed espelle ciò che le è diverso. Attraverso gli affetti primari, l’uomo metabolizza la lingua, i pensieri, la morale della famiglia dove nasce e si forma. Già le emozioni nel grembo della propria madre, specialmente dopo i cinque/sei mesi, fanno determinazione caratteriale. S’immagini quando per cinque/sei anni si vive con certi odori, colori, timbri di voce, un certo colpo di tosse, un tipo di sporco, una determinata musica, etc.: l’essere umano viene *neoplasmato* dall’educazione parentale. In sostanza, il comportamento, anche fisiologico, subisce delle varianti che rendono il fisico predisposto ad una certa patologia. A tal proposito, l’ereditarietà passa attraverso la chimica-fisica del corpo, ma tramite la causalità psichica del *metabolismo dell’affetto educativo base*¹⁹.

¹⁹ Ho condotto alcuni esperimenti in passato, in Paesi in cui ciò era consentito, spostando alla nascita – all’insaputa dei genitori – il figlio di una famiglia di tubercolotici in una famiglia cancerogena, e viceversa. Dopo qualche anno, i bam-

Infatti, ad esempio, è impossibile comunicare con se stessi nel pensiero senza la lingua madre e ciò fa capire che l'uomo, per incontrare se stesso, passa per lo stereotipo appreso. Questo aspetto va su tutti gli altri aspetti, dall'ideologia all'affetto, al sesso, etc.

La formazione dell'inconscio avviene per eccessiva metabolizzazione della prima educazione, che si auto-plasma clonando gran parte della personalità del soggetto. L'inconscio, quindi, è formato dal quantico vitale che ognuno ha per dote di natura ma che resta represso, censurato dall'Io logico storico. Sin dall'infanzia, il soggetto, oltre che in conformità ad alcuni ideali, si evolve non dando riconoscimento alla totalità circolare del proprio fisico psico-biologico in tutte le sue manifestazioni. Per cui conosce, ad esempio, soltanto i modi di spostamento e di pensare della "testa", ma non sa come pensa il proprio genitale, fondoschiena, ginocchio, cuore, etc. Si è perso un universo di comunicanti, per aver attribuito preferenza al sistema cerebro-razionale di un certo partito, di una certa tribù, regione, etc. Il nostro organismo ha un campo percettivo-sensorio infinitamente ricco. Ad esempio, nell'apparato gastro-enterico sono presenti tanti neuroni quanti quelli della "grande ghiandola" cervello²⁰.

3) All'interno dell'organismo umano sono presenti diversi sistemi di regolazione, ma i principali sono il sistema endocrino (SE), il sistema nervoso (SN) e il sistema immunitario (SI). *Ciascuno di questi sistemi non è autonomo dagli altri*, anzi, sono interferenti e complementari l'uno all'altro, per cui sono *bidirezionali*: hanno ambivalenza nella circolarità, cioè disponibilità reciproca di ascolto sensoriale e si muovono sempre all'unisono. Anzi, ciascuno non agisce o reagisce senza la contemporaneità degli altri. L'alterazione organica è prodotta dall'*informazione* dell'atteggiamento interno del paziente. Questo non è difficile da comprendere, in quanto, come già affermato, il DNA è l'identità comune.

Il cervello (cerebrale), considerato la "ghiandola" più importante dell'organismo umano, produce una certa quantità di sostanze (la scienza ne ha individuate solo una parte, circa cinquanta) definite *neurotrasmettitori*, o meglio, in linguaggio più specifico, *neuropeptidi*²¹, i quali costantemente gettano un ponte attivo tra il cervello e tutto il resto dell'organico²². Questo cervello è l'organo primario collegato con l'Io logico storico del soggetto, quindi connesso agli stati di *coscienza e volontà*.

Bisogna ricordare che i neuropeptidi non sono prodotti soltanto dal cervello: *"Ricerche biochimiche hanno evidenziato la capacità di vari tipi di cellule [adatte] a sintetizzare immunomodulatori e immunopeptidi all'interno del cervello e del SNC"* – cioè il cervello riceve rinforzi anche da altre cellule. Ad esempio, prima ho parlato dei neuroni diffusi nella zona viscerale²³: il cervello vive

bini, o le bambine, prendevano la tipologia patologica della famiglia di acquisizione, nessuno mostrava alterazioni a carico del DNA uguali a quelle verificatesi nella famiglia di nascita.

²⁰ In realtà, nell'addome si trova il primo cervello della vita; da un punto di vista embriologico, infatti, quello cerebrale si sviluppa successivamente. Basta ricordare, inoltre, che il cervello nell'addome è l'unico organo dotato di autonomia funzionale, cioè che agisce, controlla e coordina indipendentemente dal cervello cranico. Riguardo alla scienza che si occupa di questo settore, la neurogastroenterologia, cfr. 'Il viscerotonico', in A. Meneghetti, *Manuale di melolistica*, Psicologica Ed., Roma 2000³. Cfr. anche B. Dander, 'Il primo cervello e l'Ontopsicologia', *Nuova Ontopsicologia*, n.1/2001, Psicologica Ed., Roma e M. Gershon [1998], *Il secondo cervello*, UTET, Torino 2006.

²¹ Dal gr. νεῦρον [neûron] = nervo + πέπτο (πέσσω) [pépto (péssō)] = digerisco + -ide = chim. "derivato da".

In generale, i neurotrasmettitori sono sostanze liberate dai neuroni a livello sinaptico e che esercitano la propria influenza in maniera specifica su altre cellule (neuroni o organi effettori). I neuropeptidi sono neurotrasmettitori che si caratterizzano per il loro contenuto di una lunga sequenza di aminoacidi (i costituenti base delle proteine) che è appunto detta peptide.

²² "Organico": dal gr. ὄργανος = operatore, ordinante; gr. ὄργανον = strumento, organo; ordine ordinante. Variabile semovente con modulo (forma) costante." A. Meneghetti, *Dizionario di Ontopsicologia*, Psicologica Ed., Roma 2001⁴, p. 171.

²³ Le neuroscienze enteriche, meglio note come "gastroenterologia", si occupano dello studio delle interazioni fra la sfera cognitivo-affettiva della psiche e la sensibilità viscerale. Il fondamento biologico di queste ricerche risiede nell'identificazione di un asse – strutturale e funzionale – fra cervello e intestino (*gut-brain axis*, rappresentato dal ner-

anche di concomitanza, di *appoggio reversibile* – “*Tali cellule sono rappresentate da neuroni, astrociti, microglia, cellule endoteliali del sistema cerebrovascolare, macrofagi intrinseci e di derivazione ematica, linfociti T attivati.*”²⁴

Quindi, la produzione di una sostanza definita non è esclusiva di un organo, ma può essere anche assicurata da un altro organo (come avviene tra SN e SI). Ciò spiega perché, quando la chemioterapia interviene specificamente sull'organo isolato, il paziente può vivere alcuni anni (oggi la vita è stata allungata fino a cinque, massimo sei anni), ma poi si rileva che non è sufficiente, anche se i professionisti della medicina sono stati esatti. Ciò dipende dal fatto che l'agente mutageno intercetta un altro organo per produrre quell'elemento che consente di alterare la cellula e renderla cancerogena. In sostanza, è come se, chiuse tutte le porte, l'attività continuasse a muoversi ed entrasse dalle finestre o dal pavimento. Questo è possibile in quanto esiste una *intercettazione reciproca* tra più sistemi, dove uno può sostituire l'altro, per cui la malattia autogenera se stessa.

Il problema ritorna a monte: ma che cos'è che, chiuse le porte, trova la strada per la finestra? Qual è la prima etiologia?

Inoltre, “*è importante sottolineare che molte cellule immunitarie possiedono recettori specifici per neuropeptidi*”²⁵, per cui non è tanto il neuropeptide – per ipotesi – sbagliato che comunica l'inizio della malattia, ma c'è un' *aspettativa*. In sostanza, se il neuropeptide non arriva, ci sarà un altro che lo sostituirà. Quindi abbiamo a che fare con un agente totale sincretico, che non si alloggia solo in un organo ma è onnipresente: *cambia gli strumenti, ma mantiene il progetto*. “*Studi recenti hanno identificato nei neuropeptidi e nelle linfocine le molecole in grado di costituire il ponte di collegamento tra SNC e SI.*”²⁶

A questo punto, vorrei ricordare il cosiddetto “effetto placebo”, che esula da qualunque aspettativa meccanicistica fisico-chimica. L'effetto placebo non è tecnicamente realistico per la chimica della cellula, ma influisce sul progettante che ha la chiave d'identità di qualsiasi composto del proprio organico. Cioè la chimica fa da sacramentale curativo secondo la fede del paziente. Spesso più che la chimica è il carisma che il paziente accredita sul proprio medico. Similmente è la casistica di tossicodipendenti convinti di aver assunto la dose creduta.

4) La sostanza di tutto questo è che bisogna arrivare all'Io pensante: è lui il condizionatore totale del proprio organico, sia in modo cosciente che inconscio.

Parlando dell'agente mutageno, cioè del variabile genico che dà il mandato, nella scatola cranica si riscontra la *configurazione del progetto*, che propriamente si chiama *intenzionalità psichica*. Nella filosofia perenne questo è uno dei concetti di energia tra i più potenti che si possa immaginare, quindi non è l'intenzione in senso religioso o legale: è il sub-conduttore che costituisce tutto ciò che poi sarà il DNA, è la *forma dinamica che materializza il quantico che siamo*. Con “intenzionalità” mi riferisco anche al progetto delle leggi dell'universo (leggi chimiche, fisiologiche, etc. che determinano, ad esempio, la variabilità delle stagioni). L'intenzionalità è il progetto della se-

vo vago). Nel 2010 è stato pubblicato un importante lavoro che, attraverso la fMRI, ha permesso di visualizzare le aree corticali che, in condizioni d'ansia e/o di depressione, processano uno stimolo viscerale, inizialmente neutro, elaborandolo come doloroso (S. Elsenbruch *et al.* Affective disturbances modulate the neural processing of visceral pain stimuli in irritable bowel syndrome: an fMRI study. *Gut*. 2010;59:489-95). Ma queste ricerche vogliono esplorare certe interazioni e connessioni sempre e solo dall'alto, cioè la finestra sul modo in cui l'essere umano conosce il mondo è aperta sempre e solo sui neuroni cerebrali della scatola cranica.

Nella Scuola ontopsicologica da trent'anni sperimentalmente è stata riconosciuta e dimostrata la priorità del cervello viscerale su quello cranico.

²⁴ G. Lauro, O. Iommelli, *Il Modello della Psiconeuroendocrinoimmunologia (PNEI)*, Regione Campania, ASL 1, Ospedale S. Paolo di Napoli, Dipartimento di Agopuntura e Fitoterapia (responsabile: Dr. O. Iommelli).

²⁵ *Ibid.*

²⁶ *Ibid.* Attualmente si parla di “network bidirezionale fra cervello e sistema immunitario” (*bidirectional brain-immune network*). Per una introduzione sintetica alla disciplina della psiconeuroimmunologia, cfr. R. Zachariae, *Scandinavian Journal of Psychology* 2009, 50: 645-651.

movenza del mondo della vita e noi siamo consanguinei, olistici, viviamo così e siamo così perché appoggiati su questo pianeta che, a sua volta, è insieme ad una costellazione che non include soltanto il Sole ma un'intera Galassia: una cosa fa e sostiene l'altra. Quindi io parlo di una *intenzionalità naturalistico-fisica che progetta la materialità delle individuazioni*. Noi siamo liberi, ma *bios* è il denominatore base: noi siamo stati invitati dentro questo *bios*, che ha le sue leggi precise. “Precise” non significa quelle scritte nei libri sacri, ma come previsto dalla fisica, dalla chimica, etc., cioè in modo *reversibile*: io so e operando quello che so si dà la cosa; io penso e c'è reversibilità tra la formula che ho e la cosa, avere la cosa o sapere la cosa è l'identico potere. Quindi questa intenzionalità è qualcosa di generale, di cui noi abbiamo una parte: siamo “in affitto” all'interno di tale *bios* e, dentro di questo, l'uomo ha il *libero arbitrio*, ha emozioni, contraddizioni, amori, rabbie, eccitazioni, etc. Ognuno di noi è una enciclopedia di senso, di variabili, di poesia e di tanto altro. Propriamente intenzionalità significa quel dentro che la mente esige e coglie o può cogliere. È un vettore formale che organizza, (materia e non), il luogo e il modo scelto. Costituisce l'azione in quanto decide l'evento in modo, tempo e luogo. L'intenzionalità è il primo progettante. È prima, continua e finale come risultato oggettivabile.

Questa intenzionalità è specifica dell'attività psichica o psiche o Io pensante nell'ambito corporeo e territoriale dell'individuo connivente. Chi fa la determinazione in questo piccolo spazio di un solo corpo? L'*individuo*, che agisce attraverso “Io cosciente” o “semantica affettiva”.

“Io cosciente”: il soggetto pensa e reagisce in un certo modo.

“Semantica affettiva”: l'individuo può essere “clonato” dal sentimento di un altro, cioè può essere vissuto e metabolizzato dalla realtà dell'interesse di un'altra persona. Ad esempio, il comportamento di un uomo profondamente innamorato e il comportamento di un uomo freddo, *biologicamente* parlando, è diverso. In sostanza, la semantica affettiva fa un passaggio di informazione che è di interesse del mandante – la madre, l'amato, il socio, il fratello, l'amico, il nemico, perché per “affettiva” s'intende sia amore che odio – cioè mentre il soggetto riceve e vive quell'informazione, vi dipende e vi è condizionato, perché è convinto di essere lui a volere, a controllare, a scegliere. In realtà, non è così: il suo Io è travolto da una informazione alla quale egli aderisce con piacere, fino al suicidio se è necessario. Questi sono i due modi di intervento, psichicità e affettività. La psichicità è attività intenzionale. È causale come movente o azione prima. È riflessa o dinamica, cioè cosciente o inconscia. Quindi un progetto che fa contatto e alterazione su moduli energetici di qualsiasi tipo: cellule, società, persone, organi, ambiente, cultura, etc. Ma col progetto è unita la volitività affettiva, cioè il vettore ha intrinseco anche il destinatario. È intenzione per.

“Psiche” è un termine forte, è qualcosa che resta sempre *trascendente* le nostre normative comportamentali. Il termine “psiche”²⁷ non va inteso in senso psichiatrico o neurologico: quella non è psiche, è cervello, è un agglomerato di cordoni neuronici che fanno comunicazione elettroinformatica con le loro diverse sinapsi. Il cervello è un dopo-psiche: è una “grande ghiandola”, ma non è la psiche in sé. In sé e per sé, la psiche è anima, spirito, è l'Io precedentemente descritto, cioè l'intelletto, la mente, il misurante. Il concetto di psiche è eminentemente filosofico. Con questo non intendo affermare che chi frequenta la facoltà di filosofia conosce questi concetti: la vera filosofia è una conoscenza che appartiene soltanto a chi ha le basi della ontologia classica²⁸. Non è un mestiere facile, però con esercizio si arriva a questa comprensione.

5) Attraverso le informazioni accettate e distribuite dai tre sistemi, viene centrato soprattutto il sistema immunitario. Il DNA composto da specifica sequenza atomica, viene interferito attraverso

²⁷ Dal gr. ψυχή] = anima.

²⁸ Cfr. di A. Meneghetti: *Fondamenti di Filosofia* (2005), *Intelletto e personalità* (2005), *Conoscenza ontologica e coscienza* (2007), raccolti anche in *Dalla coscienza all'essere. Come impostare la filosofia del futuro* (2009). Tutti editi da Psicologica Ed., Roma.

la tolleranza e disponibilità dei neutroni. Da questi si modula l'inizio della variabile oncogenica che poi consente e attiva il processo metastatico. Ma questo è possibile finché l'informazione prodotta dall'intenzionalità psichica è in esercizio. Intervenire sui neutroni che contribuiscono nel DNA, sarebbe ancora un curare lasciando intatto l'architetto scrivente.

6) Riassumendo quanto finora esposto, tutto il fenomeno di qualsiasi tipo di tumore si può spiegare soltanto con la bidirezionalità dei tre sistemi (SN, SI, SE) omologati dal progettante – psiche – che, anche se influenzato da semantica affettiva, rimane sempre colui che fa lo start. Ma il paziente è consapevole di fare lo start? No, il malato vuole vivere. Anzi, colui che è affetto da tumore presenta una maggiore aggressività verso la vita: la vuole, addirittura la esige. Cosa avviene allora?

Il soggetto subisce un'informazione esterna – che per lui è un fatto traumatico, scioccante, contraddittorio, insopportabile, doloroso – la quale attiva, cioè fa motivazione (= agire energia su uno scopo). In sostanza, l'ego(cettività) toccato dalla informazione traumatica semantizza, informa i tre sistemi interattivi nervoso, endocrino e immunitario (neurotrasmettitori, ormoni, linfocine, neuropeptidi, neuroni specchio).

Per capire di che tipo può essere questa informazione che fa trauma psichico, porto un paio di esempi tratti dalla mia esperienza clinica²⁹.

– Un uomo di cinquant'anni, ben educato nella chiesa cattolica, con le sue varie inibizioni sessuali sempre confessate in senso cattolico, etc., si sposa con una bella signora, molto libera, per essere agevolato egli stesso in una autoliberazione interiore in riferimento all'amore e al sesso. Passano gli anni, nascono due figli, lui è un uomo esemplare, di studio, un bravo ingegnere, etc., quindi tutto va bene. Un giorno, per caso, quest'uomo – che vive la vita con coerenza e in un certo stile – scopre d'improvviso che la sua amatissima moglie è lesbica ed esercita attività omosessuale con la sua segretaria. Questa è l'informazione che costituisce il fatto traumatico, perché lui non sa come reagire e allora tace, fa finta di niente. Continua il suo lavoro, anzi, lavora di più, prega, accentua quello che può fare, ma il fatto traumatico, quindi la notizia ricevuta, comincia a progettarsi in modo autonomo e forma la neoplasia.

– Un'ottima signora, esemplare madre di famiglia e sposata con un ottimo marito, ha due figli maschi. Il primo è un bravo ragazzo, anche bello, che s'innamora di una ragazza al punto tale che vogliono sposarsi e il matrimonio è già fissato per due o tre mesi dopo. Il problema è che questo ragazzo bello e sano, che tra l'altro è il figlio adorato di questa signora, si vuole sposare con la ragazza peggiore (la più brutta, sporca e ignorante) del paesino dove vivono. Inoltre la situazione economica non è molto florida, per cui, una volta sposato, il figlio porterà la nuova moglie nella casa di famiglia composta da tre stanze. Questa signora, tutta raffinata e dolce per natura, come suocera non reagisce, ma nel giro di un mese muore di tumore. Sul letto di morte le parlo, dicendole che forse si può trovare una soluzione, etc. Ma lei risponde che non è possibile, non potrà mai sopportare quella situazione.

Quindi c'è il caso di soggetti *consapevoli* che però non lo dicono al medico, al sacerdote, all'amico, all'amica, etc. Era la mia capacità d'indagine che mi consentiva di comprendere queste situazioni. Grazie alle tre scoperte ontopsicologiche, è tranquillamente possibile interferire e visionare che cosa si sta progettando dentro la persona. Si può quindi rilevare il progetto, sia se il soggetto è cosciente, sia se il soggetto è inconscio. A parte i comportamenti, etc., è il *campo semantico*³⁰ che permette di individuare l'informazione diretta da parte del progettante, che poi entrerà nella cellula di un certo organo. Inoltre, attraverso l'*analisi onirica* – però non condotta in modo junghiano o

²⁹ La fascia della malattia di maggiore interesse è quella dai venticinque ai cinquant'anni, in quanto consente più scientificità di ricerca, mentre dopo i sessant'anni si assiste al fenomeno della degenerazione spontanea degli organi: alcune cose – tendini, ginocchia, etc. – non funzionano più come a trenta/quarant'anni.

³⁰ Cfr. A. Meneghetti, *Campo semantico*, Psicologica Ed., Roma 2004³.

freudiano, bensì sempre secondo il metodo esclusivo dell'Ontopsicologia – il sogno racconta dove il soggetto sta male, da quanto tempo, se vuole o meno guarire, qual è stata la causa e come andrà a finire. Nel sogno c'è proprio il progetto (cosciente o inconscio) tecnicamente e meccanicamente scritto, invariabile, infallibile: *la psiche scrive il progetto che attiva*³¹. L'Ontopsicologia è giunta a comprendere il *linguaggio* che l'inconscio usa³². Ad esempio, ricordo una paziente che sognava di andare in chiesa, di sentirsi molto pesante perché stava aspettando un bambino. In chiesa vedeva un angelo e finalmente il bambino nasceva. Questo sogno significava che la signora aveva un tumore ormai incontrollabile, per cui è morta qualche mese dopo.

L'Ontopsicologia ha scoperto il *linguaggio base biologico*: nella sua analisi, è una scienza molto *concreta*, non va oltre il campo della fisica, della misura, della dimostrazione biologica. *È dalla biologia che ho imparato l'Ontopsicologia*.

7) Analizziamo i seguenti due prospetti (Fig. 2).

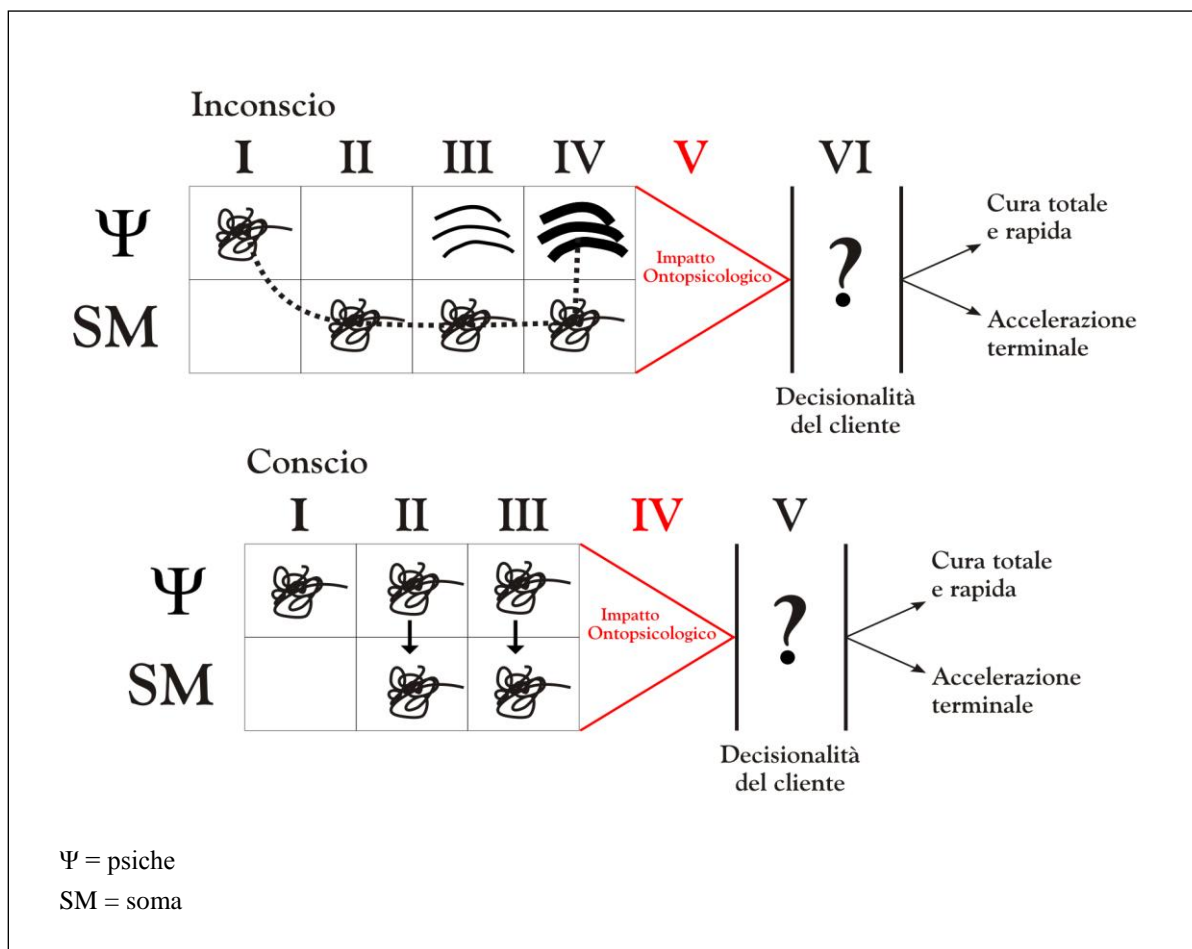


Fig. 2

Primo prospetto (inconscio)

In questa situazione, il malato non sa, non capisce. Nel primo tempo accade la notizia traumatizzante³³, ma il soggetto cerca di dimenticare, si rifiuta di vedere. Il primo tempo può durare da una

³¹ Si ricordi che l'Io è stato precedentemente definito "essenza spirituale operativa di forme e strutture *materiali e non*".

³² Cfr. A. Meneghetti, *L'immagine e l'inconscio e Prontuario onirico*, Psicologica Ed., Roma 2003³ e 2007⁵.

³³ Questo fatto è traumatizzante per il soggetto, ma per un altro uomo sarebbe stato motivo di risata. Ecco che ritorna l'incubazione omologata dal metabolismo sensorio nelle proprie percezioni d'infanzia: le cellule imparano a posizionarsi in un certo modo.

settimana a massimo tre mesi. Secondo la mia esperienza, una settimana dopo l'informazione traumatica il soggetto ha già formalizzato il progetto di alterazione.

Secondo tempo: la persona è convinta di stare bene, non ricorda quella situazione, tuttavia la notizia traumatica, scomparsa dalla coscienza, si è *somatizzata* programmandosi all'interno del soma. Il tempo dell'incubazione dura fino a quando il tumore attacca la sensibilità cosciente, quindi fa male. A quel punto il paziente se ne rende conto e va dal medico. Tutti i medici sanno che il tumore è difficile da rivelarsi subito, per questo in medicina si insegna ad essere previdenti (fare i check-up, etc.), perché se si arriva prima si può fare qualcosa, altrimenti a volte è troppo tardi, proprio perché c'è questo *stato voluto di incoscienza*, cioè è il progettante che, per non soffrire, fa finta che quanto accaduto non esista (“occhio non vede, cuore non duole”). Ma la notizia ormai è alterante.

Terzo tempo: il paziente si accorge che sta male, va dal medico e comincia la prassi curativa. Però il sintomo permane e continua ad attaccare. Il problema è esposto come malattia, preoccupazione, “male oscuro” che bisogna capire, etc., per cui il paziente va anche dallo psicologo, dal “mago”, etc.

Quarto e ultimo tempo: in questa fase è intervenuto il metodo d'indagine e di analisi della scienza ontopsicologica. In base alle tre scoperte ontopsicologiche, con un solo sogno del cliente l'operatore già sa dove sta la malattia. Però dialoga con il paziente e gli chiede se ricorda che cosa ha provato quella volta, cosa è successo, etc. L'ontopsicologo, facendo parlare il cliente, gli fa tirare fuori il problema occulto nell'organico, fatti, cose, circostanze che fanno associazione con l'informazione onirica e la referenza semantica (l'ontopsicologo è ben introdotto all'isolamento dell'informazione specifica). L'analisi termina quando si dà la coincidenza di tre fattori: sogno, semantica e fatto rilevato anche dal paziente. A questo punto l'Ontopsicologia *coscientizza* il cliente, gli mostra che quella malattia è effetto consequenziale di una causa che è egli stesso – in quanto pensante – ad agire. Ciò che determina la patologia è il modo come lui giudica se stesso, la sua vita, quel fatto. Cioè, come lui impone ed esige la rivalsa vendicativa o compensativa. Lui *uccide quel fatto* nella metafora psicosomatica. Cioè la metafora si fa metastasi.

Queste spiegazioni sono date in modo ben preciso, perché l'esperto ontopsicologo descrive tutte le circostanze, sempre rilevate dal sogno del paziente, dal campo semantico, etc. Il sogno è così “pettegolo” che quella volta che il cliente si è conturbato dice anche se c'erano o non c'erano le farfalle. Cioè ricostruisce *la scena primaria che fa il primo movente*, che attiva il progetto.

A questo punto l'ontopsicologo si ferma. Chi farà la differenza è il paziente: se accetta di cambiare, il tumore sparisce subito; altrimenti la malattia prosegue il suo corso. Nel caso di quell'ingegnere, ad esempio, se si fosse fatto una risata o avesse divorziato, non sarebbe morto. Se il paziente smette la progettazione, il tumore scompare nell'ambito di una settimana. Questo discorso è valido anche se ci sono già metastasi. La salute biologica rientra nella propria *normativa*. Per costituirsi la malattia, c'è uno sforzo, uno spreco energetico, una deviazione che ha un *alto costo* per i tre sistemi. Invece il rientro nella norma di natura è andare “in discesa”: il DNA primario si ricostituisce subito perché non c'è più l'offesa. Appena il paziente smette l'attività di progettazione – che è sempre psichica, cosciente o inconscia – ed entra nella *indifferenza* della notizia traumatica, la natura riprende il suo corso, in quanto viene tolto l'impedimento improprio, aggiunto, estremamente costoso. Ecco perché il paziente a volte guarisce spontaneamente, come notano (e non si spiegano) i medici. Cosa avviene in questi casi? Riprendendo l'esempio dell'ingegnere, se quell'uomo incontra un amore che lo appassiona di altra forma, facendogli dimenticare la moglie, avviene un cambiamento esistenziale che fa gratificazione in senso biologico: la notizia traumatica è indifferente, anzi, diventa un rinforzo a vivere diversamente. Ad esempio, quell'uomo si sente “scusato” dall'aver iniziato una nuova relazione in quanto è stata sua moglie, per prima, a tradirlo, quindi lui non ha colpa.

Secondo prospetto (conscio)

Nello schema cosciente, il paziente conserva precisa la memoria del fatto traumatico e la convive con intensa emozionalità lirica e tragica.

Ma non sa che quella memoria scrive anche somaticamente in qualche pagina del proprio organismo.

Quando si parla di “metastasi”, bisogna intendere proprio questo: il progettante nel primo tempo fa “metafora”, ossia trasferisce il trauma informatico (la notizia traumatizzante), nascondendolo e lasciandolo sopravvivere alloggiato in un organo. Quindi, la metastasi avviene come trasposizione dal problema psichico ad un luogo somatico, che a volte viene configurato come un simbolo di quella persona che si vorrebbe uccidere, eliminare, quella persona che al soggetto fa tanto male. Pertanto, l’organo può essere anche *personalizzato come luogo di capitolazione di un problema esterno*³⁴ (sociale, economico, sessuale, amoroso, etc.: è infinita la categoria, per cui c’è una fantasia illimitata nelle variabili del tumore).

L’intervento ontopsicologico, dopo la spiegazione, dice al cliente: “Questo è il problema. Vuoi vivere? Allora devi togliere questo problema. Totale fiducia ai medici, loro faranno quello che tu non sai fare, però o decidi, o anche il medico è fuori gioco, non può fare niente”. Infatti, il medico non può lottare contro il libero arbitrio del paziente, cioè contro un *progettante assente*. Il progettante è sempre assente dall’organo, dalla cellula, dalla linfa, dalla ghiandola, dal sarcoma, per cui è inutile insistere a colpire quel punto: il progettante scriverà altre lettere, altri romanzi, *finché lo scrittore vive*.

Su quanto affermato fino ad ora, nell’esperienza clinica ontopsicologica non c’è mai stata una eccezione.

La novità delle scoperte ontopsicologiche

L’Ontopsicologia ha formalizzato che esiste un *nucleo positivo salute*, che per prima cosa s’interessa di stare bene fisiologicamente. È il progettante immesso dalla natura, dalla provvidenza biologica di cui facciamo parte. Questo è il criterio costituente che differenzia e discrimina, e che l’Ontopsicologia – che lo ha definito “In Sé ontico”³⁵ – impara a leggere. Non è l’ontopsicologo che pensa a cosa si può fare: questo nucleo comunica che cosa si deve o non si deve fare, perché è dotato di *determinismo biologico infallibile*.

Questo nucleo positivo era stato immaginato, ma non era mai stato scoperto *sperimentalmente*, attraverso esposizioni che hanno evidenziato le caratteristiche attraverso cui si manifesta.

Poi esiste un’altra scoperta: sessopatologia. Per introdurla, porto l’esempio dell’AIDS, un’infezione che aumenterà, perché il sistema morale e di informazione è cambiato. Infatti, mentre cinquant’anni fa tante questioni riguardo al sesso erano “peccato”³⁶, oggi le cose sono cambiate, si dà il preservativo e si suggerisce di usarlo, ma non è che il preservativo sia veramente un modo di prevenire la malattia: è solo un tentativo di diminuirla. Non si previene perché, di fatto, sul piano pedagogico è come incentivare i giovani a fare sesso, l’importante è che usino il preservativo. Quindi, oggi non c’è più la difesa morale di una volta, contro la tubercolosi, la sifilide, con annessi e connessi, ma non esistevano malattie come l’AIDS.

³⁴ Portando un altro esempio, molti momenti di pensionamento possono costituire l’avvio tumorale, perché il soggetto (ad esempio un famoso giudice, primario, etc., rispettato e temuto da tutti) si sente in un attimo privato – dalla società – del suo potere e si considera ormai finito, relegato in una casa sotto gli ordini di un’impiegata (ad esempio, una badante, etc.). Conseguentemente, arriva il progetto “killer” del tumore.

³⁵ Cfr. A. Meneghetti, *L’In Sé dell’uomo*, Psicologica Ed., Roma 2002⁵.

³⁶ Voglio ricordare che nel mondo islamico i maschi arrivano vergini al matrimonio e questo è un punto di onore maschio.

Bisogna ricordare che, a parità di contatto infettivo, alcuni soggetti contraggono la malattia, mentre altri restano sani³⁷. Nel corso di una conferenza svolta in Italia, l'8 ottobre 1995, nell'ambito del meeting "Global Teach-In" dell'ONU – a cui partecipavano le rappresentanze nazionali d'Italia, scienziati e medici di fama mondiale, e anche il presidente di un'associazione di assistenza ai malati di AIDS³⁸ – io sostenevo che l'AIDS non era un'epidemia dovuta solo all'esterno e la prova consisteva nel fatto che le meretrici di Nairobi non avevano l'AIDS in quel periodo, mentre – ad esempio – il presidente dell'associazione di sostegno agli affetti di AIDS era in uno stato quasi terminale della malattia. Però era presente anche la moglie, che era sana. Io domandai alla moglie, davanti a tutti, se lei e il marito avevano buone relazioni sessuali, e lei rispose di sì e senza preservativo. La perversione dell'AIDS, che poi si fenomenizza nell'apparato biologico del soggetto, è come una *perversione psichica*: cercare, osare, volere la cosa allo spasimo; è una esigenza senza limiti, senza ordine, che vuole succhiare, "vampirizzare" il piacere, la gioia e la grazia dell'altro. Essa non dipende da un fatto traumatico, ma da una predisposizione caratteriale di accentramento affettivo unito ad una esosità ossessiva di possesso psico-sessuale dell'altro.

Anche nel caso dei carcinomi all'utero, il sesso è uno dei maggiori contribuenti, perché può accadere anche che la donna voglia il sesso con un certo uomo per ossessione mentale. Il sesso, infatti, è più presente come fissazione che come esigenza di natura. Quando il sesso è conforme all'esigenza biologica, tutto va bene. La malattia comincia quando esiste una *deformità*, quindi una perversione tra appetito biologico e fissazione psichica. In quel caso gli organi genitali, che rappresentano una complessa e straordinaria intelligenza, vengono stressati. Nel sesso c'è un ordine e molti papillomi e patologie simili sono dovute a perversioni individuali, cioè ossessione fuori regola o con un partner non adatto. Pertanto, dal momento che quella donna, ad esempio, non è in grado di rifiutarsi, perché è incosciente della sua ossessione, allora interviene la natura che dice: "Se questo è il tuo sesso, io non voglio", e comincia la reazione. Per cui, *il tumore molte volte è l'ultima difesa che l'organico biologico ha*. È come se l'organismo, se non ha un padrone esatto, ossia un responsabile intelligente, preferisce annullarsi. È la legge della natura.

Inoltre, quando si fa sesso appaiono delle immagini e bisogna fare attenzione, perché sono *operative*. La base dell'energia è l'immagine³⁹: esistono immagini che sono "killer", altre immagini sono congruenti. Con il mondo della psiche si apre lo squarcio di un universo contrapposto, straordinariamente meraviglioso, però *ci vuole sempre una razionalità normativa tra funzione, piacere e vizio (deformazione dello strumento)*.

La seconda scoperta, quindi, è questa *informazione trasversale semantica*⁴⁰, per cui la malattia si contrae – a parte i casi estremi di qualcuno che è già malato per troppe cause – anche per una *aspettativa*, per una conformazione psichica, cioè il soggetto ha paura ma è curioso su quella malattia, invece di avere fredda neutralità⁴¹. Anche per prendere la malattia, il progettante deve prima concordare; se invece rimane chiuso non c'è niente da fare. Questo spiega come mai tanti vanno tra i lebbrosi e rimangono sani. Similmente, molti medici non contraggono le malattie infettive dei propri pazienti perché il camice bianco è simbolo di un distacco, di una difesa: il medico deve saper curare senza entrare e rimanere dentro il malato – in modo emozionale, partecipativo, etc. – altrimenti

³⁷ C'è anche il fatto dei bambini malati di AIDS già all'età di 2/3 anni, ma in quel caso il motivo è che essi hanno la referenza univoca con la madre o altro adulto iper-infettato.

³⁸ Cfr. 'Etiologia dell'AIDS: predisposizione psichica e interazione virologica', in A. Meneghetti, *Genoma ontico*, Psicologica Ed., Roma 2009³.

³⁹ Cfr. A. Meneghetti, *L'immagine alfabeto dell'energia*, Psicologica Ed., Roma 2005⁴. Cfr. anche 'La sindrome neoplasica come effetto dell'immagine psicoteica', *Nuova Ontopsicologia*, n.1/2004 e 'Canzone d'amore o programma di neoplasia?', *Nuova Ontopsicologia*, n.1/2006, Psicologica Ed., Roma.

⁴⁰ Cfr. A. Meneghetti, *Campo semantico*, cit.

⁴¹ Ricordo un ragazzo a cui avevo detto che, se non fosse stato attento, avrebbe contratto la cosiddetta "influenza suina". Lui mi ha risposto: "Ma io mica sono un maiale!" È certo che lui non si ammalerà mai di quella influenza, perché ha un antigene psico-infallibile.

si ammalerà anche lui prima o poi. Anche i volontari religiosi che operano tra infettanti restano immuni, perché essi intenzionano Dio o altro nel servire il prossimo infetto. Anche i bimbi nati in famiglia infetta, si curano naturalmente cambiando posto o riferimento affettivo⁴².

Nel concetto di “informazione semantica trasversale comunicativa” rientrano anche i mass media, che sono dei grandi “neurotrasmettitori” di disgrazia e di malattia, perché comunicano in un certo modo e la notizia inizia a destare curiosità. Certamente, dietro ci sono potenti case farmaceutiche, che restano sempre indispensabili.

C’è poi una terza scoperta: *interferente aggiunto* o monitor di deflessione⁴³. È come una specie di virus nei programmi che si forma attraverso una razionalità composta⁴⁴. Nasce dall’educazione, attraverso cui si formano degli stereotipi razionali che poi diventano fissativi del soggetto, il quale – quando indaga le cose nuove – riprende sempre quella scala, quegli strumenti e, nel ripeterli, irrigidisce e limita se stesso⁴⁵. Questo interferente aggiunto si dimostra convalidante e rinforzante di qualunque processo patogeno: che sia schizofrenia, tumore, incidente stradale, suicidio, lui è sempre un *parlante*⁴⁶. Una curiosità: è impossibile che uno schizofrenico manifesto sia malato di tumore, perché è già totalizzato nell’ossessione del progettante; quindi, occupa soltanto la testa nella sua pazzia e nel suo rigidismo coatto, senza passare nel soma. La peggiore malattia è certamente la schizofrenia, che però non fa mai il passaggio nel corpo (anche se il soggetto si dovesse trovare in un ambiente altamente infetto), perché lo schizofrenico ha questa super-patologia che fa da deterrenza a tutte le altre forme patologiche⁴⁷.

Oltre alle comunicazioni che si possono osservare in strumentazione neuropsichiatrica e in tutti i diversi processi derivanti dal midollo spinale, bisogna considerare anche il concetto di “chakra”⁴⁸. Noi abbiamo delle zone (soprattutto sette: sommità della testa, fronte, gola, plesso solare, viscerotonico, zona genitale, zona sacro-lombare) che sono energeticamente più vicine alla psiche. I chakra sono delle *localizzazioni più forti di energia biologica* e, in caso di malattia, prima dell’alterazione organica viene alterata la struttura energetica di quel luogo⁴⁹. Per capire di che tipo di energia si sta parlando, si consideri un massaggiatore che fa un buon massaggio. All’inizio le mani sono fredde, però dopo c’è un calore. Quel tipo di calore è campo eterico⁵⁰: “campo” in senso fisico; “eterico” perché è poco ponderabile: emanazioni elettroniche senza nucleo.

Dopo l’informazione generale psichica, scattano – al di là del sistema neurovegetativo – i tre sistemi di cui si è parlato prima (SN, SE, SI), tra i quali avviene una ricetrasmissione, una comunicazione grazie alle sinapsi, che trasportano informazioni. Ma ogni informazione non altera in modo molecolare i neuroni, in quanto questi hanno la facoltà di trasmissione in modo *fotonico*, cioè a specchio⁵¹ (si parla infatti di “neuroni mirror”): *trasmettono l’informazione senza subire alterazione*

⁴² Cfr. p. 6 nota 19.

⁴³ Cfr. A. Meneghetti, *Il monitor di deflessione nella psiche umana*, Psicologica Ed., Roma 2003⁴.

⁴⁴ Ad esempio, i virus dei computer sono informazioni che distruggono il programma antepoendosi in modo assoluto, ma si tratta di una *conformazione fotonica*. Non è un processo molecolare interno, ma soltanto un passaggio di *immagine*: l’immagine si appoggia ma non altera, finché non arriva sul punto di dover alterare, perché è un *progetto*.

⁴⁵ Invece, ad esempio, la conoscenza scientifica – nonostante l’esperienza – è sempre curiosità aperta.

⁴⁶ Quando si sente che la testa parla, non è “Dio che vede”: è una delle fenomenologie di questo interferente aggiunto.

⁴⁷ Cfr. A. Meneghetti, *La schizofrenia nell’ottica ontopsicologica*, Psicologica Ed., Roma 2002.

⁴⁸ Cfr. ‘I centri vitali’, in A. Meneghetti, *Manuale di melolistica*, cit. Cfr. anche S. Sharamon e B.J. Baginski, *Manuale dei chakra*, Ed. Mediterranee, Roma 1995.

⁴⁹ Ad esempio, quando un’emozione raggiunge la zona sacro-lombare, in particolare il coccige, sicuramente da lì a poco scatterà qualche malattia nell’apparato viscerale, osseo o nel colon.

⁵⁰ Cfr. di A. Meneghetti: ‘Ontopsicologia, psicoterapia, campo eterico’, in *Ontopsicologia clinica*, Psicologica Ed., Roma 2004³; ‘La triplicità energetica psicosomatica’, in *L’In Sé dell’uomo*, cit.; ‘Biodinamica del campo eterico’, in *La psicosomatica nell’ottica ontopsicologica*, Psicologica Ed., Roma 2008⁴.

⁵¹ I neuroni specchio sono particolari tipi di neuroni visuo-motori scoperti per la prima volta nelle scimmie a livello dell’area corticale frontale F5. Tali neuroni si attivano sia quando la scimmia compie una certa azione che quando la scimmia vede compiere ad un altro la stessa azione; essi non rispondono a nessun altro tipo di stimolo visivo. Secondo

*elettrica o chimica*⁵². Quindi un'informazione patologica può partire dal cervello – siamo già sul piano del SNC, che è dopo la psiche – per poi attraversare sinapticamente i diversi tracciati e, infine, colpire l'organo prescelto in modo *strutturale*, ossia in modo di architettura molecolare. Perché proprio quell'organo? Qui deriva il campo delle libere associazioni del soggetto, cioè cosa sta pensando. Quell'organo è scelto perché simbolicamente prossimo – secondo la concezione del cliente – al fatto reale in sé. Un esempio tipico è quello di alcuni adolescenti, tra i tredici e i sedici anni, che ho curato da alcune perforazioni purulente. Per fare uscire quelle piaghe/ferite, alcuni soggetti impiegavano 10/20 minuti; poi per ripararsi era necessario il tempo di qualche mese. Quando intervenivo su questi casi, in cui il progettante aveva la *rapidità di comunicazione*, il soggetto voleva colpire – ad esempio – uno dei genitori, e questa aggressività fulminea voleva uscire, ma il progettante la tratteneva con il proprio corpo, per cui si producevano queste ferite. Oppure fare esplicito masochismo per impietosire o colpevolizzare l'altro. Ricordo che ad una ragazza dissi: “Almeno fa' uscire la piaga nel centro del palmo della mano, così ti fanno santa, hai le stigmate come Gesù”. Non voglio entrare in questioni religiose, però tutto questo è scienza ordinaria. Così come l'indemoniato esiste solo nell'ambito cattolico, non in altre religioni, dove magari è presente in altre forme.

Tutto ciò fa capire che *la psiche è il progettante che fa l'agente primario alterante il percorso biologico di qualsiasi composto dell'organico umano*. L'Ontopsicologia è riuscita ad intercettarlo, non semplicemente a dedurlo.

Penso di aver incrementato la curiosità su qual è l'ottica di ricerca, e questo potrà interessare qualche medico che vuole conoscere oltre ciò che la medicina insegna. Però ricordiamoci che, in base alla mia esperienza, su 100 persone – per ipotesi – che ho incontrato, ne ho guarite 30/40. Per le altre 60/70 non era il metodo incapace: era il soggetto che manteneva dentro di sé “mi spezzo, ma non mi piego”, cioè “accettare questo per me è impossibile, preferisco morire”. C'è sempre questa alternativa e in tali casi è inutile “violentare” il malato: ha già il suo percorso.

Tuttavia, può capitare un malato che pensa che la vita si può sempre cambiare. In tal caso, accanto alla precisa ed oculata cura medico-farmaceutica, qualche volta si può associare la competenza ontopsicologica. Io già nella prima seduta posso dire come il paziente reagirà, perché lo vedo (dall'analisi onirica, dal campo semantico, etc.). Se c'è la possibilità di cambiamento, faccio una seconda seduta. Una terza seduta se so che il paziente è guarito. Se invece noto che è rigido, cioè non vuole cambiare, glielo faccio ammettere e basta, per non perdere tempo. Perché alla fine, come scienziato, sono anche dell'idea che “se la tua vita non interessa a te, a me interessa meno ancora”.

Maggiori approfondimenti sull'argomento, ancora più scientifici, saranno inviati entro la fine di settembre 2010.

molti scienziati queste cellule sarebbero responsabili della nostra capacità di comprendere gli altri. Per ulteriori approfondimenti, cfr. G. Rizzolatti, C. Sinigaglia, 'Mirror neurons and motor intentionality', *Functional Neurology* 2007, 22(4): 205-210; J.T. Kaplan, M. Iacoboni, 'Getting a grip on other minds: mirror neurons, intention understanding, and cognitive empathy', *Soc Neurosci* 2006, 1(3-4):175-83.

⁵² Cfr. 'Monitor di deflessione, meme ed episteme scientifico', in A. Meneghetti, *Il monitor di deflessione nella psiche umana*, cit. (in particolare pp. 21-26); cfr. anche 'Specularità e organismico' nel medesimo testo.