

**SINERGIE TERAPEUTICHE TRA FIORI DI BACH, OMOTOSSICOLOGIA E PSICOTERAPIA
AD INTEGRAZIONE CORPOREA
NEI DISTURBI PSICOLOGICI E PSICOSOMATICI**

RIASSUNTO

Scopo della ricerca era di verificare, usando una metodologia di ricerca scientificamente accettata dalla Medicina Convenzionale e con evidenze statisticamente significative alla mano, come la Medicina Biologica possa offrire nei disturbi psicologici e psicosomatici delle validissime alternative alle terapie convenzionali con psicofarmaci; di presentare un test, denominato "Floritest", di rapida e semplice esecuzione, per la evidenziazione degli atteggiamenti comportamentali alterati correlati ai relativi rimedi floreali di Bach e di estrapolare le evidenze, statisticamente significative, tra i suddetti atteggiamenti comportamentali alterati, i vissuti psico-fisiologico-relazionali, e le perturbazioni psicologiche evidenziate dai tests psicometrici.

PREMESSA

Secondo le teorie di SELYE (56) 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 a delle alterazioni permanenti vuoti delle strutture psicologiche, vuoti di quelle organico-funzionali (40). L'ansia non va considerata come un sintomo o una patologia, ma come un necessario meccanismo di difesa che si esprime attraverso una percezione di malessere o di mal d'essere che nasce quando ci si trova in una nuova situazione. Tale meccanismo di difesa mette in moto tutte le nostre capacità consentendoci di adeguarci positivamente nei confronti del nuovo "status" (22). La mancanza di reazioni d'ansia trasformerebbe la realtà in qualcosa di completamente banale o meccanico (1). Ora se consideriamo l'importanza del cervello (Fig. 2) nel controllo del sistema nervoso autonomo (47), nelle funzioni neuroendocrine e nei responsi umorali mediati dalle cellule, dobbiamo pensarlo operante (36) attraverso un sistema di integrazione delle sue varie specificità sviluppatasi nel corso dell'evoluzione, ma che continuano a influenzarsi reciprocamente: va considerato il rapporto tra emozioni e risposte fisiologiche (effetti a breve termine) e il rapporto tra regolazione emozionale e modificazioni dei parametri biologici (effetti a lungo termine) con modificazioni della funzione immunitaria. La mancanza di sincronicità tra i vissuti e le reazioni di questi tre cervelli sta alla base del conflitto psicologico e la psiconeuroendocrinoimmunologia (PNEI) nasce da questo paradigma dove la mente, tramite il veicolo neuroendocrinologico, si molecolizza originando le modificazioni immunitarie (24, 27, 59).

Bach (Fig. 3) riuscì a percepire le capacità vibratorie dei fiori, notando una maggior energia nelle piante cresciute al sole rispetto a quelle cresciute in zone ombrose; notò inoltre che la rugiada contenuta nei fiori aveva le stesse proprietà vibrazionali del fiore stesso: da queste osservazioni nacque il suo metodo. Fu proprio questa (Fig. 4) la sua profonda intuizione: l'energia vibrazionale e coerente dei fiori poteva riportare l'equilibrio in una persona in quanto non è lo Spirito che si incarna nella materia, ma è quest'ultima che trae origine ed è plasmata dall'Energia dello Spirito, attraverso i suoi campi elettromagnetici, e le vibrazioni contenute nelle sue soluzioni davano forma al pensiero e modellavano i comportamenti: se (Fig. 5) dovessimo spiegarlo in termini quantistici potremmo dire che le soluzioni diluite di molecole biologiche modificano la "qualità dell'acqua" e tramite questa influenzano i domini coerenti dei fluidi dell'organismo riportando ordine nella misura in cui ricostituiscono i domini di coerenza stessi. Un esempio pratico di ciò (Fig. 6) lo possiamo osservare al microscopio elettronico nella cristallizzazione dell'acqua in regime di coerenza e non.

I disturbi psichiatrici, con le diverse e correlate implicazioni neuro-ormonali, necessitano di un intervento terapeutico multifattoriale (14) per ottenere un riequilibrio della persona intesa come unità somatopsichica nel suo percorso bidirezionale Salute-Malattia (Fig. 7): nella patologia psichica quindi non ci fermeremo alla prescrizione del solo rimedio ad azione mentale, ma terremo in debito conto, qualora presenti, anche i sintomi fisici (15, 17) per i quali adotteremo una idonea terapia di supporto consci che ottimizzando il fisico otterremo altrettanti benefici sul versante psicologico. E' per questo che l'indagine iniziale del paziente deve essere quanto più completa possibile sia sul versante psicologico (8) che su quello fisiologico.

Premesso ciò possiamo comunque affermare che intervenire nei disturbi psicologici e psicosomatici utilizzando i Fiori di Bach (9, 10, 23, 42, 43, 44, 54, 58, 60) inseriti nel concetto di Psicopsintesi (23, 42, 52) tracciato (Fig. 8) magistralmente da Assaggioli (2, 3, 4, 6, 7) è uno dei cardini della nostra terapia di riequilibrio psico-fisico della persona (18, 20, 28, 29, 30, 31, 32, 37, 41, 49, 58). Altra indispensabile condizione è di richiedere al paziente di attivare la propria volontà: intesa, citando Assaggioli (5), come "funzione e forza che a livello umano guida verso la sintesi; significa uscire dal mondo della casualità per aprirsi al mondo della finalità, uscire dal determinismo dell'inconscio rimosso per aprirsi alle possibilità di una consapevole gestione della propria vita, uscire dal proprio passato per costruire il proprio futuro. L'atto di volontà, attraverso gli istanti delle decisioni, diventa scelta consapevole, perciò libera e quindi responsabile, che spinge l'individuo più in là, verso obiettivi che operano da trasformatori della propria vita e della propria personalità".

RISULTATI

Analisi della domanda

Lo studio prende in esame l'analisi dei tests psicometrici somministrati nel triennio 2001-2003, agli utenti dei servizi di psicoterapia afferenti al nostro ambulatorio o da eventuali afferenti per patologie fisiche cui veniva proposto un intervento psicoterapeutico essendo chiaramente evidente, dal primo colloquio, una correlazione psicosomatica all'origine del loro disturbo (Tab.1). Il primo punto che tendiamo a sottolineare nel colloquio iniziale è la "**conditio sine qua non**" è possibile intraprendere una psicoterapia efficace senza accettare di mettersi in discussione riguardo ai propri vissuti, alle proprie

emozioni, ai propri atteggiamenti sia nei confronti del lavoro, delle relazioni e della visione della vita in genere. Preferiamo essere molto chiari ed espliciti fin dal primo colloquio sulle modalità e sull'iter che il paziente si accinge a intraprendere (Fig. 9). L'analisi psicometrica preliminare proposta agli utenti consiste di una batteria di tests (8, 16, 34, 35, 39, 61, 62) da compilare a domicilio (Fig. 10).

Un simile impegno psicologico, emotivo ed economico, non sempre, viene accettato (TAB. 2): è per tale motivo che ad una prima indagine notiamo come 20 (14,3%) dei 140 afferenti per il counseling iniziale non si ripresentano (Drop-out iniziale) e non riportano la batteria di tests loro consegnata per la compilazione a domicilio; tale rinuncia a nostro avviso non inficia eccessivamente i risultati terapeutici, anzi, ci permette di intraprendere un lavoro proficuo con persone, almeno inizialmente, ben motivate alla terapia e quindi di non disperdere tempo prezioso nei confronti di chi la malattia la concepisce, consciamente o inconsciamente, come un escamotage per non assumersi eventuali responsabilità che la vita, nelle sue molteplici espressioni, gli presenta.

Prenderemo quindi in esame le 120 batterie di tests psicometrici a noi pervenute dopo la prima seduta di counseling (TAB. 3): nella fattispecie 40 (33,3%) persone afferivano per malattie somatiche, 60 (50%) per richieste di intervento psicologico personale e 20 (16,7%) per psicoterapia relazionale di coppia. 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 questo non fosse applicabile, mediante il metodo esatto di Fisher o il χ^2 con correzione di Yates (19).

L'età media del campione (Tab. 4), costituito da 120 casi, era di $34,47 \pm 9,19$ (DS) anni con un minimo di 16 anni per le due persone più giovani e un massimo di 61 anni per le due persone più anziane. Valori analoghi di età media si sono rilevati nei tre gruppi precedentemente indicati come classi di intervento (40 afferenti "somatici" con età media di $34,7 \pm 9,25$ anni; 60 afferenti "psicologici" con età media di $33,68 \pm 10,09$ anni; 20 afferenti "relazionali" con età media di $34,55 \pm 5,94$ anni) a conferma della bontà di reclutamento del campione anche se (Tab.5.* $p < 0,001$) rappresentato prevalentemente da donne (100 ♀, 20 ♂): a nostro avviso tale dato è dovuto non solo alle specifiche specializzazioni dell'autore, ma anche al fatto che questo dato corrisponde alla più larga prevalenza di donne portatrici di disturbo ansioso-depressivo o di somatizzazioni rispetto ai soggetti di sesso maschile che più difficilmente, e con maggiore reticenza, si rivolgono alla psicoterapia se non in condizioni di disturbo veramente grave.

L'utilizzo di psicofarmaci, al momento del counseling, era molto diffuso dato che il 46,7% dei pazienti ne faceva già uso (Tab.6.* $p < 0,001$) specie tra gli utenti che manifestavano una sintomatologia psichica. Tale utilizzo nel corso della terapia si è significativamente ridotto (Tab.7.* $p < 0,01$), praticamente azzerandosi, in coloro che intraprendevano con costanza una collaborazione terapeutica (Tab.8.* $p < 0,001$). Analizzando la richiesta di intervento (Tab.9.* $p < 0,01$) possiamo notare una netta discrepanza per i tre gruppi nelle motivazioni che portano il soggetto alla psicoterapia: la consapevolezza dell'origine psicologica alla base del proprio disturbo è molto più presente nei soggetti che già si presentano con una domanda di intervento psicoterapeutico (71,7%), rispetto a chi si presenta con una eclatante somatizzazione (40,0%) o a chi giunge in consultazione per una terapia di coppia (30,0%).

Analisi dell'approccio terapeutico e della prescrizione terapeutica

La proposta terapeutica (Tab. 10.* $p < 0,01$) che veniva formulata dopo la relazione psicometrica poteva avvalersi di più opzioni in funzione delle preferenze espresse per l'uno o l'altro approccio dal paziente: potevamo avvalerci di una semplice psicoterapia di tipo cognitivo-comportamentale con indicazioni terapeutiche mansionali a domicilio, affiancare a questa dei rimedi naturali o integrare, ulteriormente, il tutto con una Psicoterapia ad Integrazione Corporea (Fig. 11) dove oltre al colloquio e alla prescrizione dei rimedi naturali (12, 13, 25, 38, 48, 50, 51) si affiancavano le tecniche di rilassamento (21, 53), il massaggio psicoterapeutico (33, 45, 46) e la bioenergetica (27). Tale proposta terapeutica veniva formulata in base alla sintomatologia evidenziata sia dalla elaborazione della batteria di tests psicometrici compilati a domicilio, sia dal colloquio e dalla visita clinica dell'utente effettuati nello studio: la psicoterapia cognitivo-comportamentale si dimostra più appannaggio delle terapie relazionali di coppia mentre la scelta di un affiancamento a quest'ultima dei rimedi naturali o della Psicoterapia ad Integrazione Corporea era maggiormente gradita dagli utenti che si presentavano per disturbi psicologici o, ancor di più, psicosomatici.

La prescrizione terapeutica domiciliare invece (Fig. 12) si avvaleva di più classi di prodotti e all'interno della stessa classe di più tipi di rimedi. Dato l'interesse del Convegno ci soffermeremo solo sui dati salienti relativi ai Fiori di Bach, emersi dalla elaborazione dello studio, tralasciando le altre classi di prodotti che comunque fanno parte della terapia integrata. Per rendere più immediata la lettura delle tabelle e la prevalenza delle eventuali terapie date ad una delle tre classi di utenti contraddistingueremo gli utenti "psicologici", quelli "somatici" e quelli "relazionali" con dei colori diversi che riporteremo nello sfondo delle tabelle qualora emergessero per quella correlazione dei risultati rilevanti, mentre il grado di significatività continueremo sia a riportarlo che a evidenziarlo con lo sfondo giallo.

Le Tabelle 11 e 12 riportano in forma sinottica le correlazioni risultate significative tra la presenza, la frequenza ed il tipo di classe di fiori di Bach significativi al Floritest e i punteggi significativi delle scale psicometriche. Le numerosissime significatività emerse meriterebbero un ulteriore approfondimento che però va oltre lo scopo di questo lavoro: in linea di massima possiamo affermare che risulta una significativa correlazione degli stati d'animo corrispondenti ai fiori di Bach rispetto al tipo di utenza (Tab.13) nel senso che punteggi relativi ai fiori per la **paura**, per l'**incertezza**, per il **disinteresse**, e per la **depressione**, sono maggiori negli utenti "psicologici", ugualmente presenti anche se in minor misura negli utenti "somatici", quasi assenti negli utenti "relazionali".

Analisi della adesione, della collaborazione e della conclusione terapeutica

La durata media della terapia variava nelle tre classi di utenti con un riscontro significativamente maggiore per la durata della stessa (Tab.14.* $p < 0,01$) nel disturbo psicosomatico: questo infatti è più difficilmente accettato come derivante da un conflitto psichico e necessita quindi di tempi di terapia mediamente più lunghi rispetto alla risoluzione del malessere psicologico o alla definizione di una situazione relazionale per la quale i tempi risultano più brevi.

La terapia viene da noi considerata come conclusa: per drop-out; in seguito ad una terapia non collaborante; o, in caso di terapia collaborante nel momento in cui, 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.15.*p<0,05).

La collaborazione terapeutica manifesta una maggiore incidenza nel gruppo psicosomatico; va infine precisato che con l'utilizzo della Psicoterapia ad Integrazione Corporea abbinata alla terapia biologica si otteneva una collaborazione terapeutica, con i relativi risultati, ed una adesione alla terapia statisticamente più elevata (Tab.16.*p<0,001) rispetto alla sola psicoterapia cognitivo-comportamentale o mansionale che fosse. Significativo può essere il dato che le nostre percentuali relative al Drop-out post relazione sommate alla percentuale delle terapie non collaboranti ci porta un 37,5% di abbandono terapeutico: dato discretamente inferiore rispetto ai riscontri del 45% della letteratura internazionale sul Drop-out terapeutico relativo agli utenti trattati con antidepressivi rilevato nel 1997 da Bellantuono (11) nella sua metanalisi su 30 lavori clinici internazionali.

Analisi dei risvolti psicometrici in funzione della terapia

Nel presente studio nomineremo "COUNSELING TOTALE" l'intera afferenza dei 120 utenti rivoltisi allo studio. La maggior parte di questi utenti (76 pari al 63,4%), per la rapida risoluzione terapeutica o per il drop-out, non ci ha concesso una rivalutazione psicometrica del caso essendosi la terapia conclusa nell'arco di pochi mesi. Per il restante 36,6% dei pazienti trattati (che individueremo come "UTENTI CONTROLLO"), in genere quelli con problematiche maggiori che hanno richiesto un lavoro più intenso e prolungato, abbiamo invece a disposizione una ulteriore possibilità di analisi. Infatti, la valutazione dei risultati terapeutici ci è consentita dal fatto che per alcune persone i tempi di terapia si protraggono oltre i 6 mesi; in questo caso alle volte rivalutiamo la situazione psicometrica per meglio modulare la terapia: otteniamo così una seconda batteria di tests che ci consentirà di confrontare i nuovi punteggi ottenuti dagli utenti (che chiameremo "CONTROLLO") con quelli rilevati negli stessi utenti (che individueremo come "COUNSELING INIZIALE") al momento dell'indagine psicometrica iniziale.

Il confronto dei punteggi ottenuti nei due tempi (Tab.17) dimostra come tutte le scale psicometriche hanno ottenuto dei punteggi minori nel gruppo di controllo rispetto ai valori riportati, per gli stessi soggetti, nell'analisi psicometrica al momento del colloquio iniziale. Tale diminuzione, variabile per ciascuna scala è risultata statisticamente significativa per le scale dell'Ipocondria, della Depressione, della Paranoia, dell'Indice di Nevrosi e per la Forza dell'Io; nelle scale rimanenti la diminuzione dei punteggi, anche se non statisticamente significativa, poteva interessare un numero **limitato** (<25% dei casi con punteggi patologici), **discreto** (tra il 25 e il 50% dei casi con punteggi patologici) o **numeroso** (>50% dei casi con punteggi patologici) di soggetti e con i rispettivi colori lo abbiamo evidenziato nelle tabelle.

Precisiamo che qualora i valori fossero risultati inferiori a 6 casi, per un motivo di significatività statistica, sono stati evidenziati come una lieve diminuzione indipendentemente dalle reali percentuali con cui erano diminuiti e da noi indicate nel capoverso precedente.

Analisi delle variazioni riscontrate nei Fiori di Bach

Il Floritest, per la sua rapida esecuzione (circa 10 minuti), veniva somministrato frequentemente agli utenti per valutare la gestione degli stati emotivi e la loro risposta alla terapia: è un test da noi elaborato per una preliminare indagine degli atteggiamenti mentali, correlati ai relativi fiori di Bach, che possono essere conflittuali nella persona presa in esame.

Consta di 38 items ciascuno composto da due serie di affermazioni che per l'interlocutore potranno essere considerate da Completamente vere (V) fino a Completamente false (F) passando per due gradi intermedi di vero (v=parzialmente vere) o falso (f=parzialmente false). Ciascuna serie di affermazioni è stata estrapolata seguendo le indicazioni che Edward Bach dava per i propri fiori cogliendone l'indicazione al positivo nella prima serie (A), [per cui si partiva dai 4 punti per l'Assolutamente Vera per arrivare fino a 1 punto per l'Assolutamente Falsa], volgendola al negativo nella seconda serie (B) e quindi invertendo i punteggi dal minimo di 1 per l'Assolutamente Vera al massimo di 4 per l'Assolutamente Falsa. Vengono considerati significativi gli items che ottengono un punteggio di 8 o, secondariamente, di 7. A questi corrisponderanno i relativi fiori di Bach che poi nel colloquio verranno verificati se correlati agli atteggiamenti mentali disturbanti della persona. Una valutazione ulteriore è invece data per quei test che definiamo come "profilo sommerso" e che si riferiscono ai casi in cui il soggetto, caratterialmente, tende a non prendere quasi mai una posizione estrema nelle sue affermazioni (assenza di risposte Assolutamente vere o Assolutamente false): in questo caso se la presenza di risposte estreme è inferiore a 25 (su 76 possibili) consideriamo significativi anche gli items con punteggio di 6 con almeno una risposta estrema presente o se la presenza di risposte estreme è inferiore a 15 qualsiasi item con punteggio di 6: la presenza di nessuno o al massimo di 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 decisamente con delle caratteristiche di psicopatologia conclamata già evidenziata nelle Tabelle 11 e 12.

Altra valutazione degli stati emotivi correlati ai fiori di Bach veniva reperita attraverso l'utilizzo delle "carte dei fiori di Bach" (57) facendo visionare e scegliere agli utenti in maniera rapida le immagini relative ai fiori che più li colpivano in quel momento (fino ad un massimo di 6).

Tale duplice valutazione è per noi importante in quanto a nostro avviso vengono implicati in tempi diversi entrambi gli emisferi cerebrali essendo il Floritest una valutazione soggettiva, analitica, logica e razionale tipica dell'Emisfero sinistro, mentre il test delle "carte dei fiori di Bach" coinvolge una percezione visiva di attrazione, emotiva, sintetica, analogica e olistica più pertinente all'Emisfero destro. Estremamente importante risulta poi la diversità dei risultati in quanto ci dà il grado di dissociazione cerebrale del soggetto indice del livello di conflittualità presente. Abbiamo infatti spesso riscontrato

come il raggiungimento del livello di benessere del soggetto sia correlabile alla progressiva convergenza dei fiori evidenziati nei due tests.

La presenza e la quantità di Fiori di Bach significativi ci permetteva di valutare come nel tempo la quantità di vissuti emotivi alterati poteva con la terapia modificarsi, prima diminuendo, poi, in molti casi, arrivando a determinare la completa scomparsa delle situazioni o degli atteggiamenti conflittuali (Tab.18.* $p < 0,025$).

Analizzando i singoli Fiori di Bach risultati significativi (Tab. 19 e Tab. 20) possiamo notare infine 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, a parte che per pochi (6 tipi) Fiori di Bach in cui la presenza è rimasta invariata o, in tre casi, leggermente aumentata. Quest'ultimo dato non deve meravigliare in quanto molte volte nella terapia con i Fiori di Bach un singolo Fiore riportando in equilibrio alcuni aspetti del carattere o alcuni vissuti negativi può slantizzare aspetti caratteriali sedimentati nel tempo e che possono aver predisposto il soggetto ai successivi atteggiamenti comportamentali patologici o per lo meno conflittuali che lo hanno portato verso il disagio psicologico e/o relazionale.

DISCUSSIONE

I disturbi psichici, i conflitti emotivi e le manifestazioni psicosomatiche sono tutti quadri clinici che possono trarre grande vantaggio dalle terapie biologiche ed in particolar modo dall'utilizzo dei Fiori di Bach, dell'Omeopatia e della Omotossicologia: il più delle volte questi sono espressione di una multifattorialità eziopatogenetica che conferma la complessità di questi quadri che difficilmente possono essere curati con il solo psicofarmaco.

Una volta effettuata una corretta diagnosi, mediante l'utilizzo di tests psicometrici adeguati, una corretta acquisizione delle notizie anamnestiche, un accurato esame obiettivo ed aver correttamente inquadrato nella tavola delle Omotossicosi la situazione psico-fisica dell'utente, diventa estremamente facile e, nel contempo, affascinante redigere per ogni soggetto la "sua" esclusiva terapia avvalendosi delle innumerevoli possibilità terapeutiche date dai rimedi omeopatici, omotossicologici e dai Fiori di Bach, dalle loro combinazioni, dalle loro diluizioni, dalle loro infinite sfumature costituzionali personalizzabili ad ogni singolo individuo e modellabili, quali un calco, ai suoi vissuti e ai suoi conflitti. Ecco allora che il counseling (55) diventa non solo momento di accoglimento della domanda dell'utente, ma anche il momento in cui si scoprono assieme a lui luci ed ombre della personalità, del carattere, del temperamento, facendogli notare di sé cose sulle quali non si era mai soffermato, aiutandolo a prendere in mano 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 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 in genere proponiamo ai nostri utenti e per fare questo 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 dobbiamo riaccendere in loro le motivazioni per vivere, il desiderio di amare, la voglia di comunicare, la grinta per non arrendersi, la capacità di sognare e, alle volte, di saperlo fare anche ad occhi aperti.

La ricerca evidenzia 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. La consapevolezza dei propri vissuti è il presupposto essenziale per vivere pienamente la vita nelle sue molteplici particolarità ed i Fiori di Bach trovano qui la loro ideale collocazione proprio nella loro intrinseca capacità di modificare la vibrazione della base energetica dell'individuo amplificandone la coscienza e, modificando gli atteggiamenti della persona, diventando una potente arma di trasformazione e cambiamento.

Il disturbo psichico o psicosomatico 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 psicofisici cui la sottoponiamo o dall'eccessivo carico di lavoro che ci sobbarchiamo escludendola dall'aspetto ludico e gratificante delle gioie della vita.

Per concludere possiamo dire che 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 potremo mai dimenticare che dietro ad ogni numero, ad ogni diagnosi, ad ogni terapia, c'era un "individuo" unico ed irripetibile con il suo passato, i suoi vissuti e le sue emozioni, le sue delusioni e le sue aspirazioni, che con noi ha iniziato un cammino di consapevolezza e crescita individuale. Per tale motivo essendo unico e irripetibile il percorso di ciascun utente che giunge alla nostra osservazione difficilmente potrà essere formulato un protocollo terapeutico valido per tutti. Ecco allora che l'unico protocollo terapeutico indispensabile sarà quello di saper ascoltare empaticamente ogni persona, senza problemi di tempo, accarezzandone i vissuti, immedesimandosi nelle esperienze, assaporando, per un attimo, l'odore dei suoi conflitti, attivando in lei la sensazione che qualcuno sta parlando al suo cuore riuscendo a scardinare quell'impenetrabile muro del dolore che gli attanagliava l'animo e destabilizzava la mente. Se questo riusciamo a fare, capire quale rimedio sarà più indicato per ognuno non sarà un problema, ma diventerà qualche cosa di automatico come quando al mattino, uscendo da casa, se piove o se nevicata, prendiamo l'ombrello.

BIBLIOGRAFIA

1. ANDREOLI V., *I disturbi dell'ansia, nuove strategie di intervento*, Atti I° Convegno Internazionale "Medicina Ufficiale e Medicine Naturali a confronto", Verona, 27-28 ottobre 2002.
2. ASSAGIOLI R., *Il Mistero dell'Io*; Istituto di Psicointesi, Firenze 1933.
3. ASSAGIOLI R., *Medicina psicosomatica e Biopsicointesi*; in Acta Medica Psychosomatica, Roma 1967.
4. ASSAGIOLI R., *Principi e metodi della psicointesi terapeutica*, Casa editrice Astrolabio 1973.
5. ASSAGIOLI R., *L'atto di volontà*, Casa Editrice Astrolabio 1977.
6. ASSAGIOLI R., *Lo sviluppo TransPersonale*; Casa Editrice Astrolabio 1988.

7. ASSAGIOLI R., *Comprendere la Psicopsintesi*; Casa Editrice Astrolabio 1991.
8. ANASTASI A., *I test psicologici*, Franco Angeli Editore 1989.
9. BACH E., *Guarire con i fiori – I. Guarisci te stesso; II. I dodici “guaritori” e altri rimedi*, IPSA Editore 1990.
10. BACH E., *Le opere complete*, Macro Edizioni settembre 2002.
11. BELLANTUONO C., RIZZO R., VAMPINIC., *Rivista di psichiatria*, Il pensiero Scientifico Editore estratto dal n. 3, Vol 34 – Maggio/Giugno 1999.
12. BIANCHI I., *Repertorio Omeopatico - omotossicologico – Materia Medica Omotossicologica*, Guna Editore 1993.
13. BIANCHI I., *Corrispondenze tra farmaci omeopatici mentali e cutanei*, Riv. La Med. Biol., Ottobre-Dicembre, 2001: 15-21.
14. BIANCHI I., *Omeopatia-Omotossicologia: orientamenti terapeutici nella sindrome ansioso-depressiva*, in Atti del XVII Congresso Nazionale di Omeopatia, Omotossicologia e Medicina Biologica, Milano, 1 giugno – Roma, 8 giugno 2002.
15. BIFFI E., *Le intossicazioni chimiche: dati rilevati attraverso il test EAV*, Riv. La Med. Biol. 1995, (Suppl. al n° 3): 9-17.
16. BIONDI M., *La psicosomatica nella pratica clinica*, Il pensiero scientifico Editore 1991 volume primo, secondo, terzo.
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. DI MASSA S., *Curarsi con i fiori di Bach*, Oscar Mondatori 1992.
21. FERUGLIO C. e RUCCO V., *La sindrome fibromialgica: Tecniche di rilassamento muscolare*, Trento dic 95-gen 96.
22. FILLIOZAT I., *Il quoziente emotivo: come usare le emozioni in modo intelligente*, Piemme 1998.
23. FISSI S., *Fiori di Bach, principio di corrispondenza e nosografia psichiatrica*, Riv. La Med. Biol. 1998, (1): 18-29.
24. GALEAZZI L., SCARPELLINI C., *Il vissuto psicosomatico degli organi*, Piccini Nuova Libreria S.p.A. – Padova 1996.
25. GRANATA G., *Le basi della psichiatria omeopatica e i disturbi mentali ed emotivi–Un approccio medico unitario*, Red ed. 1986.
26. HEINE H., *Manuale di Medicina Biologica: Regolazione di base e matrice extracellulare, Fondamenti e Sistematica*, GUNA editore Milano 1999.
27. HOFFMANN R., GUDAT U., *Bioenergetica – Come sbloccare le tensioni e liberare le emozioni*, Red Edizioni 1997.
28. HOWARD J., RAMSELL J., *Guarire con i fiori di Bach – Guida pratica alla floriterapia*, Tecniche nuove 1994,
29. HOWARD J., *I rimedi di Bach per la salute della donna*, Macro edizioni 1996.
30. KRÄMER D., *Nuove terapie con I Fiori di Bach vol. 1 – Relazioni dei fiori tra loro; fiori interiori ed esteriori*, Edizioni mediterranee 1995.
31. 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.
32. KRÄMER D., *Nuove terapie con I Fiori di Bach vol. 3 – Meridiani dell’agopuntura e fiori di Bach; corrispondenza tra i binari; terapie per i bambini con i fiori di Bach*, Edizioni mediterranee 1995.
33. LO RITO D., *Il massaggio con i fiori di Bach*, Xenia Edizioni, 1995.
34. LÜSCHER M., *Il test dei colori*, Casa editrice Astrolabio 1976.
35. 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. MAJ M., SANTORIUS N., *Disturbi Depressivi*, CIC Ed. Roma 2004.
36. MAC LEAN P.D. (1982), *Evoluzione del cervello e comportamento umano*. Tr. it. Einaudi, Torino 1984.
37. 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.
38. MARTINA R., *Vademecum Flower Plex: rimedi Omeopatici e Floreali*, Apex Energetics Glendale, California, 1991.
39. MOSTICONI R., CHIARI G., *Una descrizione obiettiva della personalità: il “Minnesota Multiphasic Personalità Inventory” (MMPI)*, Firenze, Organizzazioni Speciali 1979.
40. PANCHERI P., *Stress e Malattia–Basi psicogenetiche ed effettori dei disturbi somatici”*, Arti Grafiche delle Venezie–Vicenza 1986.
41. PAOLELLI E., *Floriterapia e Omotossicologia: una sintesi per il futuro*, Atti del 2° Congresso A.M.I.F., Riv. La Med. Biol. Suppl. al N° 2, 2000: 3-7.
42. PAOLELLI E., *Il concetto di psiche e psichiatria in Medicina Funzionale*, Riv. Medicina Funzionale, 2000 (3): 18-22.
43. PASTORINO M. L., *Introduzione ai rimedi floreali di Bach*, IPSA editore 1993.
44. PASTORINO M. L., *La medicina di Bach: una medicina della coscienza*, in Atti del 12° congresso nazionale di omotossicologia e medicina biologica, Riv. La Med. Biol., 1997, (3): 49-53.
45. 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.
46. PEARSON R., *Scuola di massaggio P.M.T., Massaggio Psicoterapeutico & massaggio somato riflesso*, Demetra Srl editore, Bussolengo (VR), 1996.
47. PELLEGRINI S., *La biologia molecolare nello studio della psicopatologia*, Riv. Problemi in Psichiatria 2003, 30 (03): 5-14.
48. PERUGINI F., *Terapia omotossicologica nella cura della fibromiosite*, in Ortopedia Traumatologia Reumatologia, GUNA ed. 1999.
49. PITERÁ F., *Teoria delle alte diluizioni e aspetti sperimentali* Riv. Anthropos & Iatria, 2001, 5 (1): 76-78.
50. RECKEWEG H. H., *Omotossicologia e disturbi psichici*, Riv. Italiana di Omotossicologia, 1988 (4): 4-12.
51. 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*, Riv. La Med. Biol., 2003 (3): 15-21.
52. ROSSELLI M., *I nuovi paradigmi della psicologia: il cammino della psicopsintesi*, Cittadella editrice 1992.
53. RUCCO V., FERUGLIO C., *Il massaggio con integrazione sensoriale*, Verduci editore.
54. SCHEFFER M., *Terapia con i fiori di Bach*, Nuova IPSA editore 1997.
55. SERINA C., *Osservazione empatica e ascolto riflessivo del colloquio clinico*, Atti del 3° Congresso A.M.I.F., Riv. La Med. Biol., Suppl. al N° 2, 2001: 5-9.
56. SEYLE H., *The stress of live: a new theory of disease*, McGraw-Hill, New York, 1956.
57. SIMEONI M., PIROVANO D.M., *Le carte dei fiori di Bach*, Red Ed. Novara, 1998.
58. SMACCHIA R., *Lo Spirito del Fiore: la floriterapia fra tradizione e attualità*, Nobile Collegio Omeopatico Roma, 2002.
59. STEIN M., SCHIAVI R. C., CAMERINO M.S.: *Influence of brain and behavior on the immune system*, Science, 1976, 191:435.
60. TOLENTINO R., *Floriterapia e psicofarmaci*, Atti del 2° Congresso A.M.I.F., Riv. La Med. Biol. Suppl. al N° 2, 2000: 3-7.
61. TYLER L. E., *Reattivi Mentali e misura nell’esame psicologico*, Aldo Martello editore 1972.
62. ZUNG W.W.K., *A self-rating depression scale*, Arch. Gen. Psychiatry 1965.