



SCUOLA DI MEDICINA OMEOPATICA DI VERONA

SEDE : Via B.Bacilieri, 1A - 37139 Verona - tel. 045.8905600 - fax 045.8901817 – e.mail info@omeopatia.org
www.omeopatia.org

Tesi

**“ SAPERE E SAPER FARE IN
MEDICINA OMEOPATICA
rassegna di alcuni modelli di
trattamento
dell’omeopatia classica ”**

dott. Maurizio Impallomeni

Relatore

dott. Gennaro Muscari Tomaioli

Anno Accademico 2005-2006



SCUOLA DI MEDICINA OMEOPATICA DI VERONA

SEDE : Via B.Bacilieri, 1A - 37139 Verona - tel. 045.8905600 - fax 045.8901817 – e.mail info@omeopatia.org
www.omeopatia.org

Tesi

**“ SAPERE E SAPER FARE IN
MEDICINA OMEOPATICA
rassegna di alcuni modelli di
trattamento
dell’omeopatia classica ”**

dott. Maurizio Impallomeni

Relatore

dott. Gennaro Muscari Tomaioli

Anno Accademico 2005-2006

SAPERE E SAPER FARE IN MEDICINA OMEOPATICA
rassegna di alcuni modelli di trattamento dell'omeopatia classica

SOMMARIO

INTRODUZIONE E OBIETTIVI DEL LAVORO

1. LE BASI METODOLOGICHE NEL PENSIERO E NELLA PRATICA CLINICA DI S. HAHNEMANN

1.1 FILOSOFIA E PENSIERO SCIENTIFICO DI S. HAHNEMANN

1.2 IL METODO CLINICO DI S. HAHNEMANN

- 1.2.1 Cosa deve sapere il medico (§3)
- 1.2.2 Cosa deve saper fare (§3,5,150)
- 1.2.3 La raccolta dei sintomi (§84-90, 104)
- 1.2.4 La scelta dei sintomi (§153)
- 1.2.5 I quadri di malattia (§72-81, 210-230)
- 1.2.6 Efficacia clinica del trattamento (§154-171)
- 1.2.7 Monitoraggio e adattamento del trattamento (§148-149)
- 1.2.8 Il ruolo dei miasmi (§78-82, 204-209)

2. UOMO, SALUTE E MALATTIA

2.1 FILOSOFIA E PENSIERO SCIENTIFICO DI J.T. KENT

- 2.1.1 L'uomo interiore, volontà e conoscenza
- 2.1.2 La vera causa eziologica

2.2 FILOSOFIA E PENSIERO SCIENTIFICO NELL'OMEOPATIA CONTEMPORANEA

- 2.2.1 Vithoukaskas: l'uomo come totalità integrata; il centro di gravità del disturbo
- 2.2.2 Candegabe: l'uomo come sistema termodinamico; la costituzione morbosa
- 2.2.3 Sankaran: la salute è benessere incondizionato; la malattia come atteggiamento inappropriato
- 2.2.4 Masi: il terzo livello dell'omeopatia
- 2.2.5 Proceso S. Ortega: il miasma, malattia costituzionale
- 2.2.6 Tomas P. Paschero: il *simillimum* biotipologico

3. L'APERTURA DEL CASO: RACCOLTA E SCELTA DEI SINTOMI

- 3.1 Kent: il valore dei sintomi
- 3.2 Vithoukaskas: la maieutica dei sintomi

- 3.3 Candegabe: l'ologramma energetico-costituzionale; 1° e 2° passo del Metodo dell'Omeopatia Pura
- 3.4 Sankaran: La Psico-Neuro-Endocrino-Immunologia (PNEI) e il disturbo centrale

4. LA SCELTA TERAPEUTICA

- 4.1 Kent: l'uso del Repertorio
- 4.2 Vithoukas: analisi del caso e prima prescrizione
- 4.3 Candegabe: repertorizzazione intelligente e correlazione con la MM; 3°, 4° e 5° passo del Metodo dell'Omeopatia Pura
- 4.4 Sankaran: Le modalità mentali e generali rappresentano il disturbo centrale

5. VALUTAZIONE DI EFFICACIA CLINICA (EFFECTIVENESS IN OMEOPATIA)

- 5.1 Kent: osservazione dell'azione del rimedio e seconda prescrizione
- 5.2 Vithoukas: reazioni evolutive al rimedio, schemi interpretativi
- 5.3 Candegabe: il livello energetico delle costituzioni e prognosi dinamica; 6° e 7° passo del Metodo dell'Omeopatia Pura
- 5.4 Sankaran: dinamiche nella malattia

INTRODUZIONE E OBIETTIVI DEL LAVORO

L'esistenza di varie scuole di pensiero in omeopatia spesso disorienta il medico in formazione e sembra costringerlo talvolta ad operare una scelta di campo secondo una logica di delegittimazione di coloro che non sono ritenuti i corretti interpreti del pensiero hahnemanniano.

Questo atteggiamento si esprime talvolta anche in un modo di insegnare omeopatia che generalmente presenta due debolezze:

- la presentazione delle basi metodologiche e pratiche della medicina omeopatica attraverso una lettura dei testi fondamentali che prescinde dalla loro contestualizzazione storico-culturale e dal rapporto dell'omeopatia con l'evoluzione del pensiero medico-scientifico;
- la mancanza di una visione comparativa delle principali scuole di pensiero contemporaneo che ne illustri i caratteri clinici fondamentali, le peculiarità, l'originalità, senza specifici giudizi di merito ma, dove possibile, con una rassegna della loro evidenza clinica.

Allargare l'ottica con cui si guarda al pensiero e alla pratica dell'omeopatia consente al medico in formazione, da un lato, di evitare pregiudizi culturali "dall'interno" del mondo dell'omeopatia, dall'altro, di costruirsi progressivamente un proprio metodo clinico, sulla base di un giudizio personale e motivato di ciò che è sentito più affine e considerato ragionevolmente più efficace nella pratica quotidiana.

La prima indagine condotta in questo lavoro è stata quella di recuperare, nel modo semplificato dello studente in apprendimento, alcuni concetti filosofico-scientifici ai quali è possibile ricondurre il pensiero clinico del maestro Hahnemann e di alcuni capi-scuola della medicina omeopatica.

La seconda indagine è consistita nel selezionare i passaggi fondamentali del metodo clinico pratico in omeopatia per vedere come questi capi-scuola li hanno affrontati.

Tra le due indagini c'è stato il tentativo di stabilire, dove possibile, un collegamento che metta in luce i perché delle scelte metodologiche.

Il criterio usato per la scelta dei maestri omeopati è quello dell'aver pubblicato opere sistematiche sul metodo clinico, che al momento attuale rappresentino un punto di riferimento indiscusso per gli omeopati classici.

La rassegna è però completata da alcuni altri grandi maestri che hanno fornito una propria originale interpretazione di alcuni aspetti della medicina hahnemanniana rilevanti nella pratica clinica, ma che non si è tradotta in una proposta metodologica completa.

Il carattere di questo lavoro è quindi sintetico e non esaustivo di tutte le problematiche sollevate dalla pratica dell'omeopatia.

Il senso è espresso bene da M. E. Candegabe e H. Carrara quando affermano¹: *"Fino ad oggi tutte le approssimazioni metodologiche, basate su diverse comprensioni della Dottrina,*

¹ Marcelo E. Candegabe, Hugo Carrara, *Approssimazione al metodo pratico e preciso della OMEOPATIA PURA*, Centro Internazionale della Grafica, Venezia, 1997

riportano successi e fallimenti. Dato che quando una ha successo, di fronte allo stesso caso, le altre fallirebbero e viceversa...la verità deve trovarsi in ciò che è comune a tutti".

1. LE BASI METODOLOGICHE NEL PENSIERO E NELLA PRATICA CLINICA DI S. HAHNEMANN

L'opera di Hahnemann fornisce i principi di fondo e le componenti cliniche fondamentali con le quali si sono definiti nel tempo i diversi modelli di cura omeopatica elaborati dalle scuole appartenenti all'area dell'omeopatia classica unicista.

Egli viene tuttavia considerato come principale riferimento culturale anche da coloro che usano il rimedio omeopatico secondo canoni più vicini alla farmacologia tradizionale e/o applicando schemi terapeutici su base nosologica, cioè secondo la diagnosi convenzionale di malattia, nell'omeopatia cosiddetta pluralista e complessista.

Hahnemann è inoltre il punto da cui parte H. H. Reckeweg per reinterpretare il concetto di malattia, sviluppato nella sua teoria omo-tossicologica.

1.1 FILOSOFIA E PENSIERO SCIENTIFICO DI S. HAHNEMANN

Nel pensiero di Hahnemann si identificano due componenti filosofiche fondamentali, l'una riconducibile alla metafisica vitalista, l'altra al modello empirico che l'illuminismo aveva mutuato dalla rivoluzione scientifica.

L'influenza del pensiero vitalista è esplicita nel concetto di forza vitale, che attraversa tutto l'*Organon*; dove essa è considerata come *"essenza immateriale che conferisce all'organismo materiale, nello stato di salute e di malattia, tutte le sensazioni e determina le sue funzioni vitali"* (§10)².

Nella malattia *"dapprincipio è perturbata soltanto questa forza vitale, dall'azione, nemica alla vita dinamica, di qualche agente patogeno."*(§11).

Nella nota allo stesso paragrafo Hahnemann spiega cosa intende per forza "dinamica" facendo il paragone con la forza misteriosa e invisibile che fa girare la luna intorno alla terra, oppure con quella della calamita che attrae un pezzo di ferro.

Essa è concepibile solo formandosi un'idea astratta, che metta nella possibilità di allontanare, in questa concezione, *"tutto quanto è materia e meccanica"*.

E' abbastanza chiaro che il limite della definizione di ciò che è misterioso nei fenomeni naturali dipende dal grado di avanzamento delle conoscenze nella fisica, nella chimica e nella biologia del tempo in cui ha vissuto Hahnemann.

Nello stesso tempo, la grande attenzione quali-quantitativa che Hahnemann pone nell'osservazione del malato, nella sperimentazione delle sostanze sull'uomo sano, nella correlazione sintomo-rimedio, nella preparazione farmacologica, cioè sostanzialmente in tutto il metodo clinico proposto, lo possono fare considerare tra i primi rappresentanti di una medicina scientifica basata sulle prove.

La contraddizione tra i due atteggiamenti mentali appare meno evidente se pensiamo che Hahnemann va elaborando la sua dottrina in un'epoca storica che si estende dalla coda del

² C.F.S.Hahnemann, *Organon dell'arte del guarire*, trad. di Giuseppe Riccamboni dalla VI ° ed. tedesca, 1941; ed. Cemon, 2003

secolo illuminista fino agli albori del positivismo scientifico che, in medicina, porterà alla rivoluzione della fisiologia e della microbiologia.

L'Illuminismo in Europa si era mantenuto generalmente dentro i confini di una metafisica *deista* che non si preoccupava di indagare l'essenza degli esseri ma pensava a un Dio geometra-meccanico come forza ordinatrice del mondo, cui si accede attraverso la ragione.

In Germania esso aveva assunto un indirizzo più razionalistico che cercava di conciliare in una sintesi organica la tradizione scolastica, i grandi sistemi metafisici seicenteschi (Leibniz, Spinoza) e le istanze illuministiche³.

Hahnemann è sicuramente influenzato da questo ambiente culturale, che peraltro interessava tutta la medicina dell'epoca.

Coesistevano infatti scuole che si sforzavano di fornire spiegazioni meccaniciste dei fenomeni vitali con altre che continuavano a sostenere l'esistenza di un'anima alla base del funzionamento degli organi.

Quale sia stata la sincera opinione di Hahnemann riguardo al problema del vitalismo è tuttavia una delle questioni controverse in omeopatia.

Come afferma Linn J. Boyd⁴, Hahnemann tendeva a criticare i sistemi astratti (l'"animismo" di Stahl, il microcosmo-macrocosmo di Paracelso e altri) così come le dottrine unilaterali che cercavano di spiegare razionalmente singoli aspetti fisiopatologici (le "acredini", gli "umori", l'"irritabilità" ecc.).

L.J.Boyd cita un passaggio, tratto da un articolo di Hahnemann per una rivista scientifica, in cui egli afferma: "*Tutte le teorie che, era dopo era, sono state formulate per spiegare la vitalità, quando poste a confronto con la semplice esperienza, sono risultate fuorvianti e infondate...*" ed ancora: "*ciò che il medico deve preoccuparsi di sapere... è la conoscenza empirica della vitalità, cioè quali sono i fenomeni apprezzabili che avvengono nel corpo umano e qual è la loro connessione...*".

L'articolo è del 1808 e precede di poco la prima edizione dell'*Organon* (1810), nelle ultime edizioni del quale il concetto di forza vitale verrà però notevolmente enfatizzato.

Su questa enfasi concentrano la loro attenzione, oltre ad alcuni autori classici tra cui Kent, i sostenitori contemporanei di un Hahnemann metafisico aristotelico-tomista, che rappresentano, rispetto alle scuole "scientifico-naturaliste", il polo opposto dell'arco interpretativo del pensiero hahnemanniano.

Per A. Masi Elisalde⁵, ad esempio, esso è la "*chiave per la comprensione dei miasmi cronici*" e fornisce la possibilità di reinterpretare le patogenesie dei singoli rimedi secondo il concetto cristiano di colpa, come vedremo nell'apposito capitolo.

A questo proposito si può solo notare che Hahnemann non usa mai il termine di "sostanza", se non accompagnato da un attributo che lo specifica: sostanza medicamentosa, sostanza naturale ecc.

³ Nicola Abbagnano, Giovanni Fornero, *Filosofi e filosofie nella storia*, I° ed. Paravia, Torino, 1987

⁴ Linn J. Boyd, *II „Simile“ in medicina, (1936)*, Ed I tal. a cura di Paolo Bellavite, Ed. Libreria Cortina, Verona, 2001

⁵ Alfonso Masi Elisalde, *Riflessioni omeopatiche, vol II*, De Ferrari Ed., Genova, 1995

E' inoltre interessante notare la varietà terminologica con cui, nella VI° edizione, viene ridefinita la forza vitale, talvolta chiamata "principio" (§10)⁶, in altri casi "energia" (§12), quasi a sottolinearne una doppia natura fisico-metafisica.

Il vitalismo tardo settecentesco, sotto la pressione della crescente evidenza scientifica in biologia, non identifica più la vita con l'anima intesa come principio animatore puramente spirituale. La stessa Scuola di Montpellier, in particolare P.J.Barthez (1734-1806), immagina il principio vitale come una forza inconsapevole che agisce come principio organizzatore a livello molecolare e lo stesso Claude Bernard (1813-1878), in questo senso, utilizza il termine "forza vitale".⁷

Ad Hahnemann interessa dunque, per così dire, il fenomeno malattia, come appare all'osservazione medica:

"l'osservatore imparziale non vede nelle malattie se non le alterazioni del corpo e dello spirito riconoscibili con i sensi..." (§6). La nota allo stesso paragrafo è intitolata: *"impossibilità per la vecchia scuola di scoprire l'essenza delle malattie (prime cause)"*.

Ad una forza vitale come principio organizzativo probabilmente pensa Hahnemann quando, nel paragrafo 9 sostiene: *"nello stato di salute dell'uomo la forza vitale ...domina in modo dinamico il corpo materiale...e tiene tutte le sue parti in meravigliosa vita armonica di sensi e attività..."*.

Questa visione della malattia è alla base del metodo di analisi dei sintomi che affronta nei paragrafi seguenti dell'Organon.

1.2 IL METODO CLINICO DI S. HAHNEMANN

Si ripropongono i passaggi fondamentali della prassi diagnostico-terapeutica così come sono illustrati nella sesta edizione dell'Organon⁸. Essi saranno successivamente il punto di riferimento per apprezzare le differenze interpretative di alcune scuole uniciste.

1.2.1 COSA DEVE SAPERE IL MEDICO (§3)

Al medico è attribuita la responsabilità di acquisire una competenza forte sulle conoscenze diagnostiche e terapeutiche proprie della medicina omeopatica e cioè:

- Saper riconoscere la malattia nell'individuo sotto osservazione: quali sintomi utilizzare nel singolo caso.
- Conoscere l'azione guaritrice dei singoli rimedi (la potenza medicamentosa) come è descritta nelle materie mediche.

1.2.2 COSA DEVE SAPER FARE (§3-5-150)

⁶ *Organon of medicine*, comparazione della traduzione della V° ed. di R.E.Dudgeon (1893) e della VI° ed. di W. Boericke (1921), Jain Publisher, New Delhi, 1982

⁷ vedi il termine *Vitalismo* in: *Enciclopedia di Filosofia*, Garzanti, III° ed. , 2004

⁸ C.F.S.Hahnemann, *Organon dell'arte del guarire*, trad. di Giuseppe Riccamboni dalla VI° ed. tedesca, 1941; ed. Cemon, 2003

La competenza deve essere altrettanto forte nell'applicazione di queste conoscenze, dovendo:

- Saper rimuovere gli elementi che ostacolano la guarigione:
 - attenzione all'igiene ambientale e agli stili di vita
 - riconoscimento delle semplici "indisposizioni" per le quali basterà una correzione del regime dietetico e del tenore di vita.
 - individuazione e rimozione delle cause "occasionalì" (Hahnemann si riferisce a problemi risolvibili con interventi chirurgici o d'urgenza quali corpi estranei, calcolosi, ingestione di tossici, malformazioni ecc.)
- Saper curare omeopaticamente scegliendo il farmaco più adatto attraverso la corrispondenza sintomatica tra quadro patologico e farmaco, alla dose e posologia (ripetizione) corretta.

1.2.3 LA RACCOLTA DEI SINTOMI (§84-90, 104)

L'osservatore imparziale deve individuare le *"alterazioni del corpo e dello spirito riconoscibili con i sensi, avvertite dal malato, notate dai conviventi e constatate dal medico stesso"* (§6).

La tecnica di raccolta è descritta con estrema attenzione ai suggerimenti pratici e psicologici (§84-90); il medico:

- usa le stesse espressioni usate dal malato e dai parenti;
- scrive i sintomi separatamente uno sotto all'altro, lasciando a fianco uno spazio per annotare successivamente precisazioni e modalità del sintomo;
- evita le domande "chiuse" che richiedono risposte del tipo sì/no o che possono pilotare la risposta del paziente, annullandone la spontaneità;
- indaga tutte le parti e le funzioni corporee, anche non toccate dal racconto del paziente;
- annota le osservazioni personali sul paziente;
- evidenzia le modifiche prima/dopo l'insorgenza dei sintomi attuali; in particolare i sintomi presenti prima dell'assunzione di medicine;
- indaga le abitudini di vita e le esposizioni ambientali e professionali.

Se dopo il racconto spontaneo del paziente alcuni sintomi appaiono ancora troppo generici, il medico rivolgerà domande di dettaglio per specificarne meglio le modalità (§89).

L'esame richiede al medico assenza di preconcetti, sensi sani, osservazione attenta e fedeltà di riproduzione del quadro morboso (§83).

Quando è terminata la parte attiva dell'interrogatorio, il medico *"annota quanto egli stesso osserva nell'ammalato e cerca di sapere se quanto rileva esisteva o no in periodo di salute"*. (§90)

Il medico trascrive accuratamente la totalità dei sintomi caratteristici e preminenti e, durante la cura di malattie croniche, nelle visite successive, tiene conto (§104):

- dei sintomi pre-esistenti ancora presenti;
- di quelli che si sono eventualmente aggiunti;

1.2.4 LA SCELTA DEI SINTOMI (§153)

Dopo la fase della raccolta anamnestica, che deve opportunamente essere estesa alla "totalità caratteristica", Hahnemann illustra in modo esteso i criteri di selezione dei sintomi da utilizzare omeopaticamente.

Nel paragrafo 153 invita a tener presenti *"in modo particolare e quasi esclusivo, i sintomi più salienti, quelli particolari, quelli non comuni, quelli caratteristici della malattia"*, mentre *"i sintomi generali indeterminati, come inappetenza, mal di testa, debolezza, sonno inquieto, malessere ecc., meritano minore attenzione perché si riscontrano quasi in ogni malattia e in ogni rimedio"*.

Nel paragrafo 209 definisce i sintomi caratteristici come i *"più evidenti e i più distinti"*. *"il medico deve cercare, con domande discrete, indirette o con informazioni private, di venire a conoscenza di eventuali fatti a lui necessari, che il malato o i parenti non confessano volentieri o perlomeno non come stanno (§93):* si sta parlando di tentati suicidi, eccessi sessuali o abitudini contro natura, uso di alcool o droghe, ma anche di malattie veneree, delusioni amorose, gelosia ecc.

Un altro aspetto rilevante nell'indagine di pazienti cronici è la loro tendenza a non prestare più attenzione a piccoli segni di vecchia data, spesso molto caratteristici e decisivi per la scelta del rimedio, che essi ormai ritengono appartenere alla loro normale esperienza di vita (§95).

Nel caso di pregressi trattamenti, i sintomi possono subire un'alterazione ed è quindi necessario tenerne conto e, se possibile, riesaminare il paziente dopo un periodo di sospensione, per fare emergere i sintomi della malattia naturale (§91).

Però, in caso di malattia acuta e grave, non bisogna indugiare e *"il medico deve accontentarsi anche dei sintomi sia pure alterati da medicine"* (§92).

1.2.5 I QUADRI DI MALATTIA (§72-81, 210-230)

Le malattie si differenziano in acute e croniche; l'atteggiamento diagnostico-terapeutico è parzialmente diverso nei due casi (§72-81).

- Nelle malattie acute, che siano sporadiche o epidemiche, si può riconoscere l'importanza dell'esposizione a fattori esterni: agenti meteo-climatici o stress psico-fisici, agenti microbiologici.

In questi casi esiste una variabilità individuale dei quadri di malattia abbastanza limitata, pur in presenza di una modulazione sintomatica legata al diverso grado di suscettibilità individuale.

Si assiste quindi, specie nelle epidemie ricorrenti (influenza, esantemi infantili) alla possibilità di adattare la maggior parte dei casi ad un numero limitato di rimedi.

- Le malattie croniche sono invece quelle in cui la causa è da attribuire al ruolo rilevante di una predisposizione eredo-costituzionale (miasma cronico) e/o ad un uso protratto di farmaci ad azione profonda e potente (malattie iatrogene)

L'esposizione continuativa a fattori nocivi esterni (diete inadeguate, abitazione malsane, lavori nocivi, stress psico-fisico protratto, mortificazioni), in assenza di una predisposizione miasmatica, non da una vera e propria malattia cronica e i disturbi possono sparire se si riesce a modificare la condizione favorente.

Hahnemann dedica un'ampia sezione dell'opera alle malattie mentali (§210-230) che inserisce tra le cosiddette malattie monosintomatiche (sia acute che croniche), dal momento che *"il sintomo dell'alterazione mentale diventa sintomo fondamentale che soverchia la maggior parte dei sintomi fisici..."* (§216). Egli sta parlando, in questo caso, dei cambiamenti dello stato mentale ed emozionale (stati d'animo) che accompagnano, in modo più o meno vistoso, tutte le malattie organiche.

Più avanti, al paragrafo 225, si riferisce, invece ad una minoranza di disturbi *"a partenza dallo spirito, a causa di dispiaceri protratti, umiliazioni, contrarietà, ma più spesso di paura e spavento..."*.

In entrambi i casi, il sintomo psichico è decisivo per la scelta del rimedio, perché rappresenta un sintomo preciso e caratteristico (§211) e perché *"non esiste al mondo alcun medicamento, di una certa potenza, che non alteri in modo chiaro lo stato d'animo e di mente dell'uomo sano, che ne faccia esperimento; ed ogni medicamento dà un'alterazione diversa"* (§212).

1.2.6 EFFICACIA CLINICA DEL TRATTAMENTO (§154-203)

Le considerazioni di Hahnemann sull'efficacia del trattamento sono impostate sul grado di appropriatezza della scelta del rimedio, in base al quale si possono distinguere due situazioni fondamentali: una in cui il rimedio scelto è quello che più si adatta alla totalità sintomatica del paziente e l'altra in cui tale adattamento è parziale.

Inoltre è necessario distinguere ciò che avviene in una malattia acuta rispetto all'evoluzione di una condizione cronica.

Hahnemann illustra alcune situazioni accessorie, generalmente nell'ambito di malattie croniche, che presentano una particolare difficoltà nella scelta del rimedio.

Situazione A: quando il rimedio somministrato è il più simile

- Malattia acuta (§154-160)

Il rimedio ben scelto, somministrato a dose sufficientemente piccola, ha un'azione primaria che non viene avvertita dal paziente.

"Dose sufficientemente piccola", per Hahnemann, significa una dinamizzazione non eccessiva e dosi non ripetute.

In caso di soggetti ipersensibili al medicamento o quando la dose *"non è convenientemente piccola"*, nelle prime ore si determina un apparente aggravamento dei sintomi della malattia, che ha un significato prognostico favorevole alla guarigione rapida.

L'aggravamento omeopatico è dunque una "malattia da medicamento" che consiste nell'esaltazione dei sintomi del rimedio che sono "omeopatici" ai sintomi della malattia naturale e che nella condizione di massima somiglianza tra rimedio assunto e malattia non

può che consistere nell'accentuazione controllata della stessa; nella figura 1, è l'area centrale grigia.

In fase acuta l'energia vitale ha una forza sufficiente da consentire all'organismo di manifestare questi sintomi.

Nonostante sia "*quasi impossibile che rimedio e malattia si coprano così esattamente come fossero due triangoli di uguali lati e uguali angoli*" (§156-158), questa area di non sovrapposizione si può considerare veramente marginale e tale da non generare sintomi propri.

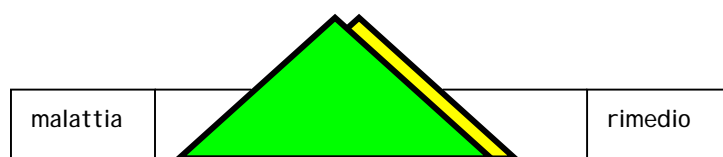


Figura 1

Quando il malato di eruzione scabbiforme, dopo aver preso dello zolfo, si lagna di un'eruzione maggiore...il medico non sa che si tratta di un'eruzione da zolfo che simula un aggravamento del male; (§160, nota 1)

- Malattia cronica (§161)

In questi casi la somministrazione di una sequenza di rimedi ben scelti, a dosi convenientemente piccole e a dinamizzazione progressivamente crescente, non comporta aggravamenti della malattia in atto fino a quando la energia vitale recupera un livello tale da consentire all'organismo di manifestare un'esacerbazione dei sintomi originali attraverso uno o più episodi di acuzie.

Situazione B: quando il rimedio è parzialmente simile, cioè "similare" (§162-171)

Sia in condizioni di acuzie che di cronicità, la parzialità della somiglianza tra rimedio (R1) e quadro patologico è testimoniata dalla rapida comparsa di nuovi sintomi riferibili al rimedio stesso e "non omeopatici" alla malattia in atto.

Ritornando alla figura schematica dei triangoli, in questo caso si metteranno in evidenza i sintomi dell'area bianca propria del rimedio, contemporaneamente ad una guarigione dei sintomi preesistenti, omeopatici (area grigia), se questi si presentano come singolari e caratteristici all'interno del quadro di malattia, figura 2.

Anche in questo caso, se la dose è sufficientemente piccola, i sintomi non omeopatici saranno esigui.

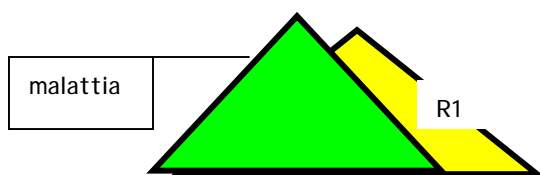


Figura 2

Con l'allargamento della sperimentazione a nuovi rimedi la "limitazione" nella scelta dei rimedi omeopatici potrà essere progressivamente minimizzata (§166) aumentando le possibilità di comparazione malattia-farmaci. L'omeopatia appare dunque come una terapeutica *in progress*, che richiederebbe un contributo costante della ricerca farmacologica, attraverso *provings* controllati e di grande scala.

Quando si sta trattando una malattia acuta e i disturbi evocati da una cura omeopaticamente imperfetta sono di una certa gravità è corretto ridefinire il nuovo quadro; esso sarà composto da una miscela di sintomi vecchi non guariti e sintomi nuovi, che spingerà a ripetere l'operazione di scelta di un rimedio più adatto ad esso. Hahnemann giustifica questa scelta con la necessità di *"non lasciare che questa prima dose espliciti tutta la sua azione ed abbandonare il malato alla completa azione del medicamento..."* (§167).

Situazione C: quando c'è incertezza tra due rimedi (R1 e R2), (§169);

Nel caso in cui due rimedi si sovrappongono ad aree differenti del quadro sintomatico e risulta difficile individuare una prevalenza tra i due, essi non devono essere usati uno dopo l'altro, perché dopo la somministrazione del primo, il quadro cambierà e potrà non adattarsi più al secondo, figura 3.

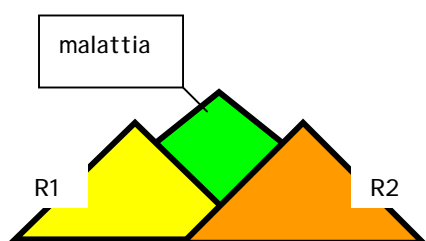


Figura 3

Al contrario, dopo la somministrazione di uno dei due e in assenza di guarigione occorrerà rivalutare i sintomi e riprescrivere sulla base di questi (§170).

In sostanza, in condizioni di incertezza è necessario approfondire lo studio della materia medica dei due rimedi per cogliere le sfumature "essenziali" che possono distinguerli e portarci così ad una scelta più consapevole tra i due.

Situazione D: Malattie paucisintomatiche

Nelle malattie croniche, in particolari pazienti, ci si trova di fronte spesso ad una scarsa espressività del quadro patologico.

Sono questi i casi tipici nei quali si deve iniziare un percorso terapeutico teso ad arricchire le manifestazioni del paziente, utilizzando una serie di rimedi, ognuno dei quali è scelto sulla base del gruppo di sintomi attuali, frutto dell'azione dei rimedi precedenti sulla forza vitale, figura 4.

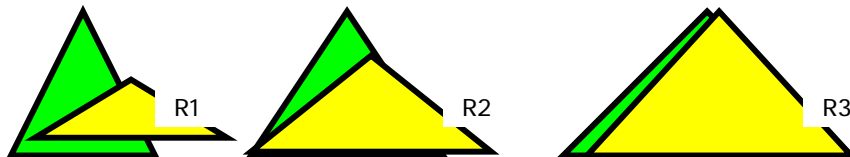


Figura 4

I sintomi che progressivamente sono portati alla luce dalla similitudine del rimedio e con una ricerca attenta nel vissuto storico del paziente sono propri della sua malattia e non dei farmaci somministrati; ma in precedenza non erano percepiti dal paziente, anche perché non adeguatamente caratterizzati: *in altre parole, avviando questo processo si rende evidente la totalità dei sintomi* (§180).

Situazione E: Malattie locali (§185-203)

Sono un particolare gruppo di malattie paucisintomatiche che, pur manifestandosi nelle parti esterne del corpo, non devono essere trattate solo con interventi locali, come avviene invece tipicamente per le urgenze medico-chirurgiche (§7).

Si tratta al contrario di manifestazioni esterne a livello cutaneo che hanno origine in un "male interno" per curare il quale occorre dunque ricercare la totalità dei sintomi presenti. Quando la forza vitale non riesce autonomamente a vincere una malattia cronica, cerca di confinare il processo patogeno nel *locus minoris resistentiae*, cioè nell'organo meno essenziale per la vita; nella dinamica della malattia questo tentativo non si stabilizza ma porta ad un progressivo peggioramento del quadro cutaneo, a vicariazione del peggioramento del "male interno che nel frattempo prosegue (§201).

Se questi sintomi di superficie non scompaiono del tutto dopo un trattamento omeopatico, testimoniano la persistenza di uno stato di predisposizione alla cronicizzazione che Hahnemann chiama "stato psorico", fino ad allora latente e che la energia vitale non è capace di eliminare.

Analogamente, un trattamento topico, anche con rimedio omeopatico, rischia di cancellare l'unico sintomo caratteristico chiaro collegabile a questo stato psorico.

1.2.7 MONITORAGGIO E ADATTAMENTO DEL TRATTAMENTO (§148-149).

- La malattia acuta ha una ricchezza e vivacità sintomatologica che in genere consente di identificare il rimedio corrispondente, dopo l'assunzione del quale, la malattia, se insorta da poco (non complicata), guarisce in poche ore (§148).

- Una malattia presente da più tempo (subacuta) può richiedere più dosi dello stesso rimedio a potenza crescente o una sequenza di rimedi in relazione alla modifica progressiva dei sintomi; si richiede un tempo maggiore per la guarigione e possono comparire segni di malessere (vedi aggravamento omeopatico) (§148).

- Le malattie croniche richiedono più tempo; in particolare i casi in cui si è ricorso ad un prolungato uso di farmaci convenzionali, che hanno sovrapposto una malattia artificiale a quella naturale e che possono essere giudicati incurabili (§149).

A partire da queste premesse Hahnemann definisce le Linee guida generali del trattamento, a partire dalla seconda prescrizione :

- Sia nelle malattie acute che nelle croniche ogni miglioramento progressivo esclude la ripetizione del rimedio.

- Nelle malattie croniche l'azione guaritrice è più lenta e può aver bisogno di un periodo di 40-100 giorni.

- Questo periodo può essere notevolmente abbreviato se:

- o il rimedio è il più simile possibile;
- o si utilizzano potenze crescenti a partire dalla più bassa possibile;
- o il rimedio ad alta potenza sia sciolto in acqua, somministrato a dosi piccolissime, a dinamizzazione crescente, ad adeguati intervalli.

- La dinamizzazione si ottiene scuotendo il flacone prima di ogni somministrazione.

- Nelle malattie acute si può somministrare a intervalli di 2-6 ore o anche più spesso nelle urgenze.

- Nelle malattie croniche si somministra ogni giorno o a giorni alterni.

- Quando la soluzione è terminata, si ricostituisce aggiungendo uno o più granuli di potenza superiore, continuando così finché non cambia il quadro sintomatologico: se ciò accade, si sceglie un nuovo rimedio.

- Quando compare un aggravamento con le caratteristiche descritte al §161 (esacerbazione dei sintomi originari della malattia) la guarigione è vicina e occorre distanziare le dosi o sospenderle.

- La comparsa di sintomi nuovi rispetto a quelli della malattia in corso è da considerare un peggioramento che testimonia della scorrettezza del rimedio somministrato; se il peggioramento è modesto, scegliere un nuovo rimedio; se è grave, è preferibile usare un antidoto.

- alcuni rimedi (IGN-BRY-RHUS-BELL) hanno sintomi patogenetici opposti tra loro; quando sono indicati con ragionevole certezza e la prima somministrazione non ha dato miglioramento, può essere usata un'altra dose.

1.2.8 IL RUOLO DEI MIASMI (§78-82; 201-209)

Hahnemann attribuisce la maggior parte delle malattie croniche a tre miasmi.

Il concetto di miasma era ampiamente usato per spiegare il possibile meccanismo del contagio di malattie trasmissibili, nella medicina dell'epoca, che precede la chiara dimostrazione della responsabilità di un agente microbiologico.

Egli distingue tra malattie dette impropriamente "croniche", attribuibili all'esposizione ad agenti nocivi, allo stile di vita o all'uso di farmaci in soggetti, per altro verso sani, dalle vere malattie croniche che progrediscono nonostante un regime igienico di vita.

Il motivo è la presenza di una predisposizione che, nella nota al paragrafo 78 (aggiunta nella VI° edizione), definisce *"trasmessa per infezione o eredità"*.⁹

Si tratta di tre malattie, molto diffuse all'epoca di Hahnemann, che sebbene trasmesse per contagio diretto, sono *"perpetuate con l'ereditarietà"*: la sifilide, la sicosi (riconducibile alla blenorragia), la psora (riconducibile alla scabbia o a dermatosi similari).

Rispetto alla medicina contemporanea di Hahnemann la novità di questa visione sembra consistere nell'averle considerate come malattie sistemiche a trasmissione verticale, ai cui modelli patologici evolutivi è possibile ricondurre la totalità delle diagnosi di malattia cronica.

Riguardo alla psora, egli afferma: *"il passaggio di questo agente patogeno assai antico attraverso molti milioni di uomini, nel corso di centinaia di generazioni, e lo sviluppo incredibile così raggiunto, spiegano... sindromi così differenti e numerose nel genere umano...senza tener conto delle varietà innumerevoli di costituzioni individuali..."*.

L'interesse principale di Hahnemann sembra comunque, ancora una volta, quello terapeutico: *"impiegai dodici anni a trovare la sorgente di quella quantità incredibilmente numerosa di mali cronici...e a scoprire i migliori rimedi (antipsorici) adatti a combattere tale causa di una infinità di malattie..."* (nota al §80).

Egli riprenderà questo discorso nel suo libro sulle malattie croniche.

⁹ *Organon of medicine*, comparazione della traduzione della V° ed. di R.E.Dudgeon (1893) e della VI° ed. di W. Boericke (1921), Jain Publisher, New Delhi, 1982

2. UOMO, SALUTE E MALATTIA

2.1 FILOSOFIA E PENSIERO SCIENTIFICO DI J.T. KENT

J.T. Kent commenta i passaggi fondamentali dell'Organon, nelle "Lezioni di Omeopatia", testo del 1900, che raccoglie le lezioni tenute presso l'Hahnemann Medical College di Chicago.

Il lavoro testimonia sia il pensiero filosofico che la grande esperienza clinica kentiana e proprio a motivo di questa duplicità è stato ed è oggetto di valutazioni differenziate da parte delle diverse scuole omeopatiche.

2.1.1 L'UOMO INTERIORE: VOLONTA' E CONOSCENZA

Secondo Kent, l'uomo non può ammalarsi se prima non si è guastato qualcosa di profondo, che definisce come "*governo interiore*", riferendosi alle due qualità mentali superiori della volontà e dell'intelletto, collocate nel centro di governo, "*situato nella materia grigia del cervello*".

Tuttavia Kent precisa: "*Da un punto di vista più profondo, diremo che l'unità che costituisce l'uomo interiore è formata dalla volontà e dall'intelletto; dalla forza vitale (che è il vicerè dell'anima (materia animica o sostanza formativa) che è immateriale; e infine dal corpo, che è materiale*"¹⁰ (IV° Lezione).

Nella VIII° lezione, a commento del paragrafo 9 dell'Organon, Kent sviluppa il suo pensiero metafisico dichiarando "*l'esistenza di un Dio supremo, sostanziale...da cui tutto procede...attraverso un'interrotta catena di connessioni...fino alla materia ultima*"; "*il mondo materiale è opera della sostanza semplice*"; "*la sostanza semplice è dotata di intelligenza formativa, cioè forma interamente ciò che appartiene ai regni animale, vegetale e minerale*".

Questa forma è l'espressione dell'ordine dell'universo.

Ma la sostanza è soggetta a cambiamento e può quindi passare ad uno stato di disordine, come avviene in condizioni di malattia.

Il riferimento filosofico implicito nel contenuto di questa lezione è la metafisica aristotelica, secondo la quale ogni sostanza forma un insieme (*sinolo*), cioè una unione indissolubile di due elementi: la *forma* e la *materia*.

Per Aristotele la *forma* non è tanto l'aspetto esteriore di una cosa ma la sua natura propria, cioè la struttura che la rende quella che è.

La *materia* è ciò di cui una cosa è fatta, il *quid* (per l'uomo, la sostanza organica, cioè il corpo).

La forma è l'elemento attivo che struttura la materia, che è l'elemento passivo.

Quindi la forma è ciò che fa sì che ogni individuo sia quello che è (la sua essenza)¹¹.

¹⁰ James Tyler Kent, *Lezioni di Omeopatia*, a cura di Mario Garlasco, Ed. EDI UM, Milano, 1978

¹¹ Nicola Abbagnano, Giovanni Fornero, *Protagonisti e testi della Filosofia*, Vol A tomo 1, Ed. Paravia - II° ed., 1999

La filosofia kentiana si sviluppa fino al suo estremo metafisico nella descrizione del ruolo che attribuisce ai miasmi, in particolare a quello psorico.

"La psora è la causa fondamentale, lo stato di disordine originario che affligge l'umanità...risale al primissimo errore dell'uomo, il peccato originale, alla primissima malattia dell'umanità, che è una malattia di indole spirituale..." (XVIII° Lezione).

La visione filosofica assume dunque i precisi connotati della teologia cristiana in cui il peccato corrisponde alla coscienza morale della colpa, come dimensione costante dell'esistenza umana che trascende l'orizzonte personale dell'uomo singolo (peccato originale).¹²

Alcuni omeopati¹³ intravedono nella teoria della sostanza semplice l'influsso delle tesi mistiche del filosofo Swedenborg¹⁴, in particolare l'idea kentiana che la sostanza sia puro spirito e che tale "spiritualità" possa essere evocata attraverso il processo di dinamizzazione dei rimedi.

Anche l'idea della presenza di un'"aura" in ogni cosa dell'universo è stata giudicata in questo senso; Kent sostiene che *"tale aura acquisisce, come concetto, una grande utilità e introduce un capitolo molto importante nel campo degli studi omeopatici"*.

Effettivamente alcuni studi nella ricerca contemporanea, con l'ausilio di modelli bio-fisici, potrebbero fornire alcune chiavi interpretative del fenomeno, come vedremo più avanti.

Il dato fondamentale dell'insegnamento delle Lezioni kentiane, quale che sia l'angolazione da cui lo si vuole vedere, resta comunque questo:

"Tutte le cause di malattia sono nella sostanza semplice...dinamizziamo i nostri rimedi per poter arrivare alla loro sostanza semplice, cioè alla natura e alla qualità dello stesso rimedio. Il rimedio, per essere omeopatico, deve essere simile nella qualità e nell'azione alla causa di malattia". (VIII° Lezione).

Clinicamente la visione di Kent si traduce nel considerare la guarigione come un processo teso a riportare un ordine all'interno dell'organismo.

Kent accenna a quella che è conosciuta, in campo omeopatico, come "Legge di Hering" e cioè la particolare direzione che deve assumere la scomparsa dei sintomi, per essere considerata come un segnale di attivazione della guarigione: *"dal centro alla periferia e questo vuol dire: dall'alto al basso, dal dentro al fuori, dagli organi più importanti a quelli meno importanti..."* (I° Lezione)

Il processo di guarigione è centrifugo; ha infatti un andamento inverso rispetto all'evoluzione delle manifestazioni "esteriori" della malattia cronica, che va dalla periferia al centro.

In altre parole, l'origine profonda della malattia sta nelle facoltà superiori dell'essere ma si manifesta esteriormente a partire dagli organi ed apparati che compromettono meno la vita, dai quali progressivamente si approfondisce fino a determinare lesioni letali; l'innesco

¹² Enciclopedia di Filosofia, Garzanti, 2004, voce: peccato

¹³ Denis Demarque, *L'Homeopathie Médecine de l'Experience*, Angouleme, Ed. Coquemard, 1968

¹⁴ Emanuel Swedenborg (Stoccolma 1688-Londra 1772), scienziato e mistico. Il suo pensiero teosofico-spiritico si rifà alla tradizione neo-platonica per la quale il mondo è l'infinita emanazione dello spirito divino.

di un processo inverso di guarigione comporterà per prima la scomparsa proprio di queste lesioni pericolose per la vita con una riemersione di sintomi via via più esteriori.

2.1.2 LA VERA CAUSA EZIOLOGICA

Le malattie per Kent sono dunque un disordine interno che finisce per provocare lesioni esterne.

Kent intuisce l'unità costitutiva dell'uomo e ne individua tre componenti: le funzioni cerebrali più fini (la volontà ed l'intelletto), un elemento immateriale costituito dalla forza vitale di Hahnemann ed il corpo materiale con la sua struttura e i suoi processi biologici.

Il percorso della malattia inizia nelle facoltà superiori cerebrali e arriva al corpo materiale "passando attraverso" la forza vitale; la forza vitale appare quindi a Kent come un sistema di comunicazione pervasivo nell'organismo biologico. Dice Kent: *"non esiste nell'uomo una sola cellula che non sia fornita del proprio VOLERE e del proprio INTELLETTO, della propria materia animica o sostanza semplice e della propria sostanza materiale"*. (IV° lezione).

Vedremo come alcuni maestri omeopati contemporanei partono esattamente da qui per sostenere la scientificità del modello omeopatico di malattia.

E' infatti sull'equilibrio di questo sistema, che oggi definiremmo cibernetico, che agisce la vera causa eziologica, che per Kent (e Hahnemann) è rappresentata dai cosiddetti miasmi.

Parlare dei miasmi significa riferirsi sia ai miasmi acuti, sia ai miasmi cronici.

I primi sono le malattie infettive a decorso rapidamente evolutivo verso la morte o la guarigione (morbillo, scarlattina, pertosse...); i secondi, essendo anche il presupposto fondamentale per lo sviluppo di quelli acuti, sono da considerare la causa eziologica primaria di tutte le malattie.

Kent riprende la teoria hahnemanniana dei miasmi a partire dalla psora, invitando a superare la semplice interpretazione microbiologica (l'acaro della scabbia).

La psora diventa allora la *"condizione dell'uomo in cui ha alterato e degradato la propria economia a un punto tale che è divenuto sensibile alla minima influenza ambientale deleteria"*. e, come tale, la causa profonda di ogni patologia sia cronica che acuta (nel senso di riacutizzazione).

Essa comincia a manifestarsi dal piano psichico, perché è un disordine primitivo della volontà e della ragione; ed è per questo motivo che l'anamnesi omeopatica deve spingersi fino al punto in cui *"si rintraccerà tale inizio nella deviazione dello stato psichico rappresentato da sintomi sia mentali che fisici"*. (V° Lezione)

2.2 FILOSOFIA E PENSIERO SCIENTIFICO NELL'OMEOPATIA CONTEMPORANEA

2.2.1 Vithoukask: l'uomo come totalità integrata; il centro di gravità del disturbo

George Vithoukask riprende e sviluppa la visione dell'uomo formulata da Kent nelle "Lezioni di Omeopatia", arricchendone le intuizioni con alcune ipotesi tratte dalle moderne spiegazioni della fisica subatomica¹⁵.

Egli prende spunto, come altri maestri di omeopatia tra cui Marcelo Candegabe, da un filone di pensiero che si genera, a partire dagli anni '70 del novecento, dall'incontro tra le intuizioni della fisica subatomica e la nascita di una visione olistico-ecologica dell'uomo.

Sono in particolare le opere di Fritjof Capra¹⁶ che gli danno spunto per formulare alcune "ipotesi di lavoro" sulla natura e sul meccanismo di funzionamento della forza vitale, come meccanismo di difesa "globale" dell'organismo; su queste ipotesi si accentra l'interesse di vari ricercatori, anche al di fuori del mondo della ricerca omeopatica.

Dal punto di vista concettuale, la forza vitale (definita energia vitale nella VI° ed. dell'Organon) assumerebbe le caratteristiche di una forza elettromagnetica, che rappresenterebbe l'elemento costitutivo di ogni sostanza.

Kent l'aveva definita come una espressione della "sostanza semplice", dotata di intelligenza formativa, cioè regolatrice dei regni animale, vegetale e minerale, che fornirebbe ad ogni cosa la sua identità, la sua bio o chemio-diversità: la geometria specifica di un cristallo, la forma di un essere biologico; cioè qualcosa che si avvicina molto alla "sostanza" aristotelica.

*"Nell'uomo, i gradi più fini corrispondono alla volontà e alla conoscenza, i gradi più densi si adattano ai tessuti più grossolani...Ciascuna cellula ha in sé la gradazione più sottile e quella più densa"*¹⁷.

La malattia sarebbe dunque per prima cosa un disordine di questa forza di coesione dell'organismo e si genererebbe nei gradi più fini della volontà e dell'intelletto dai quali si diffonde perifericamente. La malattia è quindi, sia per Kent che per Vithoukask un disturbo "del governo centrale".

Dal punto di vista più strettamente clinico è particolarmente rilevante la traduzione che fa Vithoukask del concetto di energia vitale in un'idea di uomo come totalità risultante dall'integrazione di tre strati, fisico, emozionale e mentale, con un gradiente di crescente profondità.

¹⁵ George Vithoukask, *La Scienza dell'Omeopatia*, Ed. Libreria Cortina, Verona, 1986

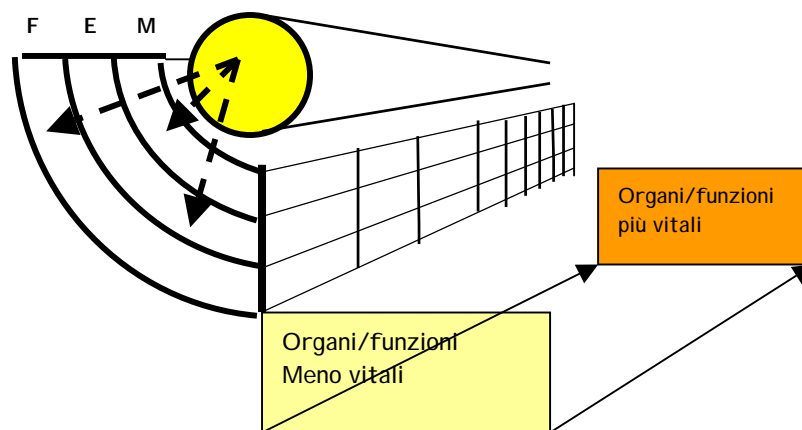
¹⁶ Fritjof Capra, *Il Tao della fisica*, Adelphi, 1982

¹⁷ James Tyler Kent, *Lezioni di Omeopatia*, a cura di Mario Garlasco, Ed. EDI UM, Milano, 1978 - VIII° lezione

La forza vitale-campo elettromagnetico costituirebbe l'elemento integratore dell'essere vivente e presenterebbe le caratteristiche fisiche dei fenomeni ondulatori, in particolare la capacità di vibrare con diversa intensità e diversa frequenza di risonanza, esprimendo cioè il suo livello energetico sulla base della variabile principale di un campo elettromagnetico, la frequenza.

Vithoukaskas ne offre anche una rappresentazione grafica simbolica, immaginando l'organismo, dal punto di vista spaziale, come un modello tridimensionale a tronco di cono.

La figura seguente (che reinterpreta in modo personale l'idea di Vithoukaskas), offre uno spaccato nel quale l'energia vitale potrebbe assumere la forma schematica di una barra interna di irradiazione verso tutti gli strati dell'essere:



Nei tre strati dell'essere, fisico (F), emozionale (E) e mentale (M), si esprimono frequenze vibratorie differenti, ma non solo; all'interno di ogni strato, le diverse parti sarebbero riconducibili a modalità ondulatorie diverse. Vithoukaskas insiste nell'esistenza di una disposizione gerarchica di queste diverse parti.

L'esempio più semplice è il valore gerarchico riconoscibile nello strato fisico e riconducibile al grado di importanza vitale dei diversi apparati, in senso decrescente:

- Sistema nervoso
- Cardio-circolatorio
- Endocrino
- Fegato
- Polmoni
- Reni
- Ossa
- Muscoli
- Cute

Un'analoga disposizione gerarchica è riscontrabile anche nello strato emozionale e in quello mentale.

Il centro di gravità del disturbo

Il modello assume pieno significato nella spiegazione del fenomeno "malattia" se teniamo conto del livello gerarchico in cui può essere collocata una determinata condizione fisiopatologica.

Per esempio, all'interno dello strato emozionale, una condizione di irritabilità è da considerare meno gerarchicamente importante di una condizione di fobia e questa a sua volta meno devastante per l'organismo di una condizione di grave depressione.

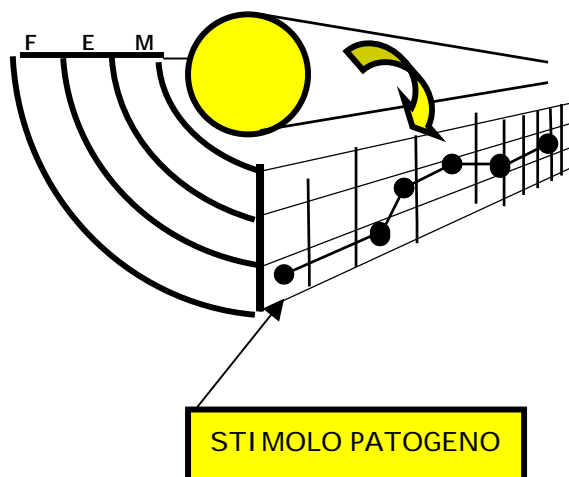
I tre strati concentrici sono una rappresentazione delle funzioni umane nella condizione di salute così come delle relative patologie e all'interno di ognuno esiste una *escalation* di gravità sintomatica.

La modifica dei sintomi con uno spostamento dallo strato esterno fisico verso quello intermedio emozionale o verso quello interno mentale segnala una degenerazione dello stato di salute; analogamente ad uno spostamento da un livello gerarchico inferiore ad uno superiore dello stesso strato.

Esiste inoltre una relazione tra lo stesso livello di strati differenti, nel senso che uno spostamento sintomatico verso uno strato più interno ma di livello nettamente inferiore può essere considerato come miglioramento; per esempio il passaggio da uno stato di depressione suicida (piano emotivo grave) ad una condizione di smemoratezza (piano mentale lieve).

Oltre all'appartenenza ad un determinato strato di profondità dell'essere e ad uno specifico livello di gravità dentro lo strato, il terzo parametro clinico da considerare è l'intensità con cui si manifesta ogni sintomo; la sua importanza è tale da rendere relativamente più grave per il paziente un sintomo più intenso anche se gerarchicamente meno rilevante.

Combinando il grado gerarchico del disturbo principale con l'intensità si ha un'idea del cosiddetto centro di gravità della malattia del paziente.



L'immagine dà l'idea di un modello dinamico evolutivo secondo il quale l'organismo, in un dato momento della sua vita, può vibrare su un certa gamma di frequenze di risonanza corrispondenti a specifiche suscettibilità ad un gruppo specifico di stimoli patogeni, restando relativamente immune da tutte le altre; tale suscettibilità ha una banda di oscillazione dipendente da fattori come la dieta, lo stress, l'ambiente esterno ma rimane comunque fissata a quel determinato livello a meno che non intervengano un fattore patogeno molto forte o terapie farmacologiche convenzionali che la spostano verso un livello superiore, più grave (o una terapia appropriata che la sposti ad un livello meno grave).

La terapia omeopatica abbassa lo stato del paziente ad un livello di suscettibilità inferiore, meno grave con possibile ricomparsa delle malattie appartenenti a quel livello.

In conclusione, una persona è immune alle malattie di un certo livello, o perché è più malata o perché è più sana, in quanto in entrambi i casi è diversa la frequenza di risonanza dell'organismo e quindi sono diversi i fattori patogeni che possono risuonare con l'organismo.

Quando un organismo riceve uno stimolo in uno dei suoi tre livelli, l'effetto è inizialmente avvertito dal piano dinamico rappresentato dalla forza vitale e redistribuito ai tre livelli in modo dipendente dal grado e tipo dello stimolo (§11 Organon).

Poiché ogni componente dell'organismo, come ogni sostanza presente in natura, vibra con una propria frequenza, quello che ne risulta è una specie di rumore di fondo poco riconoscibile dai nostri sensi (o da strumenti di analisi ad oggi validati dalla medicina ufficiale).

L'unico modo per cogliere tale perturbazione è la sua manifestazione clinica che si esprime come totalità sintomatica (§15 Organon).

Vithoukas svilupperà successivamente questo concetto dinamico di malattia, elaborando la "teoria dei livelli di salute", che non compare in pubblicazioni ufficiali, ma si va definendo nel corso della sua attività didattica ¹⁸.

La valutazione diagnostico-prognostica di ogni paziente può essere facilitata facendo riferimento ad uno schema logico che consenta di stimare la sua forza vitale, essenzialmente sulla base di tre parametri:

- la reattività post-vaccinale
- la sensibilità all'attacco microbico
- la suscettibilità a determinati gruppi di malattie

Nella "Scienza dell'Omeopatia" egli aveva già individuato nelle malattie acute gravi, nelle terapie soppressive e nelle vaccinazioni gli influssi (da ricercare nella storia del paziente) in grado di far passare l'organismo ad un livello diverso di suscettibilità.

Il primo livello di salute, la condizione ottimale di partenza di un organismo sano (in genere un soggetto giovane che non si trascina evidenti suscettibilità ereditarie) è quello che non avrà reazioni alla somministrazione di un vaccino, perché il suo organismo risuona su di un

¹⁸ Documentazione del Corso della Scuola di Omeopatia di Verona, 2005

livello di salute diverso e più alto; sarà sensibile a germi a bassa patogenicità intrinseca come lo streptococco e sarà soggetto a infezioni lievi (tonsilliti, cistiti), a disturbi reattivi come una modesta cefalea transitoria o forme escretive come leucorree o la s. pre-mestruale.

All'estremo opposto, il dodicesimo livello, Vithoukas colloca i soggetti affetti da malattie degenerative gravi in fase avanzata che sono suscettibili a germi opportunisti ma che è inutile vaccinare per lo stesso motivo dei soggetti del 1° livello: il loro stato è talmente grave da vibrare su di un piano così profondo da essere del tutto inaccessibile.

All'interno di questi poli egli colloca tutta la gamma di variazioni cliniche, articolate in altri 10 livelli di salute le cui tendenze possono essere riassunte in questo modo:

- Rispetto alla patogenicità:
 - Il 2° e 3° livello mostrano la stessa tendenza patogena acuta, superficiale ed esonerativa (eruttivo-secretiva) del 1°;
 - Dal 4° al 6°, le infiammazioni sono recidivanti ed estese a mucose via via più vitali; c'è angina pectoris (5° livello) o ansia (6°);
 - Dal 7°, inizia il campo delle malattie croniche, il cui livello di gravità farà inquadrare il soggetto nell'intervallo 7°-9°;
 - Dal 9° al 12°, le malattie croniche sono in fase molto grave e/o rapidamente evolutiva e/o terminale.

- Rispetto alla suscettibilità microbica:
 - Dal 1° al 6° aumenterà la sensibilità a germi via via più pericolosi esemplificata dalla sequenza: streptococco-stafilococco-gonococco-proteus-pseudomonas-treponema;
 - L'assenza di una suscettibilità ad infezioni fa inquadrare il soggetto nei livelli 7°-9° tipici delle forme croniche iniziali, non gravi;
 - La comparsa dei germi opportunisti, come si diceva, è tipica dei livelli 10°-12°.

- Rispetto alla reattività vaccinale:
 - Dal 2° al 4°, Vithoukas colloca i soggetti la cui forza vitale risuona col microrganismo in modo tale da dare solo lievi reazioni ma comunque da esserne indebolita;
 - Dal 5° al 9°, livello c'è una progressiva comparsa di complicanze vaccinali che testimoniano di un effetto nocivo sulla forza vitale che diventa suscettibile a malattie croniche;
 - Dal 10° livello, il "silenzio reattivo" del soggetto lo rende insensibile all'azione immunogena e spesso anche a quella del germe naturale, anche in forma epidemica.

2.2.2 - Candegabe: l'uomo come sistema termodinamico

Anche Marcelo Candegabe parte da intuizioni ed evidenze esterne al mondo dell'omeopatia e della medicina per costruire un modello di salute e malattia che possa consentire un adeguato approccio clinico¹⁹.

Il contributo più grosso è quello di Ilya Prigogine e della sua teoria delle strutture dissipative²⁰.

Il secondo principio della termodinamica aveva stabilito che in un sistema chiuso l'energia si mantiene quantitativamente costante ma si degrada progressivamente e irreversibilmente, cioè è sempre meno in grado di compiere un lavoro; la quantità di energia che non può più compiere lavoro è indicata anche con il termine di entropia.

Una pentola di acqua calda, lasciata senza fonte di energia termica esterna si raffredda progressivamente fino ad uno stato di equilibrio finale, in cui le molecole d'acqua si trovano nella condizione di massimo disordine.

Il principio è stato adottato dal pensiero ecologista che lo ha applicato su scala planetaria, dove una lenta ma inesorabile degradazione dell'energia porterà, secondo questa visione, ad una "morte per calore" e dove l'entropia è sostanzialmente sinonimo di inquinamento ambientale²¹.

Prigogine ha studiato il funzionamento dei sistemi aperti, cioè quelli in cui esiste un flusso di energia in entrata ed uscita con l'esterno; il flusso in entrata è in grado di compensare parzialmente l'aumento di entropia del sistema, mantenendo il grado di ordine richiesto dallo stesso, ma scaricando al di fuori l'aumento di disordine.

Questa è la tipica condizione di un organismo biologico, che assume materia ed energia per mantenere una propria omeostasi fisiologica, espellendo rifiuti di valore energetico inferiore a quello dei materiali assunti: Prigogine li definisce sistemi dissipativi lontani dall'equilibrio.

Tuttavia l'aspetto che interessa in modo specifico il mondo dell'omeopatia è l'osservazione sperimentale di sistemi aperti che, mentre procedono tendenzialmente verso un aumento del loro disordine interno, possono in certe condizioni, invertire temporaneamente questo processo assumendo configurazioni ordinate.

Un esempio, proveniente dal campo della fisica, è costituito dalle cosiddette celle di Bénard: in un recipiente pieno d'acqua, sottoposto a riscaldamento dal basso, il calore si trasmette per convezione dal basso verso l'alto; le molecole d'acqua si muovono caoticamente fin quando si raggiunge un punto critico di temperatura in cui improvvisamente compaiono movimenti collettivi e ordinati di gruppi di milioni di molecole in forma similesagonale e con direzioni ben precise, non casuali dei singoli gruppi; continuando il riscaldamento oltre tale punto, le molecole riprendono il loro moto caotico fino all'ebollizione.

¹⁹ Marcelo E. Candegabe, Hugo Carrara, *Approssimazione al metodo pratico e preciso della OMEOPATIA PURA*, Centro Internazionale della Grafica, Venezia, 1997

²⁰ Ilya Prigogine, Isabelle Stengers, *La nuova alleanza, metamorfosi della scienza*, Piccola Biblioteca Einaudi Scienza, Torino, nuova edizione 1999

²¹ Jeremy Rifkin, *Entropia*, Arnoldo Mondadori Ed., 1982

Come sottolinea P. Bellavite *"l'esempio contiene in sé i principali elementi della complessità...che è l'emergere di interazioni a lungo raggio tra elementi di un sistema, con formazione di strutture spazio-temporali ricche di informazione, di significato e dotate di qualche tipo di memoria"*²².

Questo nuovo modo di ordinarsi si realizza contemporaneamente in ciascuna parte del sistema come una gigantesca fluttuazione: il sistema agisce come un tutto.

Candegabe utilizza in via analogica questo modello applicandolo all'uomo, visto come un sistema aperto in cui fluisce materia, energia e informazione che gli consentono di mantenersi in una condizione di equilibrio dinamico.

La malattia sarebbe allora una specie di grande fluttuazione che sposta l'equilibrio verso una condizione di ordine diversa dalla precedente: in termini classici, sarebbe la perturbazione del principio vitale che si manifesta con sintomi caratteristici, espressione clinica di questo "nuovo ordine" transitorio.

Candegabe richiama la definizione di "ordine biologico", che, secondo Prigogine, si manifesta su due livelli distinti: l'ordine funzionale e quello architettonico. Su questa differenziazione di ordini biologici egli costruisce la sua teoria della costituzione morbosa, che sta alla base del metodo clinico.

Le componenti del ragionamento di Candegabe sono le seguenti:

- Ogni uomo ha una sua predisposizione ad ammalarsi (tendenza miasmatica), caratterizzata da un certo livello di ordine del sistema "biologico" nel suo complesso, cioè una sua tipica costituzione morbosa.
- L'azione di fattori patogeni, a un certo punto dell'esperienza di vita, comincia ad impegnare la forza vitale che manifesta la sua reazione attraverso i sintomi.
- La manifestazione di sintomi ha un aspetto qualitativo, rappresentato dalla tipologia sintomatica, che si esprime in due piani: dalla mente al corpo (cioè come sintomi mentali, generali, particolari) e dal passato al presente (cioè come sintomi storici, intermedi, attuali).
- La capacità dell'organismo di esprimersi con una varietà sintomatica "qualitativa" è, secondo Candegabe, in rapporto al grado di "coerenza" della sua costituzione morbosa, cioè all'esistenza di una razionalità, di una spiegabilità del quadro morboso.

In altre parole, egli attribuisce valore sia alla relazione dinamica (spazio-temporale) che unisce i sintomi, sia alla loro stratificazione nei vari piani interni dell'organismo (per usare l'espressione di Vithoukias); nella misura in cui vengono espresse da un paziente, consentono di scoprirne la vera essenza, cioè *"la ragione che esistano tutti quei sintomi in quella speciale relazione"*.

- La manifestazione dei sintomi presenta anche un aspetto "quantitativo" (numero ed intensità dei sintomi); esso sarebbe più in relazione con la condizione "energetica" della forza vitale in un dato momento, cioè con la sua capacità di esprimersi, dipendente dalla combinazione di svariati fattori, di tipo costituzionale o ambientale.

²² P.Bellavite, A.Signorini, *Fondamenti teorici e sperimentali della medicina omeopatica*, IPSA Ed., Palermo, 1992

Tutto questo viene riassunto in quello che è definito l'ologramma energetico, che sarà ripreso successivamente.

2.2.3 - R.Sankaran: la salute è benessere incondizionato; la malattia come atteggiamento inappropriato

Dal punto di vista filosofico, Rajan Sankaran fa propria la definizione hahnemanniana di salute come *"benessere incondizionato"*, con una particolare tonalità che proviene dalla filosofia Zen, dove la *libertà di espressione* kantiana diventa piuttosto una libertà dalle passioni, dalle preferenze, da una adesione troppo stretta alle vicende della propria vita.

Da un punto di vista patogenetico, *"lo stato di malattia è un atteggiamento che l'organismo assume per sopravvivere in una determinata situazione. Finchè tale situazione persiste e finchè l'atteggiamento è appropriato e commisurato alla situazione, non può essere curato con alcuna terapia"*²³.

L'atteggiamento adatto ad una certa situazione diventa inappropriato quando: *"la situazione non esiste, la situazione attuale è diversa, la reazione non è commisurata alla situazione"*: Sankaran fa l'esempio della intensa paura suscitata dalla vista di un leone, che diventa inappropriata se si manifesta alla vista di un piccolo cane.

L'individuo reagirebbe dunque in modo inopportuno a causa di una *falsa percezione* della realtà.

Quando una situazione che richiede un certo atteggiamento (per es. di paura) dura troppo a lungo, questa lascia una forte impressione, che Sankaran definisce *"radice"*, responsabile in futuro dell'atteggiamento inappropriato.

La radice, secondo Sankaran, può essere trasmessa dalla madre per la presenza di uno stato intenso durante la gravidanza o da entrambi i genitori per la presenza di uno stato patologico o di una loro propria radice, al momento del concepimento.

La radice assumerebbe quindi il significato della predisposizione miasmatica hahnemanniana.

Il meccanismo fisiopatologico corrisponde, secondo Sankaran, alla sindrome di adattamento allo stress, descritta da Hans Selye; l'adattamento si manterrebbe anche quando non è più necessario, creando un dis-adattamento.

Nella sua spiegazione patogenetica Sankaran introduce un'altra idea: quella di stato patologico.

In ogni individuo possono coesistere diversi stati patologici, uno solo dei quali è dominante in un certo momento, mentre gli altri restano silenti.

Alcuni di questi stati sono espressione di una radice (predisposizione) nascosta; in questo caso, è sufficiente un fattore scatenante debole (che sarebbe innocuo in soggetti sani, cioè privi di radice) perché si manifesti lo stato.

²³ Rajan Sankaran, *Lo Spirito dell'Omeopatia*, 3° ed., Salus Infirmorum, Padova, 2004

Altri stati sono scollegati da radici sottostanti, manifestandosi solo in seguito all'effetto di un forte fattore scatenante.

Le malattie del primo tipo sono sostanzialmente le malattie croniche per le quali il soggetto ha una suscettibilità "miasmatica"; le altre sono le malattie acute di tipo epidemico, che tendono a colpire in modo simile molti individui, a causa di una loro intrinseca patogenicità.

Nel tentativo di spiegare il significato profondo della malattia e il significato della legge di similitudine, Sankaran fa uso di alcuni concetti psicanalitici.

L'Ego costituisce l'insieme di caratteristiche che contraddistinguono l'individualità di ogni persona; il suo nome e cognome, la sua appartenenza ad una famiglia, religione o stato, il suo sentimento di identità.

La falsa percezione che sta all'origine del disadattamento patologico si fisserebbe nell'Ego come una *"postura, uno schema comportamentale o di pensiero associato a determinate paure, compulsioni e ossessioni"* che costituiscono la malattia.

Ma Sankaran si spinge oltre, in un terreno ancora una volta metafisico, sostenendo che esiste una seconda identità dell'uomo, quella dello *"spirito o coscienza o energia che vibra insieme all'energia dell'intero universo"*; corpo e mente costituirebbero un'unità di base, la coscienza pura.

Il meccanismo di funzionamento del simile omeopatico sarebbe allora quello di mettere il malato di fronte alla situazione immaginaria (falsa percezione).

Riprendendo l'esempio del leone, è come mostrare al malato che lui sta correndo di fronte ad un leone mentre il leone in realtà non c'è; posto di fronte allo "stampo" del suo disadattamento (il rimedio omeopatico), egli se ne rende "consapevole".

Questa "legge di guarigione" non riguarderebbe solo i processi mentali ma tutte le funzioni organiche; Sankaran porta l'esempio dell'infiammazione, come reazione esagerata ad uno stimolo flogogeno, cui il corpo potrebbe reagire attraverso un processo analogo di assunzione di consapevolezza che innesca la guarigione. E' chiaro che questa resta un'ipotesi concettuale.

Il passaggio sul piano metafisico lo porta a considerare questo fenomeno come Legge di Natura, cui attribuisce anche un significato finalistico: *"Il progresso dell'uomo e della società hanno generato disturbi dinamici troppo intensi e profondi che l'organismo non è in grado di affrontare da solo. La scoperta e la successiva applicazione del metodo naturale di cura delle malattie (dinamiche) non è stato casuale"*.

La Legge di similitudine viene dunque in soccorso ad una *vix medicatrix naturae* che non riesce più a sostenere l'impatto con la complessità dei fattori patogeni cui è soggetto l'uomo moderno.

2.2.4 - Masi: Il terzo livello dell'omeopatia

Come sintetizza nella prefazione al suo secondo volume, Alfonso Masi Elizalde, individua due grandi conclusioni cui ritiene di essere giunto riguardo al significato profondo dell'omeopatia:

A. L'attribuzione ad Hahnemann di una visione aristotelico-tomista della medicina, secondo la quale l'uomo è un composto sostanziale in cui anima e corpo sono un unico insieme, che si manifesta in diversi livelli gerarchici (Aristotele); egli riceve, al momento della creazione, un movimento che lo spinge a risalire il più vicino possibile alla sua origine, cioè a Dio (Tommaso D'Aquino).

Essendo però dotato di libero arbitrio può spostare questo impulso *"dal suo fisiologico senso teocentrico verso un patologico obiettivo omocentrico"*.²⁴

Questa sarebbe la chiave per la comprensione dei miasmi cronici, in linea con l'idea kentiana di *sostanza semplice* e di psora come conseguenza del peccato originale.

B. L'analisi critica delle patogenesi omeopatiche, nelle quali bisogna *"separare i risultati ottenuti con la sperimentazione del medicamento-energia da quelli risultati dall'utilizzo del medicamento-materia..."*.

La violazione della Legge divina è il fattore d'innescio del processo storico della malattia a partire dai sentimenti che rappresentano i nuclei del peccato originale: il senso di colpa, la perdita di un valore, la nostalgia, la paura della punizione, il tentativo di dare una giustificazione.

In tutte le patogenesi, da lui attentamente ristudiate, Masi ritrova questi nuclei, come sensazioni non spiegabili attraverso riferimenti con la vita reale degli sperimentatori e quindi da considerarsi come *"lesione endogena"*, collegata alla sostanza sperimentata, alla quale lo sperimentatore *"presta la voce"*.

Il meccanismo da cui nasce la malattia psorica è quindi il senso di colpa che scatena un'angoscia esistenziale, secondo il pensiero delle scuole esistenzialistiche cristiane (è la Psora Primaria di Hahnemann), alla quale l'uomo risponde, proiettandola sull'ambiente esterno, in accordo con la sua personale immaginazione (è la Psora Secondaria o proiettata) ma che prosegue con una *"terza fase"*, quella reattiva vera e propria.

A questo punto, Masi propone forse la parte più originale della sua teoria miasmatica: all'uomo intrappolato nella propria angoscia non resta che reagire; può farlo in tre modi:

- la fuga da quello che ritiene nemico attraverso un meccanismo di incistazione, di ritiro e quindi di autodistruzione;
- il tentativo di distruzione di ciò che considera nemico;
- il tentativo di supremazia sul nemico, l'attitudine ipertrofica, di dominio, anche nella forma mascherata dell'adulazione, dell'ipocrisia.

In questo modo Masi reinterpreta i miasmi hahnemanniani sovrapponendo all'impianto esistenzialistico cristiano un concetto molto vicino alla reazione di stress di Selye.

Sulla base psorica della propria angoscia originale l'uomo reagisce o con l'attitudine mentale e lesionale auto ed etero-distruttiva della sifilis o con quella proliferativa della sicosi.

In realtà Masi, negando la possibilità del contagio miasmatico infettivo, propone di chiamare diversamente queste tendenze reattive e parla di egolisi, alterlisi ed egotrofia.

²⁴ Alfonso Masi Elisalde, *Riflessioni omeopatiche, vol II*, De Ferrari Ed., Genova, 1995

Si delinea così il senso del metodo clinico di Masi che ammette la possibilità di fare omeopatia a diversi livelli:

- Ad un primo livello c'è un'omeopatia organotropica, che con una buona repertorizzazione "nosologica" può risolvere alcuni problemi, senza tuttavia intaccare il nucleo psorico del paziente e con il rischio di soppressione sintomatica.
- Ad un secondo livello c'è un'omeopatia kentiana basata sulla repertorizzazione classica fortemente centrata sul disturbo mentale-affettivo e con probabilità maggiore di centrare il vero simillimum. Siamo più vicini ma non ancora dentro al nucleo centrale della sofferenza.
- Al terzo livello dell'omeopatia, Masi propone un approccio che va al di là della repertorizzazione ed è basato sulla sua particolare rivisitazione della materia medica.

In questo modo egli dà anche la sua spiegazione del funzionamento del simillimum omeopatico:

"Se noi arriviamo... alla conclusione che la malattia è la conseguenza della trasgressione di uno degli aspetti dell'ordine, non è raro che il malato che presenta una malattia in accordo ad uno degli aspetti della perfezione violata, trovi il suo medicamento nella sostanza naturale che ha come scopo quello di rappresentare lo stesso aspetto della perfezione".

Ed aggiunge:

"...scopriamo un'assoluta identità tra la sostanza (minerale, vegetale o animale) e la patogenesi. Cioè lo sperimentatore sensibile presta la voce alla sostanza (che è muta) esprimendo il suo dramma".

Clinicamente l'interrogatorio omeopatico avrà quindi lo scopo di tornare all'origine della propria evoluzione patogena, prima che il paziente cominciasse a reagire, secondo modalità che potremmo definire secondarie; è lì che si colloca la Psora Primaria con i suoi sintomi primari: *"l'essenza del peccato individuale. Cioè quale fosse l'attributo divino invidiato e desiderato del malato".*

2.2.5 Processo Sanchez Ortega: il miasma, malattia costituzionale

"La cuspide della percezione della verità che può raggiungere il medico è inequivocabilmente, mi permetto di assicurarlo, nella comprensione dei miasmi di Hahnemann".

Questa affermazione focalizza l'interesse centrale del lavoro di Ortega.

Nel suo lavoro principale,²⁵ egli parte dal concetto di diatesi, richiamando la definizione di Trousseau come *"predisposizione congenita o acquisita ma essenziale e invariabilmente"*

²⁵ Processo Sanchez Ortega, *Appunti sui miasmi o malattie croniche di Hahnemann*, 11° ed. italiana a cura della Libera Università Internazionale di Medicina Omeopatica (LUI MO), 1993, CEMON Napoli

cronica, in virtù della quale si producono alterazioni multiple nella forma, però uniche nell'essenza"; concordante con quella di miasma hahnemanniano .

Queste essenze, cioè le manifestazioni delle diatesi, sarebbero riconducibili alle tre alterazioni fondamentali della funzione cellulare: il difetto, l'eccesso, la perversione.

La teoria è formulata negli anni '40 del novecento e si sente evidentemente l'influsso degli sviluppi delle conoscenze della microscopia e della biochimica cellulare, che andava arricchendo le conoscenze sulle alterazioni nutrizionali e fisiopatologiche dei tessuti.

In questa analogia, la tendenza costituzionale psorica rappresenta la condizione di carenza, di inibizione sia dell'individuo uomo che dell'individuo cellula, che porta successivamente a reazioni nella direzione dell'eccesso, per compensazione, o della perversione funzionale, per compresenza di entrambe le modalità:

"La sicosi è il miasma o stato costituzionale dell'eccesso, dell'esuberanza, dell'ostentazione o della fuga;...la sifilide è lo stato costituzionale che genera la perversione che è distruzione, degenerazione, aggressività."

La terminologia usata suggerisce chiaramente che ci si può riferire sia al piano psichico che a quello organico.

La timidezza sarà psorica, l'ostentazione sarà sicosica, il desiderio di uccidere esprimerà una tendenza sifilitica; analogamente, per fare un esempio, le caratteristiche di secchezza - ipersecrezione - ulcerazione/necrosi, a livello tissutale.

Tuttavia Ortega avverte che non bisogna catalogare il sintomo isolato ma cogliere la tendenza reattiva che emerge dall'insieme del quadro soggettivo.

Ma Ortega va oltre la visione costituzionalista limitata al campo della patologia; ogni individuo, sano o ammalato, può essere riconosciuto in base alle sue caratteristiche miasmatiche, come viene simpaticamente illustrato nel seguente brano:

"Così l'uomo che guardiamo passare con relativa lentezza, che mostra impassibilità nelle sue azioni e che ci guarda con timidezza o insicurezza, avrà le qualità dominanti della psora. La ragazza spiritosa che cammina ancheggiando, rendendo più evidente, attraverso il vestito giallo le sue curve, sarà prevalentemente sicosica. Quell'altro, che passa diffidente e con il viso imbronciato, come disprezzandoci con uno sguardo offensivo, pronto alla sfida o all'aggressione, porterà il marchio delle qualità sifilitiche."

Il riferimento al colore giallo non è casuale, perché Ortega suggerisce un'analogia fortemente evocativa tra miasmi e gamma cromatica.

Partendo dalla freddezza del blu, dalla vistosità del giallo e dalla passionalità del rosso, si rendono possibili tutte le sfumature tonali legate alla diversa presenza percentuale del singolo miasma puro, che, in realtà, non è mai presente da solo.

Un secondo legame con la cultura scientifica dell'epoca che si può dedurre da questa descrizione dei miasmi è, come per Masi Elizalde, quello con la reazione di stress di Selye, che, a ben vedere, rappresenta un modello interpretativo fisiologico molto sfruttato dagli omeopati del secondo '900.

La prima reazione di fronte all'agente aggressivo è l'inibizione, la seconda è la fuga, la terza, la risposta contro-aggressiva.

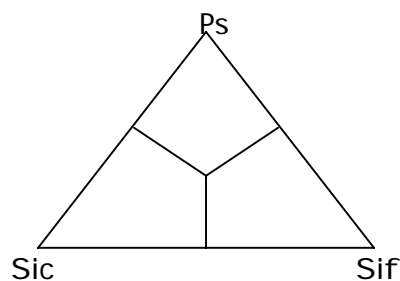
La prima e principale ripercussione sul piano clinico operativo è la necessità di fare una diagnosi "miasmatica".

Questo approccio ha, per Ortega, il vantaggio di farci conoscere la patologia profonda che deve affiorare per poter avviare la vera guarigione e quello di consentire una prognosi più consapevole, in quanto legata alla precisazione delle caratteristiche del paziente presenti nella sua *“biopatografia, cioè nella sua storia non solo patologica, ma anche nei differenti aspetti della sua vita; sviluppo fisico, sofferenze, attitudini e condotta nelle differenti tappe della sua esistenza...”*.

La seconda applicazione della visione orteghiana nella pratica dell'omeopatia è il modo di considerare il rimedio omeopatico.

La centralità della diagnosi basata sulla costituzione, lo porta ad inquadrare i rimedi con lo stesso punto di vista *“costituzionale”*; ognuno esprimerà, nella propria gamma sintomatica patogenetica, una analoga gamma di tonalità miasmatiche.

Così egli distingue i grandi policresti trimiasmatici, Lycopodium e Sulphur, per i quali usa l'immagine di un triangolo equilatero:



L'esempio di un rimedio con una prevalenza di sintomi psorici è invece Calcarea Carbonica oppure quello prevalentemente sifilitico, Arsenicum Album, in cui il triangolo simbolico perderà l'equilateralità.

Di conseguenza, Ortega sviluppa molto l'interpretazione costituzionale miasmatica della sintomatologia dei vari rimedi, con ovvia attenzione alla ricchezza dei policresti e di cui offre ampi esempi nel proprio lavoro.

La clinica omeopatica consiste dunque nel percorso approfondito che il medico deve compiere a partire dal riconoscimento del paziente nel suo stato di salute, progressivamente alterato in modo sfumato e aspecifico nel tentativo di compensare uno stato psorico latente, fino allo stato di sofferenza cosciente della psora manifesta:

“Giungiamo così alla comprensione realmente integrale dell'individuo umano che configura il nostro simile nella sofferenza; e della sua individualità o essenzialità più profonda costretta a esprimersi difettosamente a causa dei miasmi che non gli permettono l'esatta comprensione del tutto e, come conseguenza, lo porta ad una imperfetta manifestazione e gli produce una visione alterata di se stesso e di tutte le cose...L'opera dell'uomo si avvicinerà tanto più alla perfezione quanto più sarà capace di arrestare la sua carica miasmatica; e sarà tanto più avversa alla specie quanto più predominante sarà la sua modulazione miasmatica”.

Con il riferimento al vantaggio della specie rispetto all'individuo, Ortega introduce un riferimento all'eugenetica, che costituisce un aspetto obiettivamente discutibile e ambiguo

anche perché non è tradotto in una formulazione di proposte chiare. Per esempio viene riportata la seguente affermazione di Gonzales Corona:

"L'eugenetica cercherà il miglioramento della specie aiutando la selezione naturale della saggia natura, fomentando i migliori caratteri razziali o cercando di evitare l'unione di soggetti con gravi stimate o tare, evitando i danni terapeutici e iatrogeni... .

2.2.6 Tomas Pablo Paschero: il *simillimum* biotipologico

Anche Tomas Pablo Paschero parte dalla costituzione come *"struttura psico-fisica dell'uomo, determinata dall'interazione dei fattori genetici ed acquisiti, che si identifica attraverso i sintomi caratteristici mentali;...sebbene sia una struttura biologica ereditata termina o finisce di stabilizzarsi dopo la nascita...grazie ad un'intima correlazione simbiotica con la madre"*²⁶.

L'attenzione è dunque spostata sulla primitiva relazione fusionale del bambino sui cui si modella la personalità, sulla base di due attitudini fondamentali: la riconoscenza o il risentimento, che rappresentano il prototipo di tutte le attitudini ambivalenti che si esprimeranno nell'esistenza attraverso i binomi amore/odio, generosità/invidia, egoismo/altruismo.

Poiché la citazione psicanalitica è evidente, Paschero precisa che *"c'è una radice biologica della personalità che non obbedisce alla terapeutica rieducazionale del trattamento psicanalitico"*.

E' quindi lo "stato costituzionale" che deve orientare la scelta del medicamento sulla base dell'analogia con i biotipi che sono rappresentati dalle patogenesi dei rimedi.

Questa impostazione segna una differenza con quella orteghiana.

Paschero, come i suoi successori Eugenio e Marcelo Candegabe, sembrano distinguere l'impronta miasmatica ereditata, dal biotipo costituzionale, che è il "modo di fare la malattia", attribuendo principalmente a questo la correlazione con il rimedio omeopatico:

"Il medico omeopata fa la diagnosi del medicamento costituzionale, il simillimum del Malato, non perché i sintomi del malato sono coperti dai sintomi di un determinato medicamento, ma, al contrario, perché un biotipo costituzionale identificato con il rimedio somigliante darà luogo ai sintomi che gli corrispondono e tali sintomi, che lo abbia detto o no il Malato, sono derivati da questo stato costituzionale pertinente a questo medicamento. Non possiamo dire, ad esempio, che un Malato presenta i sintomi di Lycopodium senza che sia un Lycopodium...".

Diversamente, per Ortega, il medico fa la diagnosi del miasma, cercando di cogliere nel quadro del paziente la distribuzione delle componenti psoriche-sicosiche-sifilitiche: ci sarà quindi un malato Lycopodium che viene individuato attraverso i suoi sintomi psorici mentre un altro Lycopodium lo sarà attraverso sintomi sicotici.

²⁶ Tomas Pablo Paschero, *Il Pensiero e gli appunti di pratica omeopatica*, Salus Infirmorum, Padova, 2003

La differenza è sottile ma conduce a rilevanti differenze cliniche:

- Si allarga il numero dei rimedi utilizzati, nel tentativo di sfruttare tutte le combinazioni sintomatiche per cercare di correlarle ad uno dei tremila rimedi disponibili, senza limitarsi a pescare un gruppo omogeneo di sintomi miasmatici dentro i tremila sintomi di 20-30 policrestì.

- Lo studio approfondito di ogni medicamento della Materia Medica porta l'omeopata esperto a *"impregnarsi di esso in modo tale da essere capaci di vederlo e di sentirlo in una visione d'insieme."*

Paschero lo chiama "modo intuitivo di prescrivere", che può utilizzare la repertorizzazione come pre-selezione di un numero ridotto di rimedi.

Su questa impostazione M.Candegabe svilupperà il suo metodo, in cui l'attenta repertorizzazione dei sintomi caratteristici ben modalizzati ha proprio questa finalità selettiva preliminare di un gruppo di rimedi, da studiare successivamente sotto il profilo caratterologico, che consente di cogliere un'immagine biotipologica unica e inconfondibile.

Per altri aspetti, la visione di Paschero è riconducibile a quella delle varie scuole sudamericane, connotate in questo modo:

- La centralità del conflitto psichico come causa di malattia: *"Le patologie non sono altro che risposte ai conflitti emozionali, cioè un modo di risolvere l'ansia in un dolore o in un'alterazione organica"*.
- Il conflitto è interpretabile in chiave psicanalitica: *"...esiste sempre una sofferenza morale derivata dal conflitto di base tra la sua istintività e la sua coscienza morale, tra il suo subcosciente e la sua razionalità, tra le sue pulsioni e i suoi sensi di colpa"*, ma la coscienza morale non è una creazione dell'uomo, bensì un'istanza superiore intrinseca che *"lo integra nell'essenza del cosmo"*.
- La coscienza morale ha una valenza metafisica. E' illuminante una nota a piè di pagina, scritta da M.Candegabe:
"Per Paschero, l'angoscia sorge dall'irricongiungibile separazione tra finito e infinito; è la stessa condizione dell'esistenza temporale, è ciò che sommerge l'uomo nella profondità dell'abbandono; esistere è, in qualche maniera, un essersi staccato dal tutto, dalla pienezza di Dio e dall'infinito, per sorgere sotto le coordinate spazio-temporali che ci circoscrivono in una realtà isolata, singolarizzata."
- I sintomi mentali e le sensazioni soggettive che si riferiscono al mondo degli affetti (ira, paura, ansia...) rappresentano la massima espressione di *"questi fattori di resistenza interiore, sepolti nell'inconscio, come sentimenti repressi e come dettami morali che impediscono la libera espansione della forza vitale verso la realizzazione della pienezza della vita"*.
- Per cogliere pienamente l'essenza biotipologica del paziente il medico deve essere capace di entrare in un rapporto empatico col paziente per identificarsi *"con il vissuto affettivo e i livelli di coscienza del Malato"*.
- Solo in questo modo il medico può percepire la *"sindrome caratteristica"* che gli consente di capire il suo paziente: *"Capire il Malato nella sua interiorità è capire per analogia il simillimum che duplicherà i vecchi sintomi e riporterà al suo vigore la legge di guarigione, poiché l'essenza della patologia del Malato è analoga all'essenza dell'azione del rimedio"*.

3 - L'APERTURA DEL CASO: RACCOLTA E SCELTA DEI SINTOMI

3.1 - Kent: il valore dei sintomi

Nelle lezioni XXIII-XXVI, intitolate "l'esame del malato" Kent ripercorre i paragrafi dell'Organon dedicati alla raccolta dei sintomi e all'osservazione del malato, attraverso i quali si giunge a dipingere il quadro della totalità del disturbo del paziente, cioè il primo passo nel processo di individuazione del rimedio.

Il contributo metodologico fondamentale di Kent è indiscutibilmente il suo Repertorio.²⁷

Nella prefazione dell'opera, prima di illustrare il metodo di consultazione, ricorda che, dopo aver esaminato il caso secondo quanto è scritto nei paragrafi 83-140 dell'Organon, è necessario *"annotare tutti i sintomi mentali e fisici dichiarati dallo stesso paziente e ricercare nel Repertorio i sintomi che vi corrispondono"*.

Secondo le definizioni che propone A.Lodispoto²⁸ dunque:

L'"anamnesi omeopatica" rappresenta la totalità dei sintomi individuali e caratteristici del paziente.

Il "sintomo individuale e caratteristico" rappresenta la percepibile deviazione dalla sintomatologia classica di una data malattia.

La "totalità dei sintomi individuali e caratteristici" rappresenta l'immagine reazionale propria di quel malato.

Questo primo passo porta a raccogliere un certo numero di sintomi individualizzati (alcuni omeopati arrivano anche a 30-50) sui quali è necessario fare un lavoro di valorizzazione.

Kent, interpretando l'indicazione del paragrafo 153 dell'Organon, sottolinea la necessità di cogliere quanto di caratteristico vi è in un quadro sintomatologico e tale da farlo distinguere come caso unico, inconfondibile con gli altri casi.

Per Kent, *"le cose che caratterizzano, sono quelle che fanno esitare, che inducono a riflettere"*, cioè che è strano, raro e bizzarro. *"Quando poi si trovano due o tre sintomi peculiari...essi vanno a costituire i tratti caratteristici"*.

E' l'atteggiamento sintetizzato nella frase di J.Weir (omeopata inglese, allievo di Kent che portò il kentismo in Europa): *"La totalità dei sintomi è il minimo dei sintomi di valore massimo"*, cioè, nel linguaggio corrente degli omeopati, la cosiddetta "sindrome minima di valore massimo".

²⁷ J.T.Kent, *Repertory of the homoeopathic materia medica*, B. Jain Publishers, New Delhi, 1986

²⁸ Alberto Lodispoto, *Il Kentismo e l'analisi repertoriale*, Tecniche Nuove, 1991, Milano

3.2 - Vithoukask: la maieutica dei sintomi

George Vithoukask suggerisce l'atteggiamento corretto per stabilire un'adeguata relazione medico-paziente, in stretta aderenza alle indicazioni hahnemanniane e kentiane e alla sua idea di centro di gravità della malattia:

- Il medico è relativamente silenzioso, fa da catalizzatore.
- La visita inizia chiedendo al paziente qual è il suo problema attuale.
- Si valuta la documentazione clinica per giudicare la serietà del problema e la prognosi.
- Si sollecita delicatamente l'incertezza espositiva del paziente con richieste del tipo: "Che c'è d'altro?".
- Si richiedono precisazioni sulle modalità, che non sono state sufficientemente chiarite in modo spontaneo.
- Si inquadra l'esatta sequenza evolutiva dell'apparizione dei sintomi in rapporto a:
 - scosse mentali ed emotive;
 - malattie gravi, soprattutto veneree, infettive prolungate, squilibri fisici e mentali;
 - trattamenti, in particolare: chirurgia/anestesia, psicoterapia, terapie manuali, meditazione, cortisone, pillola anticoncezionale, tiroxina, psicofarmaci, antibiotici, vaccinazioni.
- Successivamente si sviluppa l'anamnesi omeopatica con le domande relative ai sistemi generali (sonno, sesso, alimentazione ecc.), alle relazioni con l'ambiente fisico, alle relazioni sociali.

I pazienti cronici nascondono profondamente emozioni, pensieri, esperienze cui associano spesso sentimenti di vergogna o imbarazzo: essi sono importanti perché svelano la profondità del meccanismo di difesa in atto; spesso sono rivelati dal linguaggio non verbale come una piccola tensione, un'esitazione, un gesto, un'interruzione della voce.

Il paziente cerca di glissare proprio sulle zone più dolorose.

Se l'omeopata sente disagio verso un argomento (a meno che non sia una zona fragile del medico stesso) si tratta sicuramente di una questione da esplorare a fondo.

Vithoukask ricorda come si possa indurre una crisi del paziente quando egli si lascia andare, dopo aver abbassato la guardia; il fenomeno viene paragonato al "metodo catartico" della psicanalisi, ma lo scopo clinico è diverso perché mentre lo psicanalista svilupperà l'analisi di quel sintomo fino alla presa di coscienza da parte del paziente, all'omeopata, una volta chiarito il sintomo, interesserà andare a comporre il quadro della totalità sintomatica, spalmata sui tre strati dell'essere.

Vithoukask suggerisce un sistema di registrazione dei sintomi con il metodo della sottolineatura, in base ai requisiti di importanza del sintomo, relativi a tre aspetti: chiarezza, intensità, spontaneità.

CHIAREZZA	INTENSITA'	SPONTANEITA'	
Confuso	Non intenso	Su domanda	Sintomo
Chiari	Intensi	Su domanda	<u>Sintomo</u>
Molto chiari	Intensi	Spontanei	<u>Sintomo</u> <u> </u> <u> </u>
Molto chiari	Molto intensi	Spontanei	<u>Sintomo</u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>

Casi difficili

Ci si trova di fronte talvolta a particolari difficoltà relazionali.

1. I soggetti timidi, riservati, introversi nascondono molti sintomi o li descrivono con minor intensità, perché pensano che il medico non sia interessato ai loro problemi.

Nei pazienti "chiusi" ha maggior importanza l'osservazione obiettiva del corpo e del comportamento.

2. Gli ipocondriaci sono troppo ansiosi per la loro salute e si perdono in un mare di sintomi, spesso esagerati. Vithoukas suggerisce di non partecipare troppo emotivamente al racconto del paziente, incoraggiandolo invece ad avere una visione più ampia e sintetica della sua condizione.

3. Gli intellettuali tendono a rapportarsi alla realtà secondo ciò che è spiegabile alla loro mente, tendendo a bloccare ciò che appare strano o inspiegabile; inoltre essi vedono le cose più dal punto di vista sociale che individuale, cioè hanno difficoltà ad individualizzare i sintomi. Le risposte sono del tipo "sì, ma...".

In questo gruppo è importante differenziare la causa occasionale (stile di vita), che loro tendono a mettere a fuoco, dalla causa di mantenimento che esprime la vera suscettibilità. Spesso assumono varie medicine "di supporto" o aderiscono a regimi dietetici per scelte culturali; in sintesi, la loro mente interferisce profondamente nell'espressione naturale del loro organismo.

Un altro problema è l'insistenza nel voler prendere decisioni riguardo alla terapia.

3.3 - Candegabe: l'ologramma energetico-costituzionale; 1° e 2° passo del Metodo dell'Omeopatia Pura

1° Passo: Interrogatorio sistematico

Secondo il metodo di Candegabe un interrogatorio sistematico deve essere orientato a raccogliere i sintomi che rappresentano la costituzione morbosa, applicando un criterio di

doppia gerarchia: quella basata sulla persistenza di un sintomo nel tempo e quella legata all'appartenenza ai piani di complessità che vanno dal mentale al locale.

Nell'insieme, essi rappresentano i *"due piani di espressione della totalità"*.

Candegabe propone l'uso di uno schema pratico (che definisce ologramma energetico), che non è altro che l'attribuzione di un punteggio sulla base del criterio gerarchico:

SINTOMI	Storici	Intermedi	Attuali
Mentali	9	7	3
Generali	8	5	2
Locali	6	4	1

La scelta del punteggio è evidentemente arbitraria ma risponde alla logica di attribuire maggiore importanza alla persistenza nel tempo, visto che ad un sintomo locale storico è attribuito un punteggio maggiore che ad un sintomo mentale attuale.

I sintomi vanno individuati anche sulla base della loro intensità e, soprattutto delle *"differenti modalizzazioni che conferiscono al sintomo le qualità caratteristiche che lo distinguono come il patrimonio semeiologico fondamentale dell'Omeopatia"*.

II° Passo: Il Quadro della malattia

Dopo la raccolta, Candegabe propone una classificazione dei sintomi che consenta di "inquadrare" il paziente.

Assume rilevanza, da questo punto di vista, anche l'individuazione dei sintomi che vengono definiti "caratterologici": *"sono particolarità della personalità o del genio di ciascuno che lo individualizzano per la loro intensità, ad esempio: timido, ostinato, geloso, dittatore, loquace ecc."*.

Sono i sintomi che, nel Repertorio, non vengono modalizzati; proprio per questa ragione non andranno considerati nel processo di repertorizzazione ma serviranno nella fase seguente per orientare la scelta del rimedio.

Sono quei sintomi che *"spesso nascondono un altro sintomo dietro l'espressione del paziente"*.

Questa affermazione si avvicina molto al concetto di componenti sintomatiche di R.Sankaran .

La modalizzazione, che rimane la chiave d'accesso fondamentale al repertorio, va ricercata nei sintomi mentali, in particolare nelle illusioni (false percezioni) e sogni, nei generali e locali che siano intensi e presenti nella patobiografia del soggetto.

La raccolta del quadro patologico va completata tenendo conto anche dei sintomi definiti "ausiliari", cioè quelli che descrivono genericamente una sindrome (cretinismo, ipocondria, anemia ecc.), e di tutti gli altri (tra cui Candegabe considera anche le cosiddette key-notes, cioè il sintomo strettamente associato a 1-2 rimedi).

Lo schema di sintesi della " *totalità sintomatologica*" è il seguente:

□ MODALIZZATI:

SINTOMI	Storici	Intermedi	Attuali
Mentali			
Generali			
Locali			

□ CARATTEROLOGICI

□ AUSILIARI

3.4 - Sankaran: La Psico-Neuro-Endocrino-Immunologia (PNEI) e il disturbo centrale

Abbiamo visto che per R. Sankaran il processo di guarigione consiste, sul piano psichico e somatico, nell'assunzione di una consapevolezza globale da parte dell'organismo sulla propria condizione di disadattamento.

Il principio vitale , espressione della forza guaritrice naturale, mette in atto fenomeni "energetici" che hanno tuttavia bisogno di essere sostenuti da fenomeni "simili" rintracciabili in natura, nella forma delle sostanze dinamizzate attraverso la metodologia di Hahnemann.

La traduzione clinica di questa visione punta l'attenzione sulla concezione olistica dell'uomo cercando di rispondere alla domanda su quali siano i sistemi "energetico-informativi" che esprimano l'individuo come totalità e che possano essere paragonati agli "organi superiori" di Hahnemann e Kent, cioè quelli da cui inizia il processo dinamico della malattia .

Sankaran trova la risposta nelle funzioni dell'asse psico-neuro-endocrino-immunologico (PNEI), un sistema a rete che controlla e regola gli altri sistemi dell'organismo.

La PNEI si sta affermando sempre più anche come area disciplinare autonoma di interesse medico, come testimonia il recentissimo lavoro di Francesco Bottaccioli²⁹, nella cui prefazione si legge:

"La tesi avanzata è una critica a chi vede solo il cervello (riduzionismo biologico), a chi vede solo l'attività psichica (spiritualismo, mentalismo, energetismo), ma anche a chi, pur concependo l'attività psichica, che emerge dal livello biologico, come non riducibile ad esso, nega la possibilità di un'azione dello psichico sul ologico (epifenomenismo). In realtà la psiche, che emerge dal cervello, ha una sua solida realtà strutturata e retroagisce sul cervello, così come è influenzata da e influenza gli altri grandi sistemi di regolazione fisiologica (l'endocrino e l'immunitario)".

²⁹ Francesco Bottaccioli, *Psiconeuroendocrinoimmunologia, i fondamenti scientifici delle relazioni mente-corpo, le basi razionali della medicina integrata*, Ed. RED, Milano, 2005

Sankaran prende in prestito questa visione della fisiopatologia umana, definendo *“disturbo centrale”* l'insieme dei sintomi relativi all'asse PNEI , che quindi sarebbe riscontrabile nelle seguenti componenti:

1. Lo stato mentale
2. I sintomi generali rappresentati dagli adattamenti nervosi all'ambiente, sia somatici che vegetativi, integrati con la regolazione endocrina (sensibilità e movimento, termoregolazione, appetito e sete, sonno, sessualità) e con la risposta immune.
3. I sintomi molto peculiari, cioè qualsiasi modalità con cui si manifestano sia i sintomi generali che quelli locali, che non sia spiegabile con la patologia dell'organo locale, ma sia riconducibile alla reattività generale di quell'individuo, quindi al suo disturbo centrale.

Quando l'organismo è assalito da un fattore morbigeno cui è suscettibile, la prima reazione consiste in un disturbo funzionale dell'asse PNEI (il disturbo del governo centrale di Kent); solo quando questo primo livello di difesa risulta insufficiente (per l'estrema forza dell'agente combinata con una debolezza del sistema di difesa) il disturbo comincia a produrre effetti locali d'organo, a partire dagli organi meno vitali verso i più vitali (il centro di gravità di Vithoukias).

L'avanzamento ulteriore della malattia porta ad una malattia conclamata dell'asse regolativo centrale.

A questo proposito, Sankaran osserva come i bambini, capaci di esprimere generalmente un sistema di difesa generale molto efficace, presentino disturbi contraddistinti clinicamente da una forte reazione generalizzata (febbre elevata, linfadenopatie diffuse, sudorazione, convulsioni ecc.) con una patologia organica poco significativa.

4 - LA SCELTA TERAPEUTICA

4.1 - Kent: l'uso del Repertorio

Lo stesso Kent, nell'introduzione al suo Repertorio, fornisce le regole per la sua consultazione e il corretto uso, basate sul criterio della gerarchizzazione del sintomo.

“Poiché l'Omeopatia è allo stesso tempo arte e scienza, lo studio di un Repertorio non può non includerle entrambe.

Il metodo scientifico è un metodo meccanico che consiste nell'osservare, ricercare ed elencare i sintomi presenti nel malato. A questi si associano i rimedi in base ad una precisa scala di valori.

Esiste anche il metodo, diciamo, artistico...che a nostro avviso risulta più efficace anche se di non facile utilizzazione per tutti. In base a questo metodo, dopo attenta valutazione del caso nella sua totalità, debbono essere esaminati i sintomi secondo il loro valore e le loro peculiarità in relazione al paziente; essi dovranno essere osservati razionalmente al fine di evidenziare quelli anomali, rari e personali.”

Per Kent i sintomi da ricercare sono, nell'ordine:

- a. i sintomi della volontà, che si manifestano attraverso le reazioni di odio/amore, cioè di avversione/desiderio, su tutti i piani dell'essere;
- b. i sintomi dell'articolazione del pensiero razionale e della memoria

A questo punto, il medico esperto, che segue il metodo intuitivo-esperienziale, è già in grado di selezionare 5-10 rimedi da vagliare con i:

- c. i sintomi generali, che riguardano il malato globalmente: sensibilità al caldo/freddo, alla meteorologia, al riposo, ai momenti della giornata. Questi sintomi devono però essere ben modalizzati, cioè riportare le circostanze in cui migliorano o si aggravano.
- d. I sintomi locali, cioè quelli limitati a singole parti del corpo.

Kent delinea dunque l'intero processo di selezione del rimedio ma ammette la possibilità, per il medico esperto, di accelerarne l'esito scegliendo un gruppo di 3-4 sintomi essenziali, attraverso una tecnica di eliminazione, cioè di cancellazione dei rimedi che non riportano tutti i sintomi che si vanno raccogliendo in modo progressivo.

L'attenzione al sintomo strano e raro e l'uso della tecnica eliminativa trovano la massima condensazione nell'individuazione dei cosiddetti sintomi chiave (key-notes), che possono condurre rapidamente al rimedio, attraverso quella che si può definire una scorciatoia per camminatori esperti. Kent sottolinea però che questo sintomo non deve portare a selezionare un rimedio che entra in conflitto con le condizioni mentali e generali del caso.

4.2 - Vithoukas: analisi del caso e prima prescrizione

Obiettivo generale dell'analisi è "sapere davvero quello che sta avvenendo".

Valutazione prognostica iniziale

Secondo Vithoukas, è bene porsi subito una domanda: qual' è la reale gravità del caso?

Una prognosi sfavorevole può essere dedotta da:

1. Un grado limitato di libertà di espressione nella vita, che si può cogliere sia da segni fisici come colore e condizione di pelle e mucose, tono muscolare, limpidezza degli occhi, pulizia della lingua, brillantezza dei capelli, posizione e postura, ecc., sia dalla capacità espressiva, come la volontà di affrontare argomenti delicati e la voglia di stabilire un contatto umano.
2. Il "centro di gravità" dei sintomi, cioè la profondità dello strato coinvolto.
3. Il grado di sensibilità agli stimoli, sia psichici (reazioni alle emozioni, alle offese, anche agli scherzi banali; intolleranza al confronto) sia ambientali (intolleranze alimentari, malattie da raffreddamento continue, ecc.): in questi casi il sistema ha difficoltà a mantenere l'equilibrio e il meccanismo di difesa è chiamato continuamente in gioco.
4. Anamnesi remota e familiare per individuare le cause di mantenimento di tipo miasmatico

Analisi del caso

La scelta del rimedio iniziale porta la responsabilità di indirizzare il caso verso una "direzione ordinata" o verso la confusione.

La difficoltà è legata al fatto che, la maggior parte delle volte, nella presa del caso non emerge un unico quadro omogeneo ma quadri potenzialmente riferibili ad alcuni rimedi. E' bene non prescrivere subito in condizioni di grossa incertezza ma piuttosto riesaminare bene i sintomi per cogliere nella similitudine una certa prevalenza di un rimedio.

Per dare ordine a questa operazione si usano le tecniche di repertorizzazione manuale o informatizzata, a partire dalle regole di base definite da Kent.

Vithoukas sembra attribuire alla repertorizzazione un valore prevalentemente didattico per il medico in formazione mentre l'esperto ricorrerà essenzialmente ad una repertorizzazione di conferma.

Il medico con ottima conoscenza della materia medica seleziona mentalmente un numero ristretto di rimedi tra i quali sceglierà quello la cui "essenza" si adatta alla totalità del paziente, usando eventualmente il repertorio solo per ricercare in modo mirato la conferma della presenza di un rimedio in una particolare rubrica.

Le essenze dei rimedi sono il cuore della Materia Medica³⁰ di Vithoukas, in particolare l'"essenza psicopatologica".

³⁰ George Vithoukas, *Essenze psicopatologiche del rimedio omeopatico*, Ed. Proposte Nuove - Mirdad, Torino, 1997

Una particolare strategia di presa del caso, usata da omeopati esperti come Vithoukas, è quella che applica il metodo "artistico-intuitivo" kentiano basato sugli essenziali (essentials): essere cioè in grado di individuare, all'interno di sintomi spesso confusi e contraddittori che caratterizzano casi in fase evolutiva o compromessi da terapie inadatte, quelle specifiche ed uniche combinazioni di sintomi che portano ad un rimedio e solo a quello.

Per esempio la triade "intorpidimento degli arti inferiori", "incoordinazione motoria", "ridotto desiderio sessuale nella donna" può far pensare ad ONOSMODIUM, quando gli altri sintomi mentali e generali non contrastino; un altro esempio è l'abbinamento di una paralisi senza dolore e di una vertigine che evoca CONIUM.

4.3 - Candegabe: repertorizzazione intelligente e correlazione con la Materia Medica; 3°, 4° e 5° passo del Metodo dell'Omeopatia Pura

III° Passo: Repertorizzazione intelligente

Candegabe propone di seguire sei regole:

1. Scegliere da 3 a 5 sintomi, nel gruppo dei modalizzati.
2. Scegliere rubriche repertoriali le cui dimensioni vadano da 7 a 150 rimedi (più facilmente individuabili con repertori computerizzati).
3. Unire in un'unica rubrica sintomi molto affini.
4. Usare come criterio di risultato per costruire la graduatoria dei rimedi, quello della somma delle rubriche coperte dai singoli rimedi (anche per questo passaggio, l'uso del computer consente la scelta di diversi criteri di selezione).
5. Selezionare il gruppo di rimedi che copre la metà + 1 dei sintomi; nel caso che il gruppo sia superiore a 12 rimedi, escludere gli over 12 usando il criterio del grado secondo Kent. E' l'esperienza a indicare a Candegabe che il rimedio adatto si trova in un gruppo di queste dimensioni massime, se i passi sono stati condotti adeguatamente.
6. Se nessun rimedio copre la totalità dei sintomi repertorizzati, si prendano per l'analisi i rimedi che coprono la metà + 1 delle rubriche in cui compare il rimedio più repertorizzato.

IV° Passo: Correlazione con la Materia Medica

Candegabe sottolinea che fino a questo punto la selezione dei rimedi è obiettiva, senza che un pre-giudizio indirizzi mentalmente verso qualche rimedio.

A questo punto, Candegabe, richiamando i paragrafi dell'Organon che invitano a considerare lo "*stato d'animo*" del paziente come guida alla scelta terapeutica, passa al recupero dei sintomi caratterologici e alla loro riconsiderazione d'insieme con i modalizzati, sotto la guida dello studio della materia medica del gruppo dei rimedi ad alta probabilità (quelli che coprono la metà + 1 dei sintomi).

Questa combinazione di una funzione "filtrante" del Repertorio, seguita da un ruolo "confermativo" della Materia Medica non è poi così lontana dall'impostazione metodologica di Vithoukas.

Tanto più che, giunti a questo passaggio del metodo, bisogna "...*saper distinguere tra tutti i rimedi candidati quello che abbia espresso nella sua manifestazione patogenetica lo stesso piano di squilibrio, la stessa idea, lo stesso modo di ammalarsi, e nel quale la totalità sintomatica non sia costituita da un semplice guazzabuglio di sintomi presi a caso, ma un'individualità che possa essere riconosciuta e studiata in ogni sua parte*".

Emerge dunque un rimedio o due che si candidano ad assumersi la responsabilità terapeutica.

V° Passo: Reinterrogatorio indirizzato

Può restare un margine di incertezza (tanto maggiore quanto minore è l'esperienza del medico), per ridurre il quale è opportuno reinterrogare il paziente.

Lo scopo è quello di confermare o meno alcuni sintomi di dubbia interpretazione, fare emergere sintomi trascurati o dimenticati nella prima fase di raccolta, ricercare sintomi di conferma dei rimedi selezionati, precisare le sfumature del carattere, considerare tutto questo anche in funzione di una migliore comprensione di "piccoli rimedi" in posizione di out-sider.

4.4 - Sankaran: Le modalità mentali e generali rappresentano il disturbo centrale

Se la malattia è il disturbo centrale dell'asse PNEI, l'obiettivo terapeutico è quello di prescrivere il rimedio che copre il disturbo centrale, avendo osservato come, nella sperimentazione, ogni rimedio omeopatico ha un suo specifico stato mentale e generale e una sua specifica modalità di espressione dei sintomi particolari locali, mentre i sintomi locali non modalizzati sono probabilmente legati alla disfunzione o alla lesione organica tipica dell'agente patogeno e/o alla suscettibilità del singolo sperimentatore.

Anche per Sankaran, come per Hahnemann e Kent, lo stato mentale è il punto di partenza. Egli sottolinea come, non a caso, Hahnemann abbia usato il termine "stato" e non "sintomo". Lo stato (mentale) è la totalità sintomatica (del piano psichico) che esprime la falsa percezione della situazione presente: "*I sintomi mentali possono essere desunti da ogni singola espressione del paziente, poiché ogni espressione può essere scomposta nelle sue singole componenti. In questo modo possono essere utilizzate espressioni non fornite dalle sperimentazioni.*"

Questo è il passaggio fondamentale del metodo clinico di Sankaran: i sintomi possono essere intesi come "combinazioni di componenti" di base; sono le differenti combinazioni di queste componenti che caratterizzano un certo paziente e quindi spingono alla prescrizione di un certo rimedio. Sarebbe sufficiente la sostituzione di una di queste componenti con un'altra per fare assumere al quadro una tonalità diversa e far modificare la prescrizione.

Questo approccio è diverso rispetto a quello che punta ad identificare un "nucleo", una "essenza" o uno "spirito" da attribuire ad un rimedio, come una qualità intrinseca e piuttosto statica dello stesso.

5 - VALUTAZIONE DI EFFICACIA CLINICA (EFFECTIVENESS IN OMEOPATIA)

5.1 - Kent: osservazione dell'azione del rimedio e seconda prescrizione

Kent invita il medico ad esercitare un'osservazione attenta verso le modifiche dei sintomi che seguono la somministrazione del rimedio omeopatico, utilizzando cinque criteri di giudizio:

- ❑ il miglioramento
- ❑ l'aggravamento
- ❑ la scomparsa
- ❑ l'ordine in cui si presentano o scompaiono
- ❑ la direzione che seguono

Nella XXXV° lezione, delinea 12 possibili evoluzioni del quadro clinico, come modelli schematici delle infinite varianti cliniche osservabili in pratica.

Caso 1. Aggravamento prolungato e declino finale del paziente: si tratta di un caso che si presentava come molto grave alla prima osservazione e risulta, in base all'effetto terapeutico, incurabile. L'aggravamento sarà tanto più intenso quanto maggiore è stata la dinamizzazione usata.

Caso 2. Aggravamento prolungato ma lento miglioramento finale. E' una variante prognosticamente favorevole del 1° caso: la malattia non è ancora così avanzata da impedire una reazione finale anche se preceduta da un aggravamento che può durare mesi.

Caso 3. Aggravamento rapido, di breve durata, intenso e seguito da un pronto miglioramento. È la reazione che Kent giudica, insieme al caso successivo, ottimale, essendo indice, oltre che di correttezza prescrittiva, di un'assenza di danni strutturali in organi vitali; infatti si manifesta in genere nei casi acuti e nei cronici iniziali in cui tuttavia è necessaria una qualche manifestazione espulsiva superficiale. L'aggravamento è anche in relazione proporzionale alla dinamizzazione usata.

Caso 4. Nessun aggravamento e guarigione. Si tratta di disturbo esclusivamente funzionale, nel quale è stata usata la dinamizzazione adatta.

Caso 5. Il miglioramento precede l'aggravamento. Dopo alcuni giorni di attenuazione dei sintomi, essi subiscono un peggioramento. Si tratta di una prognosi sfavorevole in soggetti gravi, in cui ci sono due possibili interpretazioni: il rimedio prescritto era scorretto ed ha agito da palliativo sintomatico oppure era corretto ma il paziente è incurabile. Per capirlo bisogna riesaminare il caso iniziale scoprendo l'eventuale errore diagnostico, ma attendendo che il quadro si depuri da ogni nuovo sintomo eventualmente insorto in seguito all'azione di un rimedio scorretto.

Caso 6. Miglioramento molto breve senza aggravamento. Questa combinazione indica che, pur con un rimedio corretto, esiste qualche interferenza con la sua azione come in un caso acuto in cui sia in atto una forte reazione infiammatoria o in caso cronico con lesioni organiche. La prognosi resta incerta.

Caso 7. Miglioramento lieve che si arresta. Sono casi con lesioni organiche irreversibili. Il rimedio ha esercitato un'azione palliativa.

Caso 8. Sono i soggetti ipersensibili che "sperimentano" ogni rimedio venga loro somministrato.

Caso 9. Sono gli sperimentatori sani, che traggono comunque vantaggio dal proving.

Caso 10. Comparsa di sintomi nuovi. Sono i sintomi del rimedio somministrato, che era scorretto. Dopo la loro scomparsa la condizione del paziente sarà immutata.

Caso 11. Ritorno dei vecchi sintomi. E' un indicatore di curabilità del caso. In genere ricompaiono dopo l'aggravamento iniziale e seguono la direzione della legge di guarigione. Se dopo essere riapparsi non se ne vanno, occorre ripetere la dose.

Caso 12. I sintomi prendono la direzione sbagliata. Il rimedio era scorretto e sta avvenendo un approfondimento della patologia; occorre somministrare un antidoto.

A corollario di questi schemi evolutivi, Kent, nella XXXVI ° lezione, precisa meglio la natura della seconda prescrizione.

□ Quando è meglio attendere:

- L'indicazione di base è quella di evitare una seconda prescrizione affrettata.

E' questo il caso frequente in cui siano scomparsi i sintomi caratteristici ma rimangono alcuni sintomi comuni della malattia che il medico (o il paziente) non riescono ad accettare. Prescrivere significa confondere il caso diminuendo il margine di curabilità.

- Anche nel caso in cui compaiano sintomi molto antichi, occorre aspettare perché la reazione dell'organismo sta evolvendo secondo la legge di guarigione.

- Se il caso entra in una "condizione di stasi" con alternanza di lievi miglioramenti e peggioramenti, è bene aspettare finché non si manifesti un nuovo quadro; solo dopo alcuni mesi, permanendo questa situazione, è giustificato ripetere un'altra dose dello stesso medicamento.

□ Quando occorre riprescrivere:

- Contraria è la situazione in cui si ha il ritorno dei sintomi originari, nell'arco di due-tre mesi: si tratta dei sintomi che hanno originato la prima prescrizione, in questo caso occorre ripetere il rimedio, ma non prima che essi siano riapparsi.

- L'altro caso in cui occorre riprescrivere è la comparsa di un gran numero di sintomi nuovi: ciò significa che il primo rimedio non era omeopatico. In caso di quadro grave è bene

antidotare; diversamente occorrerà individuare il nuovo rimedio frutto della combinazione dei nuovi e dei vecchi sintomi.

- Quando compaiono nuovi sintomi caratteristici è possibile pensare ad un nuovo rimedio.
- Le malattie croniche costituzionali richiedono spesso un trattamento con diluizioni crescenti dello stesso rimedio, quando si manifesta un miglioramento continuo che poi regolarmente cessa. In caso di miglioramento, se si è certi dell'azione del rimedio costituzionale somministrato, occorre mantenerlo anche in caso di comparsa di nuovi sintomi caratteristici (che diversamente indurrebbero al cambiamento di farmaco). In questo modo si può percorrere più volte nell'arco di due-tre anni tutta la scala delle diluizioni korsakoviane (quelle utilizzate da Kent).
- Il rimedio va cambiato se i sintomi cambiano senza che si sia manifestato un miglioramento del paziente.
- In alcuni casi occorre passare ad un rimedio complementare come per i quadri acuti tipici di un rimedio costituzionale sottostante (per esempio la coppia BELLADONNA-CALCAREA CARBONICA); oppure in alcune sequenze che si sono dimostrate efficaci nell'esperienza clinica (per esempio SULPHUR-CALCAREA-LYCOPODIUM).
- Infine Kent sottolinea l'importanza di cogliere, nell'evoluzione clinica di un paziente, i sintomi che indicano un passaggio ad un'altra diatesi, che impone il cambiamento radicale di rimedio.

5.2 - Vithoukas: reazioni evolutive al rimedio, schemi interpretativi

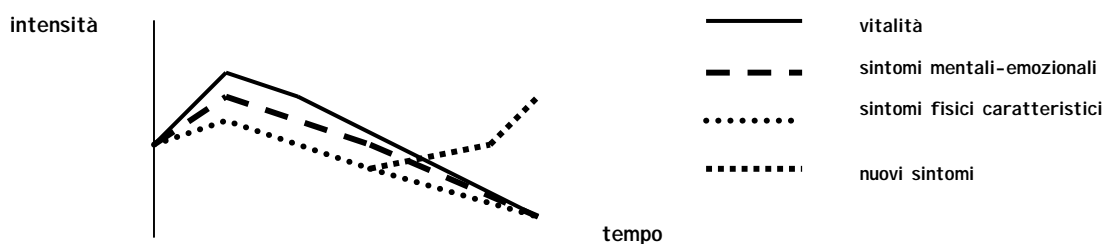
Vithoukas sviluppa la XXXV° lezione di Kent dal titolo "Osservazione dell'azione del rimedio e prognosi".

Kent ha distinto un aggravamento della malattia associato ad un peggioramento delle condizioni generali del paziente da un'aggravamento che è invece accompagnato da una sensazione di benessere crescente, che va intesa come un primo segnale di efficacia del trattamento.

Vithoukas riprende e amplifica le 12 eventualità evolutive kentiane, utilizzando il proprio modello tridimensionale dinamico.

Egli definisce i criteri di giudizio dell'andamento della condizione del paziente nell'arco del mese successivo all'assunzione del rimedio (follow-up ad un mese), basati su:

- il livello dell'energia vitale rappresentato, come si è detto, dalla capacità espressiva e dalla "voglia di vivere" del soggetto;
- il tipo, numero e intensità dei sintomi mentali-emozionali ;
- il tipo, numero e intensità dei disturbi fisici principali (generali modalizzati) che hanno portato alla prescrizione del farmaco omeopatico.



Vithoukas descrive 22 tipologie evolutive mediante diagrammi grafici di tipo esemplificativo, come quello disegnato sopra, la cui interpretazione si basa sulla diversa "combinazione" dei seguenti elementi fondamentali, mutuati dalla lezione kentiana:

- a) La presenza o meno di un aggravamento dei sintomi caratteristici del paziente, immediatamente successivo all'assunzione del rimedio: l'aggravamento indica la correttezza del rimedio e la forza del meccanismo di difesa. Rispetto alla teoria dei livelli di salute occorre ribadire che l'assenza di aggravamento può essere indicatore clinico sia di una condizione di estrema salute che di estrema malattia: la differenza è che nel primo caso (1° livello) si accompagna al miglioramento di tutto il quadro; nel secondo (10°-12° livello), al miglioramento dei soli sintomi locali (palliatosi dal rimedio) con comparsa di nuovi disturbi più profondi.
Nel passaggio progressivo dal 2° livello di salute al 9°, l'aggravamento sarà sempre meno rapido a comparire, più prolungato e di minore intensità.
- b) La presenza o meno di una sensazione di benessere generale, sul piano della vitalità: benessere significa innesco di un processo di guarigione; bisogna attendere senza intervenire.
- c) La comparsa di nuovi sintomi caratteristici del rimedio: in presenza delle condizioni a. e b. il giudizio è favorevole, perché si tratta di sintomi accessori indotti dal rimedio che tenderanno a scomparire in poche settimane; quindi attendere senza intervenire.
- d) L'emersione di un nuovo quadro sintomatico soppressivo al posto del precedente: riesaminare il caso o attendere fino a chiarificazione dei sintomi ma non prescrivere sulla base del nuovo quadro.
- e) L'arricchimento sintomatico del quadro iniziale: somministrare il nuovo rimedio
- f) Miglioramento seguito da un aggravamento, ma minore rispetto alle condizioni iniziali: la nettezza del miglioramento fa propendere per la correttezza del rimedio e quindi bisogna aspettare che esso sviluppi tutta la sua azione.
- g) La ricaduta nel quadro iniziale o peggiore: se c'è stato un aggravamento il rimedio è probabilmente corretto ma la potenza era insufficiente oppure è stato antidotato; in assenza di aggravamento iniziale, il giudizio è totalmente opposto: il rimedio ha avuto un'azione parziale ed il caso è probabilmente incurabile.
Occorre fare attenzione ad una variante evolutiva particolare: quella in cui ad un lungo peggioramento segue un breve miglioramento che sfocia ancora in una ricaduta; qui si tratta di una malattia grave nella quale il quadro cambia frequentemente, con adattamento del nuovo rimedio.

- h) La permanenza del quadro iniziale, sostanzialmente immutato: Vithoulkas riprende il consiglio di Kent di capire se si tratta di un paziente "aperto" che si esprime volentieri, oppure di un soggetto chiuso che tende a minimizzare i risultati terapeutici. Nel primo caso il rimedio assunto è probabilmente scorretto o è stato antidotato, occorre rivedere il caso. Nel secondo, la cautela richiede di non tirare conclusioni affrettate.
- i) Peggioramento su tutti i livelli: può indicare una prima prescrizione solo parzialmente corretta in un paziente che ha interrotto l'assunzione di farmaci allopatrici oppure un rimedio decisamente inappropriato. Occorre chiarire l'anamnesi farmacologica e ricercare il rimedio giusto o riconfermare il primo; se l'aggravamento è tollerabile, conviene attendere che il quadro sia il più chiaro possibile.

5.3 - Candegabe: livello energetico delle costituzioni e prognosi dinamica; 6° e 7° passo del Metodo dell'Omeopatia Pura

VI° Passo: La Diagnosi del Livello

La comprensione del grado di profondità del disturbo del paziente è una questione fondamentale con cui si confrontano tutte le scuole di Omeopatia, poiché è strettamente legata alla capacità prognostica del medico in ogni singolo caso.

La questione ha quindi implicazioni etico-scientifiche rilevanti.

Il quadro sintomatico che rappresenta la totalità del paziente, così come si viene costruendo seguendo i passi del metodo, fornisce un'informazione che aiuta a capire il livello di profondità della patologia, correlando i due criteri di "coerenza della costituzione morbosa" e di "livello reattivo dell'energia vitale".

Ricapitolando, il primo criterio rappresenta l'aspetto qualitativo dei sintomi del paziente, quello che Candegabe chiama il loro "grado di coerenza", che si manifesta con la presenza di sintomi più o meno "gerarchici" (distribuiti sui tre piani del mentale-generale-locale e dello storico-intermedio-attuale).

Il secondo criterio è invece legato al numero e all'intensità dei sintomi, e, come tale, è correlato alla "vitalità" del sistema di difesa.

Questo consente di collocare ogni paziente all'interno di una tabella 2X2 che mostra una gradazione da 1 a 4, che ha il significato di un passaggio dalla condizione di massima favorevolezza prognostica a quella minima:

	Energia vitale reattiva	Energia vitale debole
Costituzione morbosa coerente	1	2
Costituzione morbosa incoerente	3	4

Questo schema classificativo consente, secondo Candegabe, anche di seguire l'evoluzione del caso e prevedere il comportamento in fase di riacutizzazione:

- Così il livello 1, data la grande coerenza del sistema, tenderà a mostrare lo stesso tipo di modalità sintomatiche anche in fase acuta; si può pensare anche, vista la scarsa impregnazione miasmatica del soggetto, che il rimedio "tipologico" individuato correttamente possa mantenersi per tutta la vita.

- Il livello 2 presenta la stessa condizione costituzionale del livello 1; ma, considerando la minor reattività energetica, i sintomi saranno più sfumati e incerti e quindi tutta l'operazione diagnostico-terapeutica soggetta a maggiore rischio di errore.

E' questo il caso in cui, nell'impossibilità di individuare il simillimum, sarà più spesso selezionato un rimedio cosiddetto "similare", che potrà però avere la capacità di spostare il caso al primo livello.

Per le stesse ragioni, l'esaltazione del quadro potrebbe verificarsi nelle riacutizzazioni morbose, nelle quali compariranno i veri sintomi in modo completo.

- Il livello 3 è contraddistinto da scarsa storicità e semplicità dei sintomi e si è quindi costretti a prescrivere sulla base del "*quadro attuale*", pur in presenza di molti sintomi intensi; la terapia del caso cronico dovrà essere impostata sulla successione di vari rimedi simili, con scarsa possibilità di fare emergere il quadro costituzionale.

Secondo Candegabe, sarà la comparsa di una sindrome acuta ad avere una maggiore probabilità di raggiungere questo scopo, però non in fase di incubazione o stato, bensì in convalescenza, evidentemente perché la riattivazione dell'energia vitale ha bisogno di un certo tempo per tentare di rievocare sintomi più antichi e/o più profondi.

In questo livello Candegabe comprende anche i pazienti cosiddetti ipersensibili, cioè quelli che, per l'alta reattività vitale, tendono a sviluppare sintomi patogenetici (cioè quelli propri del rimedio) ad ogni somministrazione; è chiaro che all'omeopata interessa puntare l'attenzione solo su quelli che hanno un riscontro nella biopatografia del soggetto.

- Infine, al livello 4, dove abbiamo pochi sintomi e di scarsa gerarchia, siamo di fronte generalmente a pazienti con grave patologia organica cronica; la totalità è espressa essenzialmente dal "*quadro presente di malattia*", in continua e rapida trasformazione e che sarà di orientamento prescrittivo nella sequenza di rimedi simili, somministrati con scopo palliativo.

VII° Passo: Prognosi dinamica

A questo punto Candegabe fa alcune importanti osservazioni sul monitoraggio del caso, partendo da alcune considerazioni preliminari.

- Se si somministra una sostanza in dosi ponderali, specie se alte, si generano sintomi dovuti all'azione chimico-farmacologica sulla specie in sperimentazione (azione primaria della sostanza): siamo nel campo della tossicologia.

L'organismo cercherà di reagire con effetti opposti (reazione secondaria); è noto l'esempio dell'oppio e del caffè, fatto da Hahnemann nel paragrafo 59 dell'Organon.

- Se si somministra una sostanza dinamizzata, l'effetto primario è un effetto d'"*incontro*" tra la sostanza e l'energia vitale con il risultato di un'esaltazione della sintomatologia in atto (se si sta facendo un proving sperimentale, questa sarà la sintomatologia della patogenesi del rimedio); la reazione secondaria consisterà nel ristabilire la precedente condizione asintomatica.

Con questo schema concettuale, questo effetto primario d'incontro può manifestarsi come "*aggravamento omeopatico*", effetto primario di sostanze dinamizzate, mentre il miglioramento sarà la risposta curativa secondaria.

Candegabe sottolinea che è questo miglioramento che si esprime talvolta con i cosiddetti "*sintomi esonerativi*" (eruzioni cutaneo-mucose, secrezioni, escrezioni), accompagnati sempre da una sensazione di benessere, da non confondersi con i sintomi di aggravamento, che li precedono.

Un rimedio simile può dare un aggravamento sulla base della sua componente di omeopaticità col paziente, senza dare miglioramento per l'insufficienza d'innescamento di una reazione di guarigione.

Per fare un esempio al di fuori della medicina omeopatica, sarebbe come usare un vaccino dotato ancora di sufficiente patogenicità ma con insufficiente capacità immunogena.

Per essere più preciso, Candegabe elenca tutti i fattori che possono determinare un aggravamento:

- a. omeopaticità parziale per un rimedio simile
- b. grado di lesione dell'organismo
- c. dinamizzazione e/o dose e/o ripetizione scorretta
- d. reattività dell'energia vitale

In sintesi dunque è possibile usare uno schema di orientamento prognostico di questo tipo:

Livelli	Energia vitale		Costituzione morbosa
1	Aggravamento breve	seguito da	Miglioramento rapido
2	Aggravamento lungo	seguito da	Miglioramento rapido
3	Aggravamento breve	seguito da	Miglioramento lento
4	Aggravamento lungo	seguito da	Miglioramento lento

5.4 - Sankaran: dinamiche nella malattia e nel trattamento

La somministrazione di un rimedio che copre il disturbo centrale innesca il meccanismo di guarigione, mentre l'uso di un rimedio simile solo ai sintomi locali ha una funzione di attenuazione sintomatica o palliativa; tenendo conto del significato del sintomo locale, l'insistenza in questi tentativi terapeutici tende ad indebolire la forza vitale e ad approfondire il disturbo: fenomeno di soppressione.

Da questo deriva la conseguenza che il rimedio va cambiato solo se cambia il quadro sintomatico centrale.

Il tipo e la localizzazione della patologia che si manifesta quando il disturbo centrale oltrepassa la capacità di difesa dell'organismo dipendono da tre fattori:

- la natura dello stato in cui si trova il soggetto, cioè la condizione attuale; infatti *"in ciascun individuo coesistono diversi stati, ognuno dei quali diventa predominante ad un determinato momento"* mentre gli altri restano in uno *"stato silente"*. Lo stato è legato ad un forte fattore scatenante occasionale come una malattia infettiva o una situazione che provoca ansia o paura ecc.
- la predisposizione ereditaria o acquisita
- il livello di vitalità (cioè il risultato della sequenza di attacchi alle forze di difesa dell'organismo)

Questo modo di ragionare non sembra molto lontano dall'ologramma energetico di Candegabe, potendo ricondurre i primi due punti alla coerenza della costituzione morbosa.

La particolarità della visione di Sankaran sta nell'associare ad ogni stato un rimedio.

"Se una persona ha una predisposizione forte o facilmente eccitabile, pressochè ogni stato potrà eccitarla. Se, ad esempio, una persona ha una fortissima predisposizione all'ipertensione arteriosa, quasi ogni stato (sia esso Baryta Carbonica, Belladonna o Hepar Sulphuris) potrà aggravare questa tendenza"

Per maggior chiarezza vale la pena di citare un passaggio, ancora più estesamente:

"Prendiamo, ad esempio, Spigelia anthelmia, che ...quando questo stato è riscontrato in una persona con tendenza alle emicranie, causa una cefalea tipica...Ebbene, questa tendenza a favorire il mal di testa è così pronunciata in Spigelia che, quando l'individuo ha anche solo una minima propensione a tale disturbo, questi avrà certamente dei forti mal di testa di questo tipo. Ma supponiamo che una persona, priva della benchè minima tendenza alle emicranie, abbia uno stato Spigelia anthelmia, che cosa succede?"

Lo stato stimolerà il tipo di patologia alla quale è predisposto l'individuo, ad esempio, l'asma. In un soggetto asmatico è possibile riscontrare lo stato mentale di Spigelia, le modalità di Spigelia, o le caratteristiche generali di Spigelia, ma non il mal di testa".

In presenza di una forte predisposizione genetica, quasi ogni "disturbo dinamico" può eccitarla, *"per cui dobbiamo determinare quale sia il disturbo dinamico interno e dirigere il nostro trattamento su di esso"*.

In modo quasi analogo, l'evoluzione prognostica della malattia, dipende dal rapporto tra questi due fattori: da una parte la tendenza genetica (ereditaria o acquisita) ad esprimere una certa patologia, dall'altra la forza del disturbo centrale (la capacità di esprimere sintomi omeopatici in modo evidente e coerente).

Quanto più questo rapporto è spostato a favore del secondo fattore, tanto più la prognosi è buona.

6. CONCLUSIONI

Il lavoro si è basato sull'analisi delle fonti originali indicate in bibliografia (generalmente nella traduzione italiana più accreditata). Il ricorso alla citazione diretta (che si può giudicare un po' eccessivo) riduce per quanto possibile il margine dell'arbitrio interpretativo di alcuni testi che, per la loro datazione, non sono di immediata comprensione, in particolare alla luce delle conoscenze mediche attuali.

Senza voler introdurre giudizi personali, dall'analisi dei testi scelti come rappresentativi (ma non esaustivi) dell'omeopatia unicista, emergono alcuni indirizzi che provo a riassumere:

- L'impostazione clinica costruita dal lavoro di Hahnemann e Kent gode di un alto e diffuso livello di fiducia, che raggiunge il massimo grado nelle tecniche di approccio al malato, di raccolta e valorizzazione dei sintomi e di monitoraggio del caso: la sostanziale perfezione dell'anamnesi e della semeiologia omeopatica hahnemanniana, la ricchezza individualizzante del sintomo mentale e generale ben modalizzato, la reazione al trattamento secondo il modello kentiano.
- Le tecniche di scelta del rimedio presentano una gamma più vasta di soluzioni metodologiche anche se la repertorizzazione è comunque considerata uno strumento di facilitazione del lavoro perché riveste, tanto più oggi col supporto informatico, un ruolo di rapida preselezione dei rimedi candidati.
A partire da una raccolta più o meno ampia di sintomi si attua un processo di gerarchizzazione che, pur con varianti personali, nell'unicismo pone al primo posto il quadro psico-mentale e generale modalizzato del paziente, con i restanti sintomi in funzione di conferma. Su questo, la valorizzazione del sintomo segue essenzialmente l'indicazione kentiana (dal primo al terzo grado).
- I diversi modi di repertorizzare si possono considerare in qualche modo varianti del modello base, che ha lo scopo di individuare la cosiddetta "sindrome minima di valore massimo": dalla scorciatoia della key-note fino ad una raccolta estesa anche a 30-50 sintomi, fatta allo scopo di filtrare un numero ridotto di rimedi, da sottoporre alla diagnosi differenziale delle "essenze".
Anche omeopati esperti come G.Vithoulkas tendono oggi³¹ ad estendere la repertorizzazione sintomatica per costruire una banca dati rappresentativa del paziente, su cui riflettere con l'aiuto di tecniche informatiche.
Il metodo di M.Candegabe appare come quello più codificato e riproducibile.
- E' comunque la grande conoscenza della materia medica di tutti i rimedi sperimentati che consente di cogliere la similitudine tra l'essenza della totalità sintomatica caratteristica del paziente e l'essenza dei rimedi. Per lo stesso Kent la

³¹ Esperienza personale nel Post Graduate Course in Classical Homeopathy, Alonissos, Grecia, 28 agosto-1 settembre 2006

repertorizzazione non è un passaggio obbligato per il medico esperto, in grado di prescrivere secondo il "metodo artistico". Per Vithoukas lo scopo è la scoperta di quella combinazione di sintomi, unica e caratteristica, tanto evocativa da portare con alto grado probabilistico (per questo esiste anche uno specifico software di repertorizzazione) all'incontro con l'essenza del rimedio.

- Sankaran rappresenta il punto estremo nell'interpretazione ragionata e creativa della materia medica e del repertorio.

Commentando il paragrafo 212 dell'Organon, egli sottolinea che *"in una sperimentazione un rimedio produce dapprima uno stato con aspetti mentali e generali. Poi, a seconda della suscettibilità individuale, produce sintomi nei vari organi"*; cioè i rimedi dinamizzati hanno solo un effetto "dinamico".

Sintetizzando l'illustrazione complessa che Sankaran fa dell'argomento, si può dire che egli opera un vero e proprio smontaggio del sintomo mentale, perché anche espressioni non fornite dalle sperimentazioni possono contribuire a stabilire quale sia lo stato mentale del paziente.

E' opportuno scomporre un sintomo, come è stato espresso dal paziente, nelle sue componenti, cioè altre rubriche o sintomi, anche non presenti nel repertorio e da ricercare nelle materie mediche; poi, esaminare quale rimedio le abbia.

Ma ogni persona, come ogni rimedio, ha una combinazione particolare di componenti *"che si fondono insieme per produrre un'aroma speciale"*. Non ha senso allora cercare un nucleo fisso che rappresenti il rimedio-persona, bensì individuare la combinazione di componenti che è necessaria e spiegata da una particolare situazione (Materia Medica Situazionale).

- Se la salute è quel completo benessere dell'uomo che ne rende possibile la piena realizzazione esistenziale, la malattia è l'ostacolo frapposto in questo percorso.

C'è quindi l'esigenza di capire cosa sia la malattia, in particolare la malattia cronica irreversibile; questo porta l'omeopatia a confrontarsi con la teoria dei miasmi che Hahnemann ha formulato nella parte finale della sua vita.

La discussione ha riguardato in primo luogo il confronto tra l'ipotesi microbica e l'ipotesi metafisica come fattore causale del processo patologico.

L'ipotesi metafisica colloca la causa primaria al di fuori del mondo naturale, nell'angoscia esistenziale che esprime il senso di colpa del peccato originale (Masi) o, più in generale, il conflitto tra gli impulsi vitali egoistici e una coscienza morale che sarebbe programmata per un fine spirituale superiore (Paschero). Molto vicina è la posizione di chi considera i miasmi, delle grandi modalità reattive dell'uomo, sia sano che malato, cui ricondurre ogni forma di perversione sia a livello individuale che sociale (Ortega).

In questi casi, il passaggio transgenerazionale di questi conflitti, attitudini, predisposizioni, prescinde da spiegazioni mediche riguardanti i meccanismi genetici.

L'ipotesi microbica formulata da Hahnemann era, come è ovvio, legata alle conoscenze mediche di un'epoca pre-microbiologica, che tuttavia era consapevole della

contagiosità di certe malattie (le veneree erano le più diffuse) per la quale utilizzava il termine generico di "miasma".

Hahnemann, volendo spiegare la causa delle malattie croniche non veneree, la individua nella comparsa di un'eruzione cutanea e nella successiva soppressione "non omeopatica" che ne provocherebbe una trasformazione da malattia locale a malattia "sistemica"; il modello di lesione cutanea che utilizza è quello della scabbia (probabilmente la più diffusa in quel momento) e il termine che usa per definire la malattia interna è quello di Psora.

Essa evolve da una fase di latenza, con sintomi sfumati aspecifici, ad una clinicamente conclamata, che può assumere la forma di una delle tante malattie croniche conosciute. Nell'ultima versione dell'Organon ne ammette l'ereditabilità, senza specificarne il meccanismo.

E' opinione diffusa e abbastanza trasversale alle diverse scuole uniciste che si possa tentare di darne anche una spiegazione fisiopatologica.

In primo luogo viene riconosciuta la correttezza dell'intuizione hahnemanniana di infezione sistemica a partenza da un contagio infettivo.

In secondo luogo, alcuni omeopati propongono un'interpretazione moderna del meccanismo di innesco della psora, che potrebbe essere spiegato, una volta scagionato l'acaro, da infezioni batteriche e/o virali.

Per A.Signorini³², sia lo *Staphylococcus epidermidis* che l'*aureus*, che colonizzano cute e mucose con alta prevalenza nella popolazione, potrebbero presentare i caratteri del meccanismo di contagio descritto da Hahnemann, interpretabile oggi con alterazioni della risposta endocrino-immunitaria e un'alterata produzione di citochine. Del resto, l'asse PNEI è per Sankaran la sede del disturbo regolativo centrale.

Per A.Micozzi³³: *"...le malattie autoimmunitarie, che possono a buon diritto, essere equiparate alla Psora conclamata (lesionale), sono attualmente considerate come l'espressione di alterazioni mediate da INFEZIONI PERSISTENTI, in genere di natura virale, i cui antigeni mimano strutture antigeniche proprie dell'Individuo, innescando un processo autodistruttivo"*.

La famiglia degli Herpesvirus, per esempio, è così diffusa da dare risposte anticorpali in percentuali di popolazione fino al 90%.

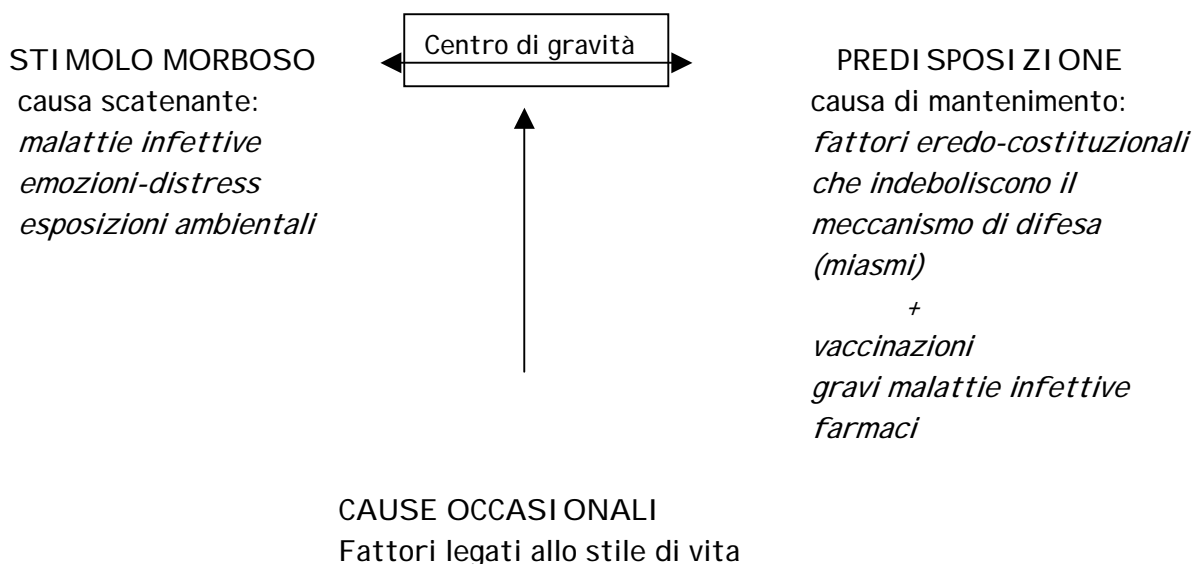
Per Vithoukias la malattia nasce dall'incontro tra una causa scatenante (infettivo-ambientale) con una predisposizione.

La predisposizione (preferita al termine miasma) è la causa di mantenimento ed ha una componente acquisita (gravi malattie infettive, farmaci e vaccini) ed una ereditata. Per Vithoukias tuttavia le influenze ereditarie non sono solo legate alle tre classiche reazioni psorica, sicotica e sifilitica ma, nel mondo d'oggi, a tutte le grosse malattie che possono lasciare un'impronta genetica (cancro, tbc ecc.).

³² Andrea Signorini, *Le malattie croniche di Hahnemann - Integrazione ai lavori di S.Coco e A.Micozzi del 4° Congresso nazionale FIAMO*, Roma, 18-20 ottobre 2002

³³ A. Micozzi, R.Fermia, M.Mancini, *Metodologia omeopatica: il simile ritrovato*, Edi-Lombardo

- La malattia, nel linguaggio hahnemanniano, è un indebolimento della forza vitale. Per spiegarla come fenomeno biologico, le varie scuole omeopatiche fanno ricorso ad astrazioni, che avranno bisogno di conferma sul piano scientifico-sperimentale. Vithoulkas parla di fattori patogeni che entrano in risonanza con determinate frequenze cui vibra la forza vitale, intesa come un campo elettromagnetico pervasivo nell'organismo; la frequenza vibratoria si modificherebbe passando dai grossolani strati superficiali del corpo ai più fini livelli emozionali e psichici, in grado di cogliere per primi l'azione dei fattori stessi. Candegabe vede la malattia come fase di passaggio ad un ordine molecolare diverso, all'interno delle fluttuazioni che caratterizzano i sistemi complessi con flusso di materia, energia e informazione, come gli organismi biologici; il grado di coerenza di questo ordine molecolare rende possibile la rintracciabilità di un biotipo patogenetico nel quadro sintomatico del paziente. Sankaran concorda con questa visione olistica e dinamica, poiché la malattia è *"lo stato d'essere in cui il soggetto si trova in quel momento"*.
- Il modello di malattia (che schematizzo da Vithoulkas) ha tre componenti:



Il centro di gravità della malattia, in un certo momento della storia del paziente, è la combinazione di queste componenti e si manifesta con una sua specifica modalità vibrazionale; è lo stato di predisposizione superficiale rappresentato dalla totalità dei sintomi in atto, quello che deve essere affrontato dalla terapia omeopatica.

Lo si può far corrispondere all'ologramma energetico di Candegabe (che rappresenta il grado di coerenza della costituzione malata del paziente)

Si può pensare anche allo "stato patologico dominante" di Sankaran.

In questo caso, quando la causa scatenante è potente (una grave infezione) si determina uno stato di malattia anche senza predisposizione sottostante.

In presenza di quella che Sankaran definisce una radice (una predisposizione appunto), bisogna tener conto delle condizioni di "eccitabilità" di questa radice. Facendo un esempio riportato da Sankaran, se una persona ha una debolissima predisposizione all'epilessia, solo certi "stati" e molto intensi potranno attivarla: cioè

una particolare combinazione di fattori scatenanti ed occasionali tali da far risuonare il centro di gravità del paziente sulla frequenza dell'epilessia.

Poiché Sankaran fa l'equazione stato = rimedio (e quindi anche centro di gravità = rimedio, oppure specifico ologramma energetico = rimedio), si può dire che un individuo, ad un certo punto della sua patobiografia, si trova nello "stato di" corrispondente al quadro di un rimedio omeopatico. Tornando all'esempio del paragrafo 5.4, se un soggetto si trova nello stato di Spigelia ed ha una radice (predisposizione) all'emicrania, farà un'emicrania con le caratteristiche di Spigelia, ma se ha una predisposizione all'asma, farà l'asma con le caratteristiche mentali e generali di Spigelia.

La patologia organica è l'espressione della suscettibilità ereditata o acquisita, ma il modo mentale e generale di fare la malattia dipende dallo stato dominante del momento, cioè dalla condizione del sistema, sempre corrispondente al piano dinamico (non tossicologico) di una certa sostanza.

Per concludere, ricordo che questo lavoro si è posto l'obiettivo di vedere l'omeopatia da una prospettiva trasversale, utile, in particolare, al medico in fase di formazione, per comprendere alcuni passaggi del metodo clinico.

Non aveva quindi lo scopo di fornire una visione completa dell'unicismo e tanto meno un'illustrazione del pensiero di tutti gli omeopati che vi si riconducono.

La scelta dei lavori analizzati è quindi personale ma, come ho detto nell'introduzione, ha seguito il criterio della disponibilità delle fonti, per poterle commentare direttamente.

Per questo (anche perché il lavoro avrebbe assunto scopi e proporzioni diverse) rimangono fuori alcuni maestri di riconosciuta importanza come Jost Kunzli o J. Reves, per fare due esempi.

Ringrazio, per le preziose indicazioni e il materiale fornito, il dr. Gennaro Muscari Tomaioli, relatore di questo lavoro; la dr.ssa Raffaella Pomposelli, per gli stimoli a riflettere sull'analisi dei casi; la dr.ssa Elena Tonini, per le sollecitazioni provenienti dalle lezioni di metodologia e per il suggerimento che, indirettamente, mi ha dato per il titolo di questa tesi.

Bibliografia

1. A.Micozzi, R.Fermia, M.Mancini, *Metodologia omeopatica: il simile ritrovato*, Edi-Lombardo
2. Alberto Lodispoto, *Il Kentismo e l'analisi repertoriale*, Tecniche Nuove, 1991, Milano
3. Alfonso Masi Elisalde, *Riflessioni omeopatiche, vol II*, De Ferrari Ed., Genova, 1995
4. Andrea Signorini, *Le malattie croniche di Hahnemann - Integrazione ai lavori di S.Coco e A.Micozzi del 4° Congresso nazionale FIAMO*, Roma, 18-20 ottobre 2002
5. C.F.S.Hahnemann, *Organon dell'arte del guarire*, trad. di Giuseppe Riccamboni dalla VI° ed. tedesca, 1941; ed. Cemon, 2003
6. Denis Demarque, *L'Homeopathie Médecine de l'Experience*, Angouleme, Ed. Coquemard, 1968
7. Enciclopedia di Filosofia, Garzanti, 2004, voce: peccato
8. Francesco Bottaccioli, *Psiconeuroendocrinoimmunologia, i fondamenti scientifici delle relazioni mente-corpo, le basi razionali della medicina integrata*, Ed. RED, Milano, 2005
9. Fritjof Capra, *Il Tao della fisica*, Adelphi, 1982
10. George Vithoulkas, *Essenze psicopatologiche del rimedio omeopatico*, Ed. Proposte Nuove - Mirdad, Torino, 1997
11. George Vithoulkas, *La Scienza dell'Omeopatia*, Ed. Libreria Cortina, Verona, 1986
12. Ilya Prigogine, Isabelle Stengers, *La nuova alleanza, metamorfosi della scienza*, Piccola Biblioteca Einaudi Scienza, Torino, nuova edizione 1999
13. J.T.Kent, *Repertory of the homoeopathic materia medica*, B. Jain Publishers, New Delhi, 1986
14. J.T.Kent, *Lezioni di Omeopatia*, a cura di Mario Garlasco, Ed. EDI UM, Milano, 1978
15. Jeremy Rifkin, *Entropia*, Arnoldo Mondadori Ed., 1982
16. Linn J. Boyd, *Il „Simile“ in medicina, (1936)*, Ed. I tal. a cura di Paolo Bellavite, Ed. Libreria Cortina, Verona, 2001
17. Marcelo E. Candegabe, Hugo Carrara, *Approssimazione al metodo pratico e preciso della OMEOPATIA PURA*, Centro Internazionale della Grafica, Venezia, 1997
18. Nicola Abbagnano, Giovanni Fornero, *Filosofi e filosofie nella storia*, I° ed. Paravia, Torino, 1987
19. Nicola Abbagnano, Giovanni Fornero, *Protagonisti e testi della Filosofia*, Vol A tomo 1, Ed. Paravia - II° ed., 1999
20. *Organon of medicine*, comparazione della traduzione della V° ed. di R.E.Dudgeon (1893) e della VI° ed. di W. Boericke (1921), Jain Publisher, New Delhi, 1982
21. P.Bellavite, A.Signorini, *Fondamenti teorici e sperimentali della medicina omeopatica*, IPSA Ed., Palermo, 1992
22. Proceso Sanchez Ortega, *Appunti sui miasmi o malattie croniche di Hahnemann*, II° ed. italiana a cura della Libera Università Internazionale di Medicina Omeopatica (LUI MO), 1993, CEMON Napoli
23. Rajan Sankaran, *Lo Spirito dell'Omeopatia*, 3° ed., Salus Infirorum, Padova, 2004
24. Tomas Pablo Paschero, *Il Pensiero e gli appunti di pratica omeopatica*, Salus Infirorum, Padova, 2003