



**UNIVERSIDAD CANDEGABE
DE HOMEOPATIA**

DISTANCE LEARNING UNIVERSITY



**SCUOLA SUPERIORE INTERNAZIONALE DI
MEDICINA VETERINARIA OMEOPATICA**
CORTONA (AR), ITALY – DIR.: DOTT. F. DEL FRANCIA

***61th Congress of the Liga Medicorum Homeopathica
Internationalis Lucerne 2006***

Andrea Brancalion

**IL METODO ARGENTINO DELL'OMEOPATIA PURA DI
CANDEGABE-CARRARA IN MEDICINA VETERINARIA**

Riassunto

Il Veterinario Omeopata, come il Medico, ha la necessità di ridurre al minimo i pregiudizi di fronte al paziente e di osservare delle regole di obiettività che gli permettano di fare la migliore prescrizione. Il nemico più subdolo del Clinico Omeopata è la propria soggettività. Questo lavoro ha lo scopo di esporre sinteticamente ai Colleghi Veterinari Omeopati un metodo già da anni conosciuto in clinica omeopatica umana che, se applicato correttamente, tende a ridurre drasticamente tale soggettività nel pieno rispetto degli assunti hahnemanniani: viene comunemente chiamato il Metodo dell'Omeopatia Pura (MOP).

Key words: omeopatia veterinaria – metodo – omeopatia pura

Introduzione

Il Metodo che ho l'onore di presentare è stato ufficialmente divulgato nel 1995 da Marcelo E. Candegabe e Hugo C. Carrara della Escuela Médica Homeopática Argentina "Tomás Pablo Paschero" (E.M.H.A.) con un libro intitolato *Aproximación al Método Práctico y Preciso de la Homeopatía Pura*.

L'opera è il risultato di tutta una serie di considerazioni ispirate dagli insegnamenti del compianto Maestro Paschero, fondatore della E.M.H.A., del suo amico fraterno ed erede spirituale Eugenio F. Candegabe, mio Maestro, a

cui gli Autori hanno integrato le loro esperienze di molti anni di pratica clinica e le attuali conoscenze scientifiche che avvalorano la concezione di Hahnemann della MALATTIA come UN NUOVO ORDINE NELLA MANIFESTAZIONE DELL'ESSERE VIVENTE.

Non sarà possibile, in questa sede, svolgere completamente tutti gli argomenti legati al Metodo, per cui cercheremo di sviluppare una sintesi che possa risultare interessante, soprattutto per noi Veterinari, rimandando all'opera originale ed alla bibliografia lo studio più approfondito.

Prima di entrare nel vivo dell'esposizione, è necessaria una precisazione sul titolo del Metodo che si apre con la parola "approssimazione". Ciò è molto importante.

Dalla sua nascita ad oggi, l'Omeopatia ha avuto un'evoluzione continua, diremmo una naturale evoluzione, come auspicato dallo stesso Hahnemann e dai suoi successori, e così sarà in futuro, visto che a tutt'oggi molti punti sono ancora immersi nell'incertezza delle ipotesi. Per queste considerazioni, è lontana dagli Autori del Metodo l'idea di considerarlo definitivo (ecco perché "approssimazione"), pur essendo convinti che esso rappresenti il massimo livello di precisione¹ oggi ottenibile secondo le attuali conoscenze, sia omeopatiche che scientifiche, nell'ambito della pratica classica unicista.

Con questa dovuta premessa, d'ora in poi, chiameremo per comodità il Metodo semplicemente come Metodo dell'Omeopatia Pura² (MOP), ricordando come esso sia stato adottato con successo dal sottoscritto e pochi altri Colleghi nel campo degli Animali da Compagnia.

Se questo lavoro riuscirà ad incuriosire e stimolare anche pochi Colleghi ad applicare il MOP, sarà già un ottimo risultato.

I FONDAMENTI DOTTRINARI DEL MOP

Naturalmente, tutta l'opera di Hahnemann è fondamentale, ma ora evidenzieremo solo quelle parti che hanno ispirato il MOP.

Ne *Lo Spirito della Dottrina*, Hahnemann dice: "La malattia è il risultato di modificazioni nel modo di vivere che l'uomo sente ed attua, cioè un cambiamento dinamico, UNA NUOVA CLASSE DI ESISTENZA la cui conseguenza dev'essere un cambiamento nei principi costitutivi materiali del corpo."

Ancora, in un altro passo della stessa opera leggiamo: "Si vede senza difficoltà che le alterazioni dinamiche del carattere vitale del nostro organismo, alle quali diamo il nome di malattie, non possono esprimersi altrimenti che attraverso un'AGGREGAZIONE DI SINTOMI e che solo sotto questa forma possiamo conoscerle."

¹ Con il termine "precisione" si vuole intendere l'assenza di pregiudizi da parte del medico durante l'esame del paziente e le successive fasi della visita, fino alla prescrizione.

² Per "pura" si vuole intendere "non contaminata" da artifici vari, quindi "fedele" alla Dottrina.

Non finiremo mai di stupirci dell'incredibile lungimiranza del Maestro nelle sue affermazioni! La NUOVA CLASSE DI ESISTENZA, è assolutamente ratificata dalle esperienze dell'Instabilità di Bénard e dalla Reazione di Zhabotinski, citate dal Premio Nobel Ilya Prigogine per la spiegazione dei Sistemi Complessi.

Ogni essere vivente è un sistema aperto che mantiene un equilibrio instabile, che potremmo anche chiamare "suscettibilità", o "predisposizione", o "psora" (in coerenza al § 80 dell'Organon) che rende possibile l'amplificazione di fluttuazioni interne all'organismo in seguito a determinati stimoli (eziologie) che, superato un punto critico, determinano un cambiamento nella totalità, un NUOVO ORDINE DI ESISTENZA, la malattia.

L'unico elemento che ci permette di riconoscere la malattia, e che manifesta l'idiosincrasia del paziente, è quell'AGGREGAZIONE DI SINTOMI già citata ed anche questo concetto è ratificato dalla scienza moderna.

Il fisico David Bohm, nella sua opera *Wholeness and the Implicate Order*, propone un modello di Universo composto da un ORDINE IMPLICATO dei fatti, dove tutto si unisce, e da un ORDINE ESPLICATO dei fenomeni, dove le parti si presentano separate di fronte all'osservatore parziale (come, per esempio, i sintomi del paziente di fronte al medico, che può recepire solo in base alla sua esperienza).

I diversi eventi, secondo Bohm, sarebbero dunque le attuazioni evolutive dell'Universo ed esiste un'intima relazione dove LA PARTE E' IL TUTTO ED IL TUTTO SI TROVA IN OGNI PARTE, come nella rappresentazione olografica.

Secondo questa teoria, l'Universo (che Bohm chiama Oloverso, dal greco *holos* = tutto, intero) è dotato di un movimento, un flusso d'informazione che ha come principale caratteristica la RIPETIZIONE dei fenomeni (per esempio i sintomi, cfr. § 95).

Queste ed altre considerazioni, che meriterebbero una trattazione a parte, portano alle seguente sintesi.

LA MALATTIA È UN NUOVO ORDINE DI ESISTENZA CHE SI ESPRIME NEI DIVERSI DISTRETTI DELL'ORGANISMO, DALLA MENTE AL CORPO, ATTRAVERSO SEGNI E SINTOMI, (ORDINE ESPLICATO) SOLO APPARENTEMENTE ISOLATI, CHE MANIFESTANO NEL LORO INSIEME UN ALTO GRADO DI COERENZA CON LA TOTALITÀ (ORDINE IMPLICATO), CARATTERIZZATA DALLA SPECIALE COSTITUZIONE MORBOSA INDIVIDUALE (IDIOSINCRASIA).

Tutto ciò induce a considerare i sintomi sia sul PIANO FISICO che sul PIANO TEMPORALE, aumentando così la nostra precisione nella loro gerarchizzazione, come vedremo più avanti a proposito del Secondo Passo del MOP.

Per finire questa parentesi dottrinale, ricordiamo le tre qualità che deve avere un sintomo per essere considerato “un buon sintomo”:

- INTENSITA', cioè il potere di creare sofferenza in una certa misura;
- STORICITA', cioè il potere di presentarsi cronicamente (§§ 91 e 95 dell'Organon);
- MODALITA', cioè la circostanza che lo rende peculiare (§§ 153 e 164).

Ora abbiamo sufficienti elementi per addentrarci nel MOP, anche se sarà necessario aprire qualche parentesi ulteriore, ogni tanto, durante il percorso.

GLI 8 PASSI DEL MOP NELLA VISITA VETERINARIA

Primo Passo – Anamnesi ed Interrogatorio sistematico

Tutto comincia con l'ANAMNESI, secondo i §§ 83-84-85 e l'INTERROGATORIO SISTEMATICO, secondo i §§ 86-87-88-89.

Non commenteremo queste due fasi, dando per scontato che tutti dovremmo conoscerle bene. Diremo soltanto che tali momenti, assieme all'OSSERVAZIONE del medico (§ 90), portano all'INDIVIDUALIZZAZIONE del paziente, cioè, come dice Hahnemann nel § 104, “la parte più difficile”!

Stranamente, però, è proprio da questo punto in poi che si sono divise le diverse Scuole di Omeopatia, cioè sulla parte che per Hahnemann sarebbe la più semplice. Cerchiamo di comprenderne le ragioni.

Ci troviamo perfettamente d'accordo nel considerare i sintomi omeopatici come il nostro parametro scientifico fondamentale, ma tenendo conto della parzialità del medico che, ricordiamo, è un osservatore condizionato dalla sua esperienza, tali sintomi saranno diversamente catalogati e scelti per la ricerca del rimedio: IL CONCETTO TERAPEUTICO CAMBIA IN FUNZIONE DI COME IL MEDICO VEDE LA MALATTIA. Le diverse Scuole di Omeopatia si ispirano ai tre periodi di evoluzione di Hahnemann presi separatamente ed elencati di seguito (fig. 1):

- I. la malattia è una *noxa* che aggredisce l'organismo; il concetto terapeutico è il trattamento con il rimedio prescritto sulla patologia;
- II. la malattia è condizionata dai miasmi, che rendono vulnerabile l'individuo; il concetto terapeutico è il trattamento con il rimedio prescritto sul miasma attivo;
- III. la malattia è un cambiamento dinamico, un nuovo ordine di esistenza; il malato è sempre lui in un modo diverso di essere; il concetto terapeutico è il trattamento con il rimedio costituzionale.

A noi sembra logico pensare che, se continuiamo a dare credito ad Hahnemann ed alla sua dottrina, dovremmo considerare l'esperienza che lo ha portato a rivedere per ben sei volte il suo *Organon*, del quale ovviamente non consideriamo più le prime edizioni (se non per capire proprio la sua evoluzione), mentre consideriamo la Quinta da cui deriva il Kentismo, con

200 anni di storia, e la Sesta con l'innovazione della Scala LM. Probabilmente, Hahnemann dava per scontato che così fosse per tutti, ma evidentemente si sbagliava.

Ad ogni modo, i successivi Passi del MOP rappresentano lo sforzo di rendere, nonostante tutto, le cose più semplici, ovviamente partendo dall'ultima attuazione del Maestro che, come sappiamo, all'età di 80 anni, per sua stessa ammissione, era spento e demotivato, ma che dopo l'incontro con Melanie sentì di nuovo ardere sia il fuoco dell'amore che quello dell'Omeopatia per i successivi 8 anni della sua esistenza.

Ciò ha reso possibile la revisione della Quinta Edizione dell'Organon e quindi la successiva Sesta Edizione, pubblicata postuma nel 1921, 78 anni dopo la sua morte, per le note vicende.

Per esemplificare nella pratica il MOP ci serviremo del caso clinico, con 2 anni di follow-up, di **Joy, gatto MC di 4 anni** che illustrerà le varie tappe. Quanto segue è ciò che riguarda il Primo Passo.

Anamnesi ed Interrogatorio Sistematico

Il soggetto viene portato in gravi condizioni dalla padrona disperata e già in terapia con diversi farmaci e con diverse analisi fatte nel tentativo di raggiungere una diagnosi certa di FIP. Mi dice con le lacrime agli occhi: "Se muore lui muoio anch'io, Dottore." Ciò detto adagia il suo Joy sul tavolo da visita. L'animale appare vigile, ma debolissimo; rimane fermo e non c'è bisogno di contenerlo, poiché non accenna al minimo sforzo per spostarsi.

Joy arriva con febbre a 40°C ed appare in discreto stato di nutrizione, anche perché la proprietaria è molto brava nell'eseguire l'assistenza: nutre forzatamente ed idrata l'animale (che altrimenti sarebbe probabilmente ridotto molto peggio) da 15 gg.: "Non ha assolutamente desiderio di cibo; provo a metterglielo a disposizione, lui si avvicina e poi se ne va disgustato [APPETITE - wanting - food - sight of, at; APPETITE - wanting - food - smell of]. Non beve nemmeno [THIRSTLESS - fever, during]

Dalle analisi, ciò che risalta è soprattutto un aumento dei WBC (24.000) e lo spostamento della formula verso i neutrofili segmentati (20.255). Il profilo Biochimico mostra un aumento della creatinina (2.42). Bilirubina alta nelle urine con presenza di sangue occulto, proteine.

La diagnosi ecografica parla di linfadenomegalia dei linfonodi addominali, di probabile natura infiammatoria ed infiltrativa, con reazione peritoneale correlata.

La diagnosi citologica del materiale prelevato tramite ago-infissione parla di linfadenite granulomatosa con intensa iperplasia immunoblastica/plasmocitaria.

Elettroforesi: leggero aumento delle gammaglobuline.

Tutto questo, in un gatto maschio castrato di oltre 4 anni, può essere compatibile con uno stato iniziale di linfoma o di micobatteriosi, più che di FIP.

Il gatto è stato trovato dalla proprietaria a circa di 3 settimane di vita e quindi dalla stessa allattato e poi svezzato.

Nonostante abbia sempre vissuto in casa e mai a contatto con altri animali e consimili, ha avuto due episodi di teniasi. Sempre stato bene.

Rispetto alla socialità: "Il gatto è sempre vissuto in simbiosi con me: da quando è in casa ha sempre dormito abbracciato a me, fidanzati o non fidanzati [MAGNETIZED - desire to be; MAGNETIZED - amel.]. Da 8 mesi in casa c'è anche un cane, che non ha creato alcun problema. Poi, siccome ultimamente il lavoro è più impegnativo ed esco di casa alle 7 per tornare alle 20, ho adottato una gattina per fargli compagnia. Ci ho pensato molto prima di decidere e verso la fine di settembre è arrivata. L'8 ottobre sia lui che la gattina hanno avuto un'infezione da coccidi (anticoccidico per 10 gg.); il 19 febbre a 40.4 con perdita dell'appetito (aminosidina/acido clavulanico); il 21 nulla è cambiato e vengono fatti gli accertamenti descritti con sospetto di FIP, più terapia con cefalosporine e metoclopramide per problemi di nausea; il 27 viene aggiunta alla terapia la clindamicina in seguito al sospetto di toxoplasmosi dato dall'esame citologico.

Nei primi giorni di presenza della gattina, non si è fatto vedere nel mio letto, perché infastidito dal fatto che anche lei era là [IRRITABILITY - taking everything in bad part]. Poi ha ricominciato con la vecchia abitudine."

Rispetto al modo di agire e reagire: "E' un gatto pigro, permaloso (protesta solo, ma poi gli passa subito) [OFFENDED, easily], molto affettuoso. E' sempre stato molto insistente ed ha un modo caratteristico di farsi sentire, chiamando e miagolando per ottenere (assisto anch'io ad un episodio nello studio, quando stanco di stare da me, chiama la padrona in modo caratteristico, una vera e propria protesta) [DICTATORIAL][WEARISOME]. Non ha un indole da gatto, sembra più un cane: quando vengo a casa mi accoglie a pancia all'aria e ha molto senso del limite, dei confini: se lo lascio in giardino si ferma alla recinzione [DUTY - too much sense of duty]. Ama dormire sopra l'armadio dello studio per cercare di infilarsi dentro le scatole dei vestiti o dentro i sacchetti, quasi avesse bisogno di sentirsi protetto. Mi colpisce questo suo bisogno di contatto fisico, che appena può si attacca e ciuccia. L'unica cosa che lo infastidisce è il rumore della carta d'alluminio o quando si fa su un sacchetto di plastica, allora scappa via." [SENSITIVE - noise, to - crackling of paper, to; FEAR - noise, from]

Rispetto ai sintomi generali: "Era (usa l'imperfetto, perché sono 15 giorni che non ha appetito e che deve essere nutrito forzatamente) anche piuttosto ingordo, nel senso che mangiava molto in fretta, in un modo che non ho mai

visto in un gatto [HURRY - eating; while], preferiva il pesce alla carne e tra manzo e pollo preferiva il pollo. Ama molto l'acqua, salta in tutti i lavandini, ci gioca, ci giocava fino a quando si è ammalato... non aveva nessuna avversione all'acqua [WATER - loves; BATHING - amel.]. Per addormentarsi fa la pasta (muove le zampe anteriori come se dovesse impastare, un modo abituale per molti gatti, n.d.r.) e succhia come se avesse 2 mesi di vita, specialmente se indosso un pile. Ama viaggiare con noi in macchina e nel trasportino entra senza problemi di sua volontà.”

Secondo Passo – Tracciato del quadro della malattia

Ricordiamo che un buon metodo in Omeopatia dovrebbe avere quattro caratteristiche di base:

1. l'obiettività, cioè la possibilità di limitare al massimo ogni tipo di interferenza e pregiudizio;
2. la precisione, cioè limitare al massimo l'interpretazione e poter attribuire un ordine gerarchico corretto dei sintomi;
3. la semplicità, cioè la possibilità di essere adottato da tutti, svincolati dall'esperienza, dalla filosofia, dalla religione, ecc.;
4. l'universalità, cioè ogni medico deve poter giungere alla stessa scelta su ogni tipo di paziente.

Per rispettare tali esigenze, risulta molto efficace l'adozione di schemi, che sono semplici, ma tale semplicità deriva da un faticoso e lungo lavoro di analisi accurata di centinaia di casi clinici. In questo Secondo Passo inizia la rassegna di questi schemi.

La Totalità dei Sintomi raccolta nel Primo Passo ha ora bisogno di essere ordinata (§ 104). Allo scopo viene proposto il seguente schema (Tab. 1) in cui incasellare i sintomi.

Tabella 1

S. Caratterologici	
S. Modalizzati	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mentali ➤ Generali ➤ Locali
S. Ausiliari	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sindromi cliniche ➤ Propriamente detti

Tale suddivisione non rappresenta una novità, tuttavia sono necessarie alcune osservazioni.

Sintomi Caratterologici - Analizzando attentamente quanto afferma il Maestro nei §§ 210-211-212-213 dell'Organon, i S. Caratterologici sono molto importanti per la conferma del rimedio, ma non per la sua scelta. Essi, infatti, non sono modalizzati e quindi non individualizzano il paziente. Sono i sintomi come JEALOUSY, TIMIDITY, LOQUACITY, OBSTINATE, DICTATORIAL, AVARICE, AFFECTIONATE, ecc. Per esempio, la Gelosia appartiene ad Apis, Hyosciamus, Lachesis, Nux vomica, Pulsatilla ed altri, ma in quanto tale non distingue questi rimedi. I sintomi del carattere sono i più importanti, perché impediscono la possibilità di realizzazione del paziente secondo la propria natura originaria (§ 9), esprimendo in tal modo la sua sofferenza esistenziale, però debbono essere relazionati alla Totalità per avere da essi il massimo vantaggio: la conferma del rimedio.

Sintomi Ausiliari – Sono quelli della patologia e tutti quelli che non sono modalizzati. Sono importanti soprattutto nell'Osservazione Prognostica secondo Kent e non dimentichiamo che sono quelli che spesso ci fanno apparire bravi o meno di fronte al cliente poiché, per lui, è questo che vale la pena curare!

Sintomi Modalizzati - Questi sintomi meritano la nostra maggior attenzione in questa fase. Sono quelli che noi chiamiamo “avverbializzati”, che rispondono alle famose 7 domande di Boenninghausen, che corrispondono alle necessità vitali proprie del paziente e sono quelli caratteristici di cui parla Hahnemann. I processi di Gerarchizzazione e Repertorizzazione si basano su di essi e per essi è stato approntato il seguente schema (Tab. 2), a complemento dello schema in Tab. 1, in cui inserirli a seconda del loro grado di gerarchia sui due piani già ricordati, psico-somatico e temporale.

Tabella 2

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

Secondo l'esperienza degli Autori, un sintomo è da considerare Storico quando è presente da più di 2/3 della vita del paziente, mentre sarà

considerato Intermedio quando è presente da più di 1/3 della vita del paziente. Si può notare come un S. Locale Storico sia da considerare più gerarchico di un S. Mentale Attuale e come più i sintomi tendono ad occupare il settore alto a sinistra, più sono gerarchici.

Vediamo come prosegue il nostro caso clinico con questo Secondo Passo. Naturalmente non saranno considerati quei segni che, secondo la natura del gatto, non rappresentano un sintomo omeopatico come, per esempio, il desiderio di pesce ed il “fare la pasta”, che è un atteggiamento comunemente rilevato.

Tracciato del quadro della malattia

- Caratterologici: dittatoriale, permaloso, tedioso, desideroso di attenzioni.
- Modalizzati (in ordine gerarchico con il valore fra parentesi): mangia in fretta (9), ama giocare con l’acqua (9), desiderio di contatto fisico (9), eccessivo senso del dovere (9), ipersensibile allo scricchiolio della carta (9), prende tutto male (3), appetito mancante alla vista del cibo (1) ed all’odore del cibo (1), assenza di sete durante la febbre (1).
- Ausiliari: astenia, febbre, assenza di appetito, assenza di sete, linfonodi gonfi.

Terzo Passo – Repertorizzazione intelligente

Nel § 104 Hahnemann dice chiaramente che dobbiamo “scorgere i sintomi caratteristici al fine di opporle, cioè a tutta la malattia, una forza molto simile scelta omeopaticamente”.

Ciò significa che dobbiamo prendere solo alcuni sintomi caratteristici e ricordiamo che un sintomo è caratteristico in proporzione alla sua storicità ed alla sua modalizzazione.

Quando si dice “repertorizzazione intelligente”, non significa dunque che siamo noi intelligenti, ma che essa deriva dal rispetto dei suggerimenti di Hahnemann e l’esperienza dimostra che tali suggerimenti possono essere messi in pratica con l’aggiunta di alcune semplici norme:

- scegliere da 3 a 5 sintomi nel gruppo dei modalizzati e solo in caso di assenza o scarsità di questi, considerare i caratteriologici, che saranno invece fondamentali nel Quarto Passo; questo fa in modo che non compaiano solo i rimedi policrestii;
- scegliere rubriche repertoriali che abbiano un minimo di 7 rimedi ed un massimo di 100, ad eccezione della presenza di un sintomo certo, storico, molto intenso ed individualizzante per il paziente, come per esempio CHEST - ERUPTIONS - Mammae – itching (4 rimedi); questo ci permette di lavorare con rubriche più sicure;
- unire in una sola rubrica sintomi che non possono essere chiaramente differenziati, come per esempio GENERALS - CONVULSIONS -

epileptic - anger; after, e GENERALS - CONVULSIONS - vexation; after; ciò serve a non escludere rimedi fra i quali potrebbe esserci quello del caso;

- considerare nell'analisi tutti i rimedi che coprono la metà + 1 dei sintomi repertorizzati: ad esempio i rimedi che coprono 3 sintomi su 4 o 5 modalizzati scelti, o 2 sintomi su 3. E solo nel caso che i rimedi siano oltre 12 allora si considererà il punteggio espresso dal Repertorio; l'esperienza ha dimostrato che questo gruppo di rimedi quasi sempre contiene il *simillimum* ed è su tale gruppo che si lavorerà nel Passo successivo.

Ritorniamo al nostro caso.

Repertorizzazione intelligente

JOY

Radar Licence 6301

1	MIND - HURRY - eating; while	38
2	MIND - DUTY - too much sense of duty	38
3	MIND - SENSITIVE - noise, to - crackling of paper, to	8
4	MIND - MAGNETIZED - desire to be	12
4	MIND - MAGNETIZED - easily magnetized	7

	caust.	cupr.	lyc.	zinc.	androc.	ars.	aur.	calc-sil.	calc.	kali-c.
	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2
1	3	1	1	2	1	2	1	-	-	1
2	1	1	1	1	1	2	1	1	3	3
3	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-
4	-	1	-	-	-	-	-	1	3	-
4	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Si può notare come questa repertorizzazione, che osserva le norme citate, sia composta di 4 sintomi, poiché gli ultimi 2 sono stati uniti in un'unica rubrica di 19 rimedi, e presenti rimedi (non solo policresti) classificati per somma dei sintomi in ordine alfabetico, di cui solo 4 coprono la metà + 1 delle rubriche.

Quarto Passo – Connessione con la Materia Medica

Fino al Passo attuale, se il lavoro è stato fatto bene, il MOP non concede molto spazio al pregiudizio del medico ed ora ci mette a disposizione una ristretta rosa di rimedi far cui scegliere il *simillimum*, come voleva Hahnemann.

Abbiamo già visto come i S. Caratterologici assumano ora un'importanza particolare per la scelta del rimedio, che sarà attuata consultando la Materia Medica e ricordando che sarebbe un grave errore

affidarsi solo alla memoria, anche solo per i rimedi che crediamo di conoscere bene.

Si farà un confronto con i sintomi ordinati nella Tabella 1, tenendo presente che, se per la Repertorizzazione ci siamo serviti unicamente dei S. Modalizzati più gerarchici, in questa fase dobbiamo trovare corrispondenza con la Totalità del paziente. Il rimedio scelto sarà quello che ci presenterà i sintomi combinati in modo armonioso e logico, permettendoci una NUOVA LETTURA della Totalità, quella “immagine riflessa all'esterno dell'essenza interiore della malattia”, come dice Hahnemann nel § 7, che ci conduce a svelare la Costituzione Morbosa del paziente.

In questo Passo, si esprime molto di più l'Arte del medico che deve indagare le varie espressioni patogenetiche per individuare lo stesso piano di squilibrio, la stessa idea, lo stesso dinamismo morboso del malato. La Totalità non come un'accozzaglia di sintomi, ma una INDIVIDUALITA'.

Torniamo al nostro gatto.

Connessione con la Materia Medica

L'analisi dei 4 rimedi proposti dal MOP evidenzia Causticum che copre la Totalità, mentre Zincum sarebbe più adatto solo per i sintomi ausiliari. In particolare, Kent afferma che la maggiore caratteristica di Causticum è la disperazione con paura che giustifica il grande bisogno di simpatia e protezione che ha (più di tutti nella MM). Eugenio Candegabe, nella sua Materia Medica Comparata aggiunge: “Come il bambino che deve tenere la mano della madre di notte. Quindi ha bisogno della comprensione e dell'attenzione degli altri, che non smette di richiamare con insistenza: è il tipico dittatore supplichevole che ama essere adulato. Nelle pene d'amore e nell'afflizione ha due importanti eziologie. Tollera le contraddizioni, perché ha bisogno degli altri, ma è polemico e contraddice. E' ipersensibile ai rumori, perché ha paura dell'ambiente e la sua insicurezza gli impedisce di avventurarsi in luoghi diversi da quelli nel quale vive. L'acqua e l'umidità lo migliorano (è uno dei keynote fondamentali del rimedio).”

La personalità di Causticum ben si adatta a Joy ed al suo modo di sentire, agire e reagire; inoltre, il rimedio copre anche i sintomi ausiliari.

Quinto Passo – Reinterrogatorio indirizzato

In questo Passo, Materia Medica alla mano, si reinterroga il cliente con domande concernenti il rimedio scelto. Infatti, quand'anche non ci fossero dubbi sulla diagnosi, è opportuno perfezionare continuamente le nostre performances ed in particolare:

- studiare i rimedi non conosciuti che compaiono nella repertorizzazione;
- perfezionare la raccolta dei sintomi e la repertorizzazione del paziente;
- convalidare o modificare la sintomatologia caratterologica;

- annotare i sintomi non coperti dal rimedio scelto per osservarli durante l'evoluzione del caso e verificarne la presenza in altri pazienti che abbiano bisogno dello stesso rimedio.

Reinterrogatorio indirizzato

A Joy viene confermato Causticum, con alcune considerazioni: il sintomo corretto appare ora FEAR - noise e non SENSITIVE - noise, come inizialmente supposto; inoltre appaiono molto più adeguati FEAR - happen e FEAR - danger al posto di MAGNETIZED.

Sesto Passo – Diagnosi di Livello dinamico del paziente

Benché tale argomento non sia trattato direttamente nei testi classici, esso risulta fortemente suggerito dal § 15 dell'Organon e dai successivi §§ 176-177-178-179-180-181-182 ed anche dai *Lesser Writings* di Kent al capitolo *The action of drugs as opposed by the Vital Force*.

L'Energia Vitale del paziente può essere REATTIVA o DEBOLE. Nel primo caso avremo molti sintomi ed intensi, nel secondo i sintomi saranno scarsi e poco intensi.

La Costituzione Morbosa del paziente può essere COERENTE o INCOERENTE. Nel primo caso avremo sintomi gerarchici che indicheranno chiaramente un rimedio, nel secondo i sintomi saranno poco gerarchici e caotici, ed indicheranno più rimedi.

E' possibile quindi stabilire per il paziente uno dei Livelli dinamici risultanti dalle possibili quattro combinazioni delle caratteristiche di Energia Vitale e Costituzione Morbosa appena descritte secondo il seguente schema (Tab. 3):

Tabella 3

Teoria dei 4 Livelli dinamici		Energia Vitale	
		Reattiva	Debole
Costituzione Morbosa	Coerente	1°	2°
	Incoerente	3°	4°

Livello 1 – Sarà attribuito ai pazienti con molti sintomi gerarchici (S. biopatografici); dobbiamo pensare alla prescrizione del rimedio *simillimum*.

Livello 2 – Sarà attribuito ai pazienti con pochi sintomi gerarchici (S. biopatografici); dobbiamo pensare alla prescrizione del *simillimum*, ma più facilmente di un similare.

Livello 3 – Sarà attribuito ai pazienti con molti sintomi poco gerarchici (S. del quadro attuale); dobbiamo pensare alla prescrizione di un similare. Apparterranno a questo Livello, logicamente, anche quei pazienti ipersensibili che manifesteranno sintomi patogenetici di ogni rimedio loro prescritto.

Livello 4 – Sarà attribuito ai pazienti con pochi sintomi poco gerarchici (S. del quadro presente o patologici); dobbiamo pensare alla prescrizione di un similare, ma più facilmente di un palliativo.

Si può notare che la progressione numerica dei Livelli indica immediatamente lo stato del paziente (migliore nel 1° e peggiore nel 4°) e di conseguenza anche quale dovrà essere l'impegno dell'Omeopata per seguirlo.

Lo scopo della Diagnosi di Livello, che ricordiamo è data esclusivamente dalla QUALITA' e dalla QUANTITA' dei sintomi; è poter PREVEDERE PRIMA DELLA PRESCRIZIONE quale sarà l'evoluzione del paziente attraverso una Prognosi Dinamica che sarà descritta nel Passo successivo.

Diagnosi di Livello

Abbiamo di Joy sintomi storici (biopatografici) ed in buon numero per una buona diagnosi di rimedio: Livello 1.

Settimo Passo – Prognosi Dinamica

Con tale procedimento, come già accennato, si fa una previsione dell'evoluzione del paziente in relazione ai vari aspetti che andremo ora ad elencare.

Rispetto alla Legge di Guarigione:

Livello 1 – la prescrizione del *simillimum* promuoverà le Legge di Guarigione secondo Hering le cui fasi dipenderanno dallo stato lesionale del paziente.

Livello 2 – la prescrizione di un rimedio parzialmente simile farà emergere, anche con l'aiuto di quadri acuti intercorrenti, altri sintomi che permetteranno di innalzare il paziente a Livello 1 e quindi di prescrivere il rimedio *simillimum*. La Legge di Guarigione si osserverà alla fine della cura.

Livello 3 – la prescrizione basata sul Quadro Attuale richiederà molti passi prima di poter osservare dei sintomi gerarchici in grado di condurre al *simillimum* e quindi al compimento della Legge di Guarigione.

Livello 4 – la prescrizione basata solo sui sintomi della patologia non può che essere palliativa. Tuttavia può succedere che dopo molte prescrizioni imperfette compaiano alcuni sintomi gerarchici in grado di innalzare il paziente al Livello 2.

Rispetto all'Aggravamento ed al Miglioramento

L'Aggravamento (effetto primario del rimedio) è un parametro dell'Energia Vitale ed ha la sua variabile nel TEMPO.

Il Miglioramento (o Reazione, effetto secondario del rimedio) dipende dalla Costituzione Morbosa e la sua variabile è la VELOCITA'.

Con questa premessa, la previsione avverrà secondo il seguente schema (Tab. 4):

Tabella 4

Livello 1	agg. breve o assente	seguito da	migl. rapido
Livello 2	agg. lungo	seguito da	migl. rapido
Livello 3	agg. breve	seguito da	migl. lento
Livello 4	agg. lungo	seguito da	migl. lento o assente

Rispetto alla Malattia Acuta

Quando il paziente presenta un quadro acuto durante la terapia, i sintomi ci offrono le seguenti importanti indicazioni.

Livello 1 – i sintomi acuti indicano lo stesso rimedio già prescritto.

Livello 2 – nella fase prodromica e durante l'evento acuto possono insorgere sintomi che indicano il rimedio già prescritto, ma per lo più sintomi che completeranno il quadro cronico aiutando a spiegare meglio l'immagine della malattia costituzionale del paziente e quindi poter prescrivere il *simillimum*.

Livello 3 – il rimedio del quadro acuto sarà diverso da quello prescritto, tuttavia durante la fase di convalescenza potranno emergere dei sintomi gerarchici in grado di guidare meglio le successive prescrizioni.

Livello 4 – in questi pazienti i sintomi cambieranno continuamente e con essi anche i rimedi.

Rispetto ai Sintomi Nuovi

Tali sintomi vanno distinti dai S. Esonerativi.

Livello 1 – i sintomi nuovi indicano una prescrizione sbagliata accompagnata ad un peggioramento della malattia; spesso indicano una soppressione.

Livello 2 – possono avere lo stesso significato precedente ma, essendo per lo più accompagnati ai pochi sintomi gerarchici che questo Livello presenta, possono anche indicare il *simillimum*.

Livello 3 – a questo Livello, la comparsa di sintomi nuovi può essere quasi la regola, data l'ipersensibilità dal paziente (incoerentemente reattivo) ed indicano la prescrizione di un similare.

Livello 4 – sono gli unici in grado di indicare un cambio di rimedio in attesa di un eventuale salto di espressione energetica del paziente, qualora sia possibile.

Prognosi dinamica

Per Joy ci aspettiamo di verificare tutto quello che è stato descritto del Livello 1 ad esclusione, ovviamente della comparsa di Sintomi Nuovi!

Ottavo Passo – Prescrizione giudiziosa

Riguardo ad una Scala Centesimale, l'esperienza dimostra che:

- a) la dose unica è adatta solo ai pazienti la cui Energia Vitale è sufficientemente reattiva;
- b) il metodo *in plus*, consigliato da Hahnemann già nella Quinta Edizione dell'Organon, ha maggiore efficacia nell'evitare aggravamenti.

Tenendo conto di questi fatti, oltre un decennio di osservazioni ha portato al seguente schema prescrittivo rispetto al Livello dinamico del paziente.

Livello 1 – dinamizzazione elevata (M-XM) in dose unica o *in plus* se si ritiene che, pur essendo reattivo, il paziente necessiti di sollecitazioni più frequenti, anche per la presenza di strutturazioni organiche.

Livello 2 – dinamizzazione media (30-200) *in plus*.

Livello 3 – alta dinamizzazione (200-M) in dose unica.

Livello 4 – bassa dinamizzazione (5-30) *in plus*.

Riguardo alla Scala Cinquantamillesimale (Q-LM) vanno sempre seguite le istruzioni di Hahnemann della Sesta Edizione dell'Organon (§§ 246-247-248), indipendentemente dal Livello dinamico del paziente con questo appunto personale: AI LIVELLI 3 E 4 SI DOVREBBE SEMPRE USARE LA SCALA LM per le sue caratteristiche di azione dolce, per limitare al massimo ogni possibile aggravamento del paziente e per la sua maggiore maneggevolezza in caso di prescrizione sbagliata.

Prescrizione Giudiziosa

A Joy è stato prescritto Causticum LM 1, una volta al giorno.

Conclusioni

Il MOP rappresenta lo sforzo di allestimento di una sinossi perfettamente fedele alla dottrina di Hahnemann, che ci permette la migliore approssimazione all'esercizio dell'Omeopatia Pura, cioè libera da pregiudizi, ma ovviamente c'è spazio per migliorare ancora.

Nel mio piccolo, credo di aver dato un contributo introducendo nel MOP la Scala LM, con l'approvazione di Eugenio e Marcelo Candegabe e di Hugo Carrara, nel libro riportato in bibliografia.

A tutto ciò segue ovviamente l'Osservazione Prognostica, altro grande capitolo della Clinica Omeopatica di cui, forse, parleremo in una seconda occasione per vedere come i miei Maestri argentini interpretano questo momento e come esso si adatti molto bene anche alla clinica veterinaria.

Ma vediamo cosa è successo a Joy! Ho chiesto alla proprietaria del gatto, persona molto diligente, insegnante di scuola elementare, di tenere un diario quotidiano di quello che avrebbe osservato sul gatto dall'inizio della terapia, data la distanza che ci separava e la gravità del quadro del paziente. Questo è il testo integrale di tale diario:

- Prima somministrazione, 31 ottobre, 1 goccia: dopo pochi minuti dalla somministrazione il gatto fa un energico balzo in verticale (!?!). La notte ricomincia a ciucciare ed a “fare la pasta”; ha diverse evacuazioni di feci scure e molli, proprio una grande quantità! La mattina ricomincia a mangiare spontaneamente anche se non abbondantemente. Chiede di uscire in cortile. E' visibilmente debole, ma mostra segni di ripresa.
- Seconda somministrazione: continua a migliorare, è più energico, ma non mangia ancora in modo soddisfacente. Mi sembra che sia sfebbrato e la notte va a mangiare le crocchette.
- Terza somministrazione: continua il miglioramento. Chiede di uscire con più frequenza e la sera miagola in modo insistente come se chiedesse qualcosa.
- Quarta somministrazione, 2 gocce: non faccio in tempo a rientrare che mi chiede cibo ed inoltre non viene più sotto le coperte, ma si posiziona ai piedi del letto. Le evacuazioni sono sempre abbondantissime e scure. La mattina finalmente lo vedo mangiare come ricordavo e posso definitivamente sospendere il cibo umido che gli proponevo per invogliarlo.
- Quinta somministrazione: il Veterinario mi ha comunicato l'esito del test PCR FIP, negativo. Joy ha ripreso a miagolare dal terrazzo a gran voce per chiamarmi quando sono fuori. Continua a dormire ai piedi del letto venendo sotto le coperte solo prima del mio sonno ed al mio risveglio.
- Sesta somministrazione: credo di poter dire che il gatto si è ripreso praticamente del tutto, mangia di gusto ed ha ripreso tutte le vecchie abitudini.
- Settima somministrazione, 3 gocce: mi sembra che le sue solite caratteristiche si siano accentuate, è più permaloso, mi chiama più spesso, richiede più attenzioni, più coccole ed ha smania di uscire. Tutto il resto rimane invariato, cioè OK.
- Ottava somministrazione, 7 novembre: devo constatare che il micio è più energico di quanto non fosse prima della malattia. Oggi si è arrampicato su un albero ed ha saltato un muro di 2 metri e mezzo di altezza, poi è andato sulla tettoia dei vicini e sono dovuta andare a recuperarlo con una scala per paura che mi finisse chissà dove. Mai si era spinto a tanto!
- Tredicesima somministrazione, 12 novembre, 5 gocce: il gatto sta molto bene, ha moltissima energia ed è anche “nervosetto”. Due sere fa ha aggredito un micio del vicinato solito a venire nel nostro cortile. Stasera,

dopo il rimedio, ha aggredito il cane, soffiando e cercando di graffiarlo. Si fa rispettare.

- 20 novembre: stanotte ha starnutito due volte... E' certamente più indipendente, sembra che abbia trovato la sua vera dimensione di gatto. Continua a dormire ai piedi del letto.
- 22 novembre: ne ho fatta una delle mie. Gli ho messo la fiala di Frontline® ed ha cominciato subito a sbavare come se avesse la nausea. L'ho immediatamente lavato con acqua tiepida, cosa che lo ha reso euforico, ed è subito passato tutto.
- 26 novembre: il micio sta proprio bene ed è molto più equilibrato. E' meno ossessivo nel chiedere attenzioni ed è più indipendente. Si fa coccolare sul divano mentre guardo la TV, ma non mi sta addosso più di tanto. Il nervosismo è sparito. Non dorme più nemmeno ai piedi del letto, ora preferisce la poltrona o una sedia.

Questo diario era accompagnato dalla seguente lettera:

“Carissimo Dott. Brancalion,
aprofitto per ringraziarla e per dirle che le sono davvero riconoscente per avermi ridato il mio micione e per avermi dimostrato che l'omeopatia funziona!

Verremo presto, compatibilmente con gli impegni di lavoro di entrambi, a farle vedere Joy.

Ancora un “grazie” di cuore!

Patrizia

Gorizia, 27 novembre 2004”

Bibliografia

- Brancalion A. – *Scala LM e Prognosi nella pratica dell'Omeopatia* – H.M.S., Como, 2004.
- Candegabe E.F. – *Materia Medica Comparata* – red Edizioni, Como, 1989.
- Candegabe E.F. – *Homeopatía: Estudio Metodológico de la Materia Médica* – Editorial Kier, Buenos Aires, 2003.
- Candegabe M.E. – *Escritos sobre Homeopatía* – Ed. Club de Estudio, Buenos Aires, 1996.
- Candegabe M.E., Carrara H.C. – *Approssimazione al Metodo Pratico e Preciso dell'Omeopatia Pura* – Centro Internazionale della Grafica, Venezia, 1997.
- Candegabe M.E., Deschamps I.L. – *Bases y Fundamentos de la Doctrina y la Clinica Médica Homeopáticas* – Editorial Kier, Buenos Aires, 2002.
- Dudgeon R.E. – *By Samuel Hahnemann, Organon of Medicine*, Jain Publishers, New Delhi, 2001.
- EH™ Homoeopathic Software – *Vers. 2.1* – Archibel SA, Belgique.
- Kent J.T. – *Lesser Writings* – Jain Publishers, New Delhi, 1991.
- RADAR™ Homoeopathic Software – *Vers. 9.0* – Archibel SA, Belgique.

Fig. 1 – SCHEMA DI COLLOCAZIONE STORICA



