

Miasmi

Tre malati in uno o un malato con tre aspetti?

Renzo Galassi

Accademia omopatica Hahenamniana marchigiana renzogala@libero.it

Il presente caso clinico è estratto dal lavoro presentato al Congresso latino-americano di materia medica svoltosi a Zacatecas – messico tra il 17 ed il 19 agosto 2000 e dove era stato invitato dai dirigenti di Homeopatia de Mexico a.c.

Ho eliminato dal lavoro alcune considerazioni conclusive per brevità e perché erano dirette ad un auditorio di provenienza latinoamericano. Intendo premettere invece che il caso clinico è di grande utilità per chi, ormai informato della tecnica miasmatica stabilita dal Maestro Proceso Sanchez Ortea, dopo lunghi studi sugli scritti fondamentali di Hahnemann, voglia spingersi a comprendere il concetto di rotazione miasmatica, che realmente è una chiave di lettura fondamentale nel difficile e variegato percorso curativo di ogni paziente indefettibilmente “macchiato” dal miasma. E’ imprescindibile per un omeopata che voglia definirsi hahnemanniano avere le idee chiare sui miasmi, anche se probabilmente non esiste argomento più frainteso nel settore omeopatico.

Il tema dei miasmi ha impegnato quasi tutti i grossi nomi della storia omeopatica, a tale proposito riporto un brano di ciò che dice P.S. Ortega nel suo ultimo libro (che presto verrà pubblicato nella versione italiana con la Nuova Ipsa Editrice) riguardo la psora:

“Molti autori hanno ceduto alla tentazione di speculare sull’origine della psora e, conformemente a queste ipotesi che sono molteplici, sono state tessute diverse forme di teorie che però avranno sempre le obiezioni corrispondenti alle supposizioni.

Tutti i tentativi sono naturalmente lodevoli e sempre utili per formulare da parte di ognuno, qualche conclusione al riguardo che comunque sarà, in quanto personale, obiettabile.

Sono stati citati molti possibili inizi dello stato psorico: il trauma della nascita, “l’angoscia esistenziale”, la brusca separazione fisica di un organismo da un altro.

Questi sono alcuni dei processi più utilizzati, influenzati dalla considerazione della psicologia nell’epoca in cui queste ipotesi sono state elaborate; Kent, rinchiuso nella sua filosofia, esaminò la probabile origine nel “peccato originale” ed io, spinto dalle teorie biologiche relative alla cellula e con l’antecedente di altri autori come Robert’s, trovo testimonianza di “carenza” quale inizio della condizione psorica. Con maggior esoterismo, si è detto che l’origine della psora fu nel pensiero, mentre la sycosis e la syphilis sono prodotti “dell’azione peccaminosa”. Quelli che evitano la dialettica, riconoscono semplicemente la derivazione che Hahnemann fa dalla scabbia; altri la riferiscono come uno stato di allergia oppure di debolezza organica che si eredita... quando l’idea di diatesi dominava il campo medico si indusse a considerare la psora, la sycosis e la syphilis equiparabili alla scrofola, all’artrite e all’epetismo...

La semplicità dell’ipofunzione, l’iperfunzione e la disfunzione è naturalmente più fisiologica.

Le idee biotipologiche determinarono la costituzione carbonica, quella fosforica e quella fluorica, la pseudopsora, il tubercolinismo ed il cancerinismo, le intossicazioni croniche, affinché gli allopati accettassero il miasmatico travestito da “scienza positiva”.

Si addusse anche il “karma” e si è perfino detto che la psora è inerente all’uomo, alla sua vita e che “difendendosi nell’ambito della sua non difesa... causa la reazione sycosica o syphilitica; si è detto anche che l’evoluzione è il polo positivo dell’esistenza umana, mentre il miasma è quello negativo e la salute è quello neutro”, si dice anche che la psora sia stata causata dall’allontanamento dal Creatore, ecco perché è costituita essenzialmente dall’angoscia, è l’inconscio che cerca ciò che ha perduto”... Sarà necessaria tanta supposizione? Hahnemann, senza comprometersi dialetticamente o filosoficamente, indica semplicemente che la sua origine si

perde nel tempo e come medico clinico, come ha gridato un illustre collega segnala che: “il ruolo determinante della soppressione e quello antecedente delle eruzioni di tipo scabbioso sono alla base di tutta la patologia trascendente”..

IL CASO CLINICO

La prima volta che vidi Claudia fu camminando per le strade della mia città ed incontrando un amico comune; lui le disse: “Claudia, questo è il medico che ti dicevo, lui ti può aiutare”. Era una donna di bell’aspetto, traspirava stanchezza e un atteggiamento di chi va di fretta, come se avesse desiderio di fuggire.

Circa dopo un mese e mezzo la vidi nella sala d’attesa del mio studio, quando arrivò il suo turno entrò rapidamente ed appena si sedette iniziò a parlare: “dottore, da 5 anni ho un’ulcera nella vagina, con frequente tendenza a sanguinare e delle perdite giallastre che sembrano bruciare la parte”.

Senza fare tutta la storia, perché sarebbe molto lungo, citerò le cose salienti:

Il padre molto forte, dittatoriale, obeso, molti nevi e fibromi cutanei, bevitore e a volte violento. La madre poco espansiva, lavoratrice, le tolsero l’utero per fibromi che davano emorragie. Tendenza a colite con diarrea abbondante, da 6 a 8 volte al giorno in forma costante.

La sua infanzia fu abbastanza difficile perché i genitori se ne andarono a lavorare in Svizzera quando lei aveva 5 anni, lasciandola con i nonni materni e così cominciò il suo problema, perché regolarmente suo nonno la molestava sessualmente, tanto che la sua vita iniziò ad essere una torura per un lasso di tempo di circa 10 anni. Ebbe molta paura e passava tutto il giorno a nascondersi dal nonno. Ciò che ricorda è un periodo di gran paura, che tuttavia continua e lo afferma dicendo: “mi spavento per tutto, mi sembra sempre che possa succedere qualcosa”.

A 15 anni fuggì di casa e lavorò come segretaria in un luogo in cui il proprietario dopo alcuni mesi cominciò anche lui a molestarla, fino a che decise di sposarsi con un uomo di 15 anni più grande di lei e che le dava sicurezza ripiazzandogli la figura dal padre che comunque continuava a lavorare in Svizzera.

Il marito però, dopo alcuni mesi di matrimonio, cominciò a manifestare il desiderio di avere relazioni sessuali particolari, cioè la conduceva in un club dove si praticava lo scambio di coppia o dove ci si mescolava nell’amore di gruppo. Di nuovo la paziente si deluse e cominciò ad ammalare di una terribile depressione, dismenorrea con dolori che definiva crampiformi accompagnati da coaguli e alla fine questa ulcera nella labbra vulvari esterne.

Con questa patologia incominciò con l’allopatia, senza migliorare molto ma per lo meno ottenne che lo sposo la lasciasse in pace nel campo sessuale.

All’età della prima visita, cioè 35 anni, soffre di paure ed ansietà continua, con desiderio ed impulso a fuggire, fa tutto di fretta e la vita scappa senza la possibilità di fissarsi in essa.

Vuole sempre che il tempo passi più rapido per non fermarsi a pensare ed ha grande paura di tutti e di tutto, specie delle malattie.

L’analisi del caso secondo la tecnica miasmatica portava alle seguenti diagnosi:

Diagnosi nosologico-sindromico:

ulcera genitale con dismenorrea, sindrome neurotica fobico-ossessiva.

Diagnosi miasmatica:

2 (3-1). C’è congruenza con gli antecedenti familiari.

Diagnosi integrale:

Si tratta di una donna che soffre di ulcera genitale e dismenorrea, con tendenza ad una depressione reattiva dovuta ad un ambiente profondamente ostile sin dalla nascita. L’ambiente familiare, che non è stato adeguato per l’allontanamento precoce dei genitori, ha lasciato la malata esposta a

situazioni di pericolo relazionale nel piano psicologico sin da bambina. La seriazione miasmatica della famiglia (2-3) come base, ha sviluppato una patologia congruente e profonda.

Diagnosi individuale:

è una donna che vive sulla difensiva e così ha vissuto nei confronti di attacchi che non meritava. Vive inoltre in uno stato di carenza affettiva sin da giovane. Soffrì di mortificazioni continue nel senso della sessualità sin da bambina, perfino nel suo matrimonio con lo sposo. Come risposta ha materializzato una ulcera genitale che la aiuta ad evitare una sessualità che non corrisponde alla sua forma di essere ed una attitudine di fuga da tutto, tanto che per parlare con lei la si deve fermare a forza.

I sintomi della prima visita che rappresentano la predominanza sycotica e che ho preso in considerazione, sebbene avolte avessero una piccola pennellata psorica o syphilitica, furono:

Conseguenze di spavento

Frettoloso

Tempo, sensazione che passi lentamente Impulsiva e senso di ansietà che la spinge a camminare sempre più rapida

< in luoghi chiusi

Diagnosi medicamentosa:

vediamo che con i sintomi predominanti della prima visita il medicamento che copre meglio la situazione attuale e l'aspetto sycotico prevalente è ARG. NITR. Considerando la forza vitale o vitalità della paziente lo prescrissi alla 200 ch dose unica con una finalità curativa.

Dopo un mese e mezzo la vidi di nuovo e stava un po' meglio anche se senza cambi notevoli. Le prescrissi lo stesso medicamento alla 1000 ch.

Due mesi dopo il quadro era cambiato completamente, con sintomi predominanti molto diversi. Ora la predominanza era psorica con piccole aggiunte sycosico-syphilitiche.

I sintomi che repletorizzai furono:

Ansietà molto intensa, specialmente anticipando un evento

Sensazione di solitudine, come se fosse isolata dal mondo

Tristezza < dopo mangiato

Confusione specie quando si mette a scrivere, con tristezza e scarso desiderio di fare le cose.

Fu sorprendente vedere che un'altra volta il quadro era coperto da ARG. NITR. che prescrissi alla 10000, dando risultati questa volta notevoli. La signora ebbe un vero cambio di atteggiamento con l'inizio di un processo di liberazione psicologica. Mi raccontò dopo tre mesi, che aveva parlato con il marito, minacciandolo di andarsene di casa se non avesse cambiato atteggiamento e desideri sessuali, che aveva cominciato ad avere nuove idee di lavoro ed a sentirsi meno sfortunata nella vita. Però, da alcuni giorni, aveva cominciato ad avere alcuni disturbi fisici che volle relazionarmi e cioè: Feci verdi con molto sangue

Dolore come da ulcera nello stomaco dopo mangiato

Sensazione come di spasmo respiratorio, come asma, specie anticipando un evento Tosse notturna secca, con occasionale espettorazione di catarro sanguinolento

Attacchi occasionali di perdita completa della memoria, con senso di profonda malinconia.

Come si vede emersero quasi tutti sintomi di prevalenza syphilitica, molto più superficiali e con un miglioramento nel profondo. Essendo la sofferenza superficiale prescrissi ARG.NITR. che ancora una volta copriva tutti i sintomi alla 2LM in plus 7 assunzioni. La vidi dopo un mese, stava molto meglio. Le diedi la 3 LM plus 7 assunzioni. Torno dopo 2 mesi per dirmi che tutto era scomparso e che la ulcera vaginale aveva cominciato a migliorare, le dava pochi fastidi. Le diedi una assunzione della 6 LM. Si risolsero i suoi problemi, compresa l'ulcera, e la sua syphilis si attenuò molto. La vedo occasionalmente da tre anni e sembra che la sua salute mantenga un livello soddisfacente. Ha anche iniziato una psicoterapia di coppia che li sta aiutando molto.

CONCLUSIONI

Ciò che possiamo trarre come insegnamento da questo caso è che il concetto di “rotazione miasmatica” descritto dal Maestro P.S. Ortega, è qualcosa di fondamentale per seguire con le idee chiare il cammino di guarigione del malato. Ci mostra la veradynamica evolutiva del malato che solo appartiene alla nostra medicina. La rotazione miasmatica indica un cambiamento di predominanza miasmatica in seguito all’assunzione di un rimedio. Come abbiamo visto sopra, dopo aver prescritto il rimedio per i sintomi del miasma predominante in quel momento, si è verificato un cambiamento nell’assetto miasmatico della paziente e si è evidenziato un miasma sottostante con i suoi sintomi caratteristici. La rotazione miasmatica si presenta talora anche spontaneamente nel percorso della vita di una persona, ad esempio per il verificarsi di un evento importae che destabilizza il precario equilibrio in cui viveva il soggetto, slentizzando un altro miasma. Così si spiegano a volte quei cambiamenti improvvisi di certe persone che, dopo una esistenza costante in certi parametri, all’improvviso cambiano ed a stento vengono riconosciuti dai propri familiari, tanto sono diversi.

Nel percorso curativo, quando si verifica una rotazione miasmatica, bisogna anzitutto vedere quale miasma è emerso in base ai sintomi che lo rappresentano fra quelli caratteristici dell’OGGI esistenziale, indi in base a questi vedere quale medicamento copre meglio la nuova tappa evolutiva. Anche se è molto probabile che si debba cambiare rimedio, non sempre lo si deve fare, nel caso sopra citato diversi personoidi dello stesso medicamento coprivano i vari quadri sintomatici.

Altro insegnamento che possiamo dedurre è che la creazione di una materia medica miasmatica (cosa che già da molti anni si sta facendo in messico) sarebbe di utilità grandissima per lo studio dei nostri mezzi curativi, perché ci farebbe vedere tutte le immagini possibili, in base alla suddivisione per miasmi, di ogni singolo medicamento, allontanandoci così da quello schematico didattico creato dalla maggioranza della materie mediche. Ad esempio studiare il personoide syphilitico della Pulsatilla ci toglierebbe dalla mente quell’immagine dolce, lacrimosa ed accondiscendente che abbiamo di questo rimedio.

Avrei altre considerazioni da fare, ma diversi lettori, leggendo i miei precedenti articoli, mi hanno consigliato di non esasperarvi con il mio “integralismo” e così termino qui l’articolo... anche se con un certo prurito sulle punta delle dita!

Al prossimo numero.