

Pediatria

Vincenzo Nuzzo

nuvens@tin.it

Pediatra Omeopata e Psicoterapeuta Napoli

La diagnosi di rimedio nel neonato e nel lattante

Fig. 8

Diagnosi di rimedio nel neonato e lattante: problemi e limiti

- grandi schemi oggettivi, invece della finezza soggettiva di espressione del nucleo del rimedio
- l'omeopatia è un universo simbolico con molte entrate
- caleidoscopio : l'ordine e le relazioni tra i rimedi cambiano a secondo dell'angolo visuale
- l'espressione sintomatologica "dinamica" è un mare che si muove in cui tutto fluisce e confluisce
- i quadri dei rimedi sono impressioni fotografiche del dinamismo

Nonostante i principi dell'omeopatia hahnemaniana (1) impongano di considerare preminente la storia naturale dei miasmi nella diagnostica relativa alle età precoci, ponendo in primo piano il miasma psorico, il problema della definizione diagnostica omeopatica del bambino nei suoi primi mesi di vita si pone comunque all'omeopata ed al pediatra che si occupa di omeopatia.

E questo essenzialmente per due motivi:

- 1) sembra piuttosto riduttivo ridurre la ricchezza sintomatologica espressa da un'individualità precoce, e peraltro rilevabile proprio attraverso la diagnostica omeopatica, ai sintomi extraindividuali di un unico quadro miasmatico
- 2) il profondo mutamento della società rispetto al mondo hahnemanniano indica, come discuteremo poi, un probabile mutamento nella storia naturale, e quindi nella successione cronologica dei miasmi.

Ci sembra quindi più giusto porre il problema nell'ambito della cornice costituzionale, piuttosto che nell'ambito di quella miasmatica.

Restano tuttavia una serie di problemi metodologici, tra cui l'ostacolo principale è rappresentato dall'impossibilità di utilizzare i sintomi mentali, che sono normalmente la chiave per cogliere il nucleo del rimedio. Inoltre esiste il problema non indifferente dell'interpretazione indiretta cui si è obbligati, attraverso cioè l'osservazione dei genitori, che si rivela quasi sempre molto inaffidabile, specie in una fase precoce del rapporto genitori/bambino, segnata com'è da ansie e spesso da profonde esitazioni

Inoltre molti genitori non sono abituati alla modalità di osservazione ed alla filosofia della salute e della malattia propri dell'omeopatia, per cui, attanagliati dall'ansia della malattia, devianti spesso da una cultura della medicina in cui il paziente gioca solo un ruolo passivo, e da una cultura terapeutica mediamente orientata alla soppressione dei sintomi, diventano, tranne rare eccezioni, dei pessimi partners di osservazione del neonato e del lattante.

Dunque in omeopatia pediatrica rischia di venirsi a creare la situazione paradossale in cui la finezza diagnostica del metodo omeopatico e la sua radicale novità, consistente nella gestione responsabile ed attiva del vissuto di malattia, finiscano per restare inapplicabili.

Esistono dunque problemi e limiti innegabili a proposito dell'osservazione diagnostica omeopatica del neonato e del lattante, che fanno certamente di essa un terreno difficile e cosparso di innegabili rischi, e sul quale bisogna procedere con molta prudenza (fig. 8), tuttavia ci sembra che proprio questa contraddizione e debolezza finiscano poi per diventare una forza del pediatra omeopata, in quanto lo spingono a cercare di aprire una nuova prospettiva per la rilevazione dei sintomi soggettivi, che è essenzialmente quella della loro valutazione indiretta attraverso segni oggettivi.

La descrizione della sintomatologia del neonato e del lattante, sia nello stato acuto che nello stato cronico, ci è sembrata quindi un'occasione unica per la descrizione di questa modalità alternativa per la raccolta dei sintomi.

Sottolineando l'importanza di porre il problema della diagnostica omeopatica nelle età precoci nella cornice giusta, cioè affermando l'irrinunciabilità della valutazione soggettiva attraverso sintomi oggettivi, ci sembra che si apra quindi un'affascinante prospettiva in cui, come vedremo poi, settori apparentemente lontani del sapere medico confluiscono nel campo dell'osservazione oggettiva.

Inoltre la sfida dell'osservazione diagnostica oggettiva omeopatica del neonato e del lattante ci sembra una sfida importante nell'ambito del metodo omeopatico, in quanto essa cimenta l'omeopata proprio sul piano delle certezze "mobili", in cui egli dovrebbe essere abituato a muoversi, avvicinandolo di più alla dimensione del dinamismo, quel mare in movimento in cui tutte le immobilità e quindi le strutture sono solo relative al movimento continuo.

In questo senso l'omeopatia delle età precoci è un campo ideale di applicazione della medicina dell'esperienza, in cui la conoscenza non deriva dall'accumulo di dati ma dalla loro raffina mento continuo nel tempo, il tempo in cui ci occuperemo di questo bambino.

Fare una diagnosi di rimedio nel bambino piccolo deve dunque tenere conto di tutto questo e quindi mantenere il medico attento circa il fatto che, soprattutto nelle età precoci, fare una diagnosi di rimedio non coincide necessariamente con il contenuto dell'atto prescrittivo, che deve essere guidato da una serie di considerazioni più ampie, includenti i dati raccolti nell'ambito di un discorso che tenga conto anche della storia bio-patografica familiare (in questo caso "genetica"), e quindi di tutto l'insieme spazio-temporale (ambiente + individuo) che caratterizza l'esperienza e la storia di un individuo.

Fig. 1

Maturità del neonato

- movimenti spontanei e finalizzati (prensione) invece di riflessi spinali e sottocerebrali già dalla 10[^] settimana
- sinapsi cerebrali primitive già dall'8[^] settimana, con successiva scomparsa
- assenza di reazioni di adattamento alla forza di gravità (Moro)
- sensibilità vestibolare al movimento ed all'accelerazione (alla nascita)
- olfatto e gusto (primi giorni)
- udito (da 25-28[^] settimana di gestazione)
 - >reazione a suoni di diverse frequenze
 - >apprendimento di comportamenti su segnali uditivi
 - >rotazione dello sguardo verso il suono (0-6 settimane)
 - >reazioni al "motherese" (intonazione, ritmo)
- visione
 - >separazione di dettagli
 - >preferenze visuali (patterns..)
 - >stereopsia
 - >differenziazione di tipo di colore e brillantezza
 - >prestazioni cognitive (> 3[^] settimana di vita)

- >comportamenti condizionati
- >abituazione
- >comportamento “edonico”
- >memoria
- integrazione cognitiva sulla base della coordinazione motoria (afferenze chinesiologiche)
- scoperta delle relazioni movimento-effetto
 - >sviluppo della motivazione
 - >previsione del futuro (“Sollwert”)
- motricità spontanea nello sviluppo cognitivo e sociale

L’esperienza del neonato

e il paradigma dell’inizio

Prima di parlare dei quadri sintomatologici,

vorremmo però arricchire il discorso con alcune considerazioni che sgombrino il campo dal pregiudizio che il neonato sia un puro prodotto del terreno genetico-ambientale, i cui fattori sono presenti, in termini di influssi, nel contesto dell’esperienza materno-infantile che inizia con il concepimento e la gravidanza e passa poi per il parto e la relazione precoce.

Questo sguardo alla neurofisiologia ci sembra importante per porre il discorso costituzionale nella giusta prospettiva.

Fig. 2

Considerazioni sulla “maturità relativa” nel neonato

- dubbi sul parallelismo tra mielinizzazione e maturità neuro-psico-motoria
- dubbi sul rapporto tra linearità del rapporto tra substrato materiale e funzione biologica: possibile immaginare una fisiologia sine materia dell’immaturità?
- dubbi circa il paradigma dell’inizio, specie per quanto riguarda il problema dell’intelligenza: possibile immaginare un progresso regressivo di un’“intelligenza” pre-vitale e pre-strutturale?
- possibile identità sostanziale tra globalità neuro-motoria precoce e totalità dell’esperienza esistenziale corrispondente al paradigma dell’“inizio”
- dubbi sul concetto lineare di tempo

La presunzione che il neonato sia infatti puro effetto dei condizionamenti genetico-miasmatici familiari e/o che sia una “tabula rasa” riempita dalle esperienze precoci, contrasta con l’evidenza esperienziale, che ci mostra invece il neonato come un essere già provvisto di un proprio orientamento temperamentale e quindi di una sua individualità.

Ed in realtà la ricerca scientifica (2-5) ci mostra come quella che sembrerebbe a prima vista immaturità debba essere invece definita come un’immaturità solo “relativa” a :

nei pregiudizi di tipo filosofico riguardanti per così dire il paradigma dell’“inizio” e che condizionano la qualità evolutiva dell’intelligenza al suo orientamento finalizzato.

nei pregiudizi di tipo neurofisiologico, sul rapporto tra struttura e funzione e quindi maturità (17)

nell’evidenza che il fenomeno dell’immaturità neuromotoria del neonato è relativo alle necessità biologiche dell’adattamento del feto alla vita extra-uterina (forza di gravità).

Questi argomenti sono sommarizzati nelle fig. 1 e 2, in cui vengono tra l’altro delineati gli interrogativi affascinanti che lo studio

Fig. 3

La condizione esistenziale del neonato (adattamento)

1) adattamento all’ambiente :

- elaborazione del trauma del parto
- forza di gravità
 - > scomparsa dei riflessi primitivi e patterns “olocinetici”
 - > maturazione delle competenze motorie
- temperatura
- rumore

- 2) separazione dalla simbiosi corporale psichica
- attività volontaria (cibo, protezione dalle offese...)
 - orientamento nello spazio (capacità visu-motorie, spostamento..)
 - stabilità emotiva

- 3) sviluppo della capacità relazionale ed interattiva con l'altro (individuazione, mondo psichico interno...)

della maturità relativa del neonato introduce, tra i quali in particolare :

- 1) la mancanza di linearità nel rapporto tra la mielinizzazione e la maturità neuro-motoria, per cui il feto può mostrare movimenti normali in assenza della gravità nella vita intrauterina (2)
- 2) la globalità delle risposte neuro-motorie del neonato e lattante nel primo trimestre (9), che potrebbe essere l'espressione di una “totalità” esperienziale, a sua volta espressione di un’ “intelligenza precoce” che si sviluppa verso quella “matura” attraverso un’ involuzione (18, 20)
- 3) la relatività della concezione lineare del tempo quando lo si guarda in una prospettiva globale (19, 21).

Lo studio della maturità ed individualità dell'uomo nelle sue prime fasi di vita introduce quindi il concetto di ciò che potremmo definire come il “paradigma dell'inizio”, una dimensione misteriosa ed inesplorata in cui l'ideologia scientifica materialista e meccanicista viene messa alla prova da fatti non facilmente comprensibili.

Nel discorso globale sull'individualità del neonato e nel rapporto tra costituzione ed ambiente è importante quindi rendersi conto dello sforzo che il neonato è chiamato a fare per l'adattamento al nuovo mondo in cui improvvisamente si trova gettato (fig. 3)

Ci sembra importante sottolineare quest'aspetto, perché partendo da esso sarà più facile capire il senso ed il valore dei segni diagnostici che andremo poi elencando, in quanto essi non rappresentano che espressioni reattive di questo processo di adattamento, che è naturalmente guidato dall'orientamento temperamentale individuale (costituzione).

Esse ci permettono dunque di potere affermare con sicurezza che esiste un sufficiente fondamento, sia scientifico che filosofico, alla possibilità di osservare oggettivamente la reattività del neonato, come quella di un individuo unico ed irripetibile, e che

il peso del condizionamento ambientale va sempre considerato in associazione all'importanza dello sfondo costituzionale individuale.

Possiamo quindi legittimamente riconoscere nel neonato quell'individualità reattiva che la sintomatologia della Materia Medica ha individuato nell'uomo attraverso gli sperimentatori sani.

Fig. 4

Modalità di osservazione oggettiva del neonato

- come reagisce quando spogliato (“livello di allerta”: reazione stimoli tattili, irritabilità, freddo)
- come reagisce quando gli si parla (desiderio di compagnia...)
- come e se ci guarda, tipo di sguardo (riservatezza, sereno, agitato, sofferente...)
- come risponde alle nostre attenzioni (stimoli sociali) e a quelle della mamma (gioivialità, apertura...)

- messo sul lettino produce o non suoni spontanei (volontà...)
- come sta in rapporto alla posizione
- come reagisce quando si modifica la sua posizione bruscamente durante l'esame neurologico ("livello di allerta" e capacità di integrare cognitivamente le esperienze: paurosità, capacità di adattarsi agli eventi ed alle novità,)
- cosa lo calma (posizione!,...)
- come reagisce quando lo palpiano durante la visita (reazione stimoli tattili, freddo, irritabilità...)
- come è il pianto (rabbioso, lamentoso...) e quanto dura (capacità di autoregolazione, e stabilità emotiva)
- come, e se si lascia calmare dalla madre quando piange (consolabilità, collericità)
- quali sono le modificazioni NV durante le sue attività/reazioni (pallore, rossore, ipo/ipertermia...)
- qualità/quantità dei suoi movimenti spontanei ("organizzazione repertorio motorio": scarsi, vivaci, violenti, organizzati...)
- qualità e quantità dei movimenti provocati con le modificazioni posturali (tono...)
- come sentiamo la sua pelle ed i muscoli toccandoli (temperatura, tensione, idratazione, liscia o ruvida, consistenza, tono, sudorazione)
- stato della pelle, specie arti e perineo (levigatezza, colore, odore)
- caratteristiche delle sue secrezioni
- come reagisce agli stimoli causati o provocati (luce, rumore...)
- come succhia al seno o al biberon (sete, appetito, relazione con la madre...)
- se dorme : come dorme, quanto è profondo il sonno, reazioni al risveglio
- come la sue attività/reazioni si modificano in rapporto all'ambiente

Fig. 5

Interrogatorio dei genitori nello stato acuto e cronico

- anamnesi classica
- sintomi associati ed alternanze
- reazione al bagno
- orari e stagioni
- chiuso/aperto, freddo/caldo
- appetito, sete, sudorazione
- attività (quantità e qualità)
- reazioni alle relazioni
- reazioni emotive

Fig. 6

Interrogatorio nello stato acuto e cronico del neonato e lattante: il contesto delle azioni/reazioni

- che cosa gli da più fastidio?
- cos'è che lo calma e lo migliora o lo peggiora (posizione, pasti, movimento, stimoli esterni, sonno?)
- dove gli da fastidio e lo sente "come"?
- i sintomi iniziano bruscamente o lentamente?
- come è cambiato da quando è malato?
- cosa fa o non fa da quando è malato (sete, appetito....)?
- cosa vuole o rifiuta da quando è malato?
- quali altri sintomi sono comparsi insieme?

- come ha dormito?
- come ha passato la giornata?

L'osservazione diagnostica del neonato

I particolari dell'osservazione sono riportati nelle fig. 4-6.

Ci sembra importante sottolineare come la parte squisitamente anamnestica dell'indagine debba essere condotta con abilità, ponendo le domande relative a specifiche reazioni in un contesto di reazioni più ampio di quello della reazione che direttamente ci interessa, in modo da evitare risposte si/no e stimolare da parte dei genitori un racconto spontaneo e ricco di sfumature e modalità.

Inoltre, come già accennato, ci sembra importante sottolineare come una volta portata l'osservazione diagnostica omeopatica del neonato e del lattante sul piano oggettivo, emerga la fondamentale identità tra diversi aspetti con le stesse tecniche usate da psicologi e neurologi per la diagnosi della maturità e di eventuali patologie neuro-psicomotorie nell'ambito delle età precoci (6-11).

E questo è senz'altro un ulteriore elemento di legittimazione, su un piano più oggettivamente scientifico (unità del sapere), dell'ipotesi che i sintomi mentali possano essere rilevati oggettivamente. In effetti, come vediamo, anche il neuro-psicologo infantile è costretto a muoversi esattamente nello stesso modo.

Nella fig. 7 si troveranno i quadri sintomatologici in cui gli elementi raccolti possono confluire, permettendo di fare una diagnosi di rimedio (12-14).

Naturalmente, sia nello stato cronico che in quello acuto, l'osservazione oggettiva sarà sempre completata dall'anamnesi bio-patografica classica della famiglia e dall'interrogazione dei genitori a proposito di circostanze che necessariamente sfuggono all'osservazione oggettiva, perché verificabili solo fuori dall'ambito spazio-temporale ristretto del momento della visita

Fig. 7

Tipologie costituzionali (genotipi):

- il tipo carbonico
 - soggetto brevilineo (tondo, ossa corte e larghe, viso largo e tondo)
 - adiposo con ritenzione idrica
 - reattività psico-fisica ordinata
 - tendenza anabolica con accumulo di "tossine" (ipersurrenalismo, ipertono vagale)
 - tendenza ad infezioni acute ed allergie (eliminazione tossinica)

Sfumature corrispondenti al nucleo del rimedio (gradi progressivi di disordine, in senso iper- ed ipo-):

>ipertrofico-brevilineo, passivo ma anche facile allo spavento, con reattività lenta, pelle fredda e sudata, feci e sudore acidi (calc.c)

>ipertrofico-normolineo, gioviale ed attivo, non freddo (sulf)

>iperreattivo, intollerante, sensibile a tutti gli stimoli, specie il freddo (piange quando lo si spoglia) (nux)

>piccolo con testa grossa, sguardo vivace ("da grande"), poco sensibile a stimoli sociali, iperreattivo, collerico, difficile consolabilità, non freddo, addome gonfio (lyc)

>ipotrofico, ipotónico e ipoattivo, ma irritabile e facilmente spaventato (bar.c)

>ipotrofico, irritabile specie quando fa il bagnetto, facile allo spavento, freddoloso (piange quando lo si spoglia), succhia voracemente, pelle secca e ruvida, feci e vomito particolarmente di cattivo odore, tende a dermatiti varie da pannolino (psor)

>ipotrofico, iperreattivo, freddo (piange appena lo si spoglia), collerico, succhia con difficoltà, intollerante al latte (IPLV), feci e sudore acidi, sonno con sobbalzi e frequenti risvegli (magn.c.)

>ipertrofico, poco sensibile agli stimoli sociali, facile allo spavento, intensa paura dell'estraneo, freddo (piange quando si spoglia), pelle ruvida e secca, intense reazioni NV, dermatite atopica e seborroica (pieghe), stipsi (graph)

•il tipo fosforico

- soggetto longilineo (volto, ossa e dita lunghi e stretti)
- adipe scarso
- reattività psico-fisica vivace e tendenzialmente poco organizzata
- tendenza catabolica (ipertiroidismo, ipertono simpatico)
- tendenza ad allergie ed ipomineralizzazione

Sfumature corrispondenti al nucleo del rimedio (gradi progressivi di disordine, in senso iper- ed ipo-):

>lungo, ipotrofico, ipomineralizzato (fontanella, ipotono), sudato, instabile emotivamente (pianto facile ed a lungo, dipendente da attenzioni), cefaloematoma (calc. f.)

>lungo, ipotrofico, pallido, freddo (piange quando lo si spoglia), attivo spontaneamente e sensibile agli stimoli sociali, ma iperreattivo e facile allo spavento, succhia voracemente, vomito o rigurgito di latte (phos)

>ipotrofico, piccolo e delicato, pallido, poco sensibile agli stimoli sociali (ostile), ipersensibile a qualsiasi stimolo (bassa soglia di allarme), sudato, succhia poco e con difficoltà (disturbato dal minimo stimolo), ipomineralizzato, crescita stentata, ritardo nello sviluppo (sil)

>ipotrofico, delicato e sottile, sofferente, piange facilmente ed a lungo, facilissimo allo spavento, suda moltissimo, piange facilmente nel bagnetto (l'acqua deve essere calda!), succhia voracemente, sonno disturbato da sobbalzi (tub)

>(gravidenza e parto vissuti male), ipotrofico, poco sensibile agli stimoli sociali, ipersensibile agli stimoli specie tocco), piange facilmente ma in modo rabbioso, difficile consolabilità, intense reazioni NV cutanee, ritardo nello sviluppo e nel linguaggio (nam)

>NORMALE, tend. ipertrofico, "facile", caldo, sensibile agli stimoli sociali, piange facilmente e a lungo (non rabbioso!), facile consolabilità, piange se lasciato solo, facile allo spavento, piange la sera, sonno disturbato (difficile addormentamento e risvegli con pianto), diarrea ai cambi di latte (puls)

•il tipo fluorico

-soggetto asimmetrico-malformato, tend. ipotrofica (cranio dolicocefalico, denti triangolari, lassità legamentosa, bassa statura)

-adipe normale o scarso

-reattività psico-fisica abnorme, contraddittoria, e perversa

-tendenza a infezioni, malformazioni e malattie debilitanti

-anamnesi familiare fortemente segnata da malattie gravi (psichiatriche, tumori, malformativo-degenerative, autoimmuni, poliabortività) e disadattamento sociale

Sfumature corrispondenti al nucleo del rimedio (gradi progressivi di disordine, in senso iper- ed ipo-):

>caratteri costituzionali, cefaloematoma a lenta risoluzione, ritardo chiusura fontanella, esostosi, angiomi tuberosi e cavernosi, ernie, cisti(calc. fl)

>pallido-terreo, talvolta ipotrofico, viso sofferente, poco sensibile agli stimoli sociali ed iporeattivo, ma facile allo spavento, disturbi del sonno (difficoltà di addormentamento e/o pianto), ritardo nello sviluppo, suda, feci e vomito maleodoranti, succhia avidamente, blefarite neonatale purulenta, emorragie del cordone ombelicale, dermatite atopica, piodermiti (merc)

>piccolo di statura (ipo- o ipertrofico), crescita stentata, ipersensibile ed iperreattivo, pianto rabbioso e prolungato, facile allo spavento, ritardo nello sviluppo, anomalie craniofacciali, ernie, criptorchidismo, disturbi del sonno (aur. m.)

La costituzione e gli influssi ambientali

Poiché la costituzione individuale non è

altro che una realtà dinamica, è ovvio che la sua espressione sarà modificata da influssi ambientali che potranno determinare una sua particolare forma e/o sfumatura di espressione, o, se sono abbastanza forti, dei quadri sintomatologici specifici, che possono anche allontanarsi dal quadro di fondo (fig. 9).

Crediamo che sia opportuno a questo punto definire bene cosa sia dinamicamente la costituzione, distinguendo essenzialmente due concetti (15) :

n Costituzione = insieme di caratteristiche genotipiche con cui si esplicita normalmente la tendenziale reattività individuale all'ambiente ("terreno"...).

n Diatesi = tendenza universale, collettiva, ed extra-individuale ad un determinato adattamento patologico nel rapporto tra individuo ed ambiente, espresso individualmente attraverso la costituzione genotipica, e la cui esplicitazione "mima" un'azione estrinseca di un'entità sull'individuo, simile all'azione di un agente patogeno ("miasma"...)

E' dunque nel rapporto costante tra queste due realtà che si gioca l'equilibrio costante tra lo stato acuto e lo stato cronico, e tra totale e parziale espressione dello stato costituzionale, con possibili quadri effetto di forti influssi ambientale, la cui espressione sintomatologica sarà la perfetta impronta dell'influsso stesso.

Quest'influsso sullo stato "normale" costituzionale del neonato,

ci sembra si possa verificare essenzialmente in tre modi (fig.10):

1) stimoli ambientali acutissimi e brutali, come quelli che possano verificarsi nel corso dell'esperienza del parto e le prime fasi di adattamento neonatale

2) effetto fortemente deviante da parte di particolari costellazioni genetico-miasmatiche e da parte dell'orientamento emotivo della famiglia, in particolare della madre in gravidanza

3) effetto di particolari condizionamenti miasmatici che determinano quadri sintomatologici medi, corrispondenti patologie a larga diffusione, ed evidenziati gli stessi fattori eziologici di queste, e costituenti dei quadri "patognomonic", cioè quadri sintomatologici omeopatici in cui il nucleo del rimedio è sorprendentemente sovrapponibile ad una determinata nosografia o ad una sua particolare sfumatura sintomatologica.

E' il caso quest'ultimo di alcune patologie estremamente frequenti nel neonato e lattante moderni, e quindi certamente effetto dell'interferenza di varianti patogenetiche collettive sul terreno costituzionale individuale.

Questo vale ancora di più per il neonato, sottoposto alla terribile esperienza del parto ed ai necessari e brutali adattamenti successivi (16). E quindi possibile che insorgano quadri acuti particolarmente gravi in cui l'insieme sintomatologico corrisponda ad un rimedio in modo molto simile al modo in cui la nosografia classica corrisponde all'effetto dell'agente eziologico.

Questo discorso vale anche per quadri miasmatici, come la sicosi, la cui espressione nelle età precoci della vita dovrebbe essere abbastanza rara, a meno dell'esistenza di forti spinte in tal senso nella costituzione miasmatica familiare.

Tuttavia bisogna considerare che gli stimoli scotizzanti sono ormai diventati la regola nella nostra società, ed a questo non fanno certamente eccezione i neonati, che certamente risentono dei pesanti interventi effettuati ormai di routine nelle donne gravide, nonché degli influssi ambientali medi (inquinamento, stress...) che condizionano ormai la vita ed il terreno bio-psicologico di qualsiasi individuo.

Conclusioni

Ci sembra importante sottolineare che questa indagine non ha lo scopo primario scopo di guidare nella prescrizione del rimedio, ma quello di:

1) discutere le difficoltà ed i limiti dell'inquadramento diagnostico omeopatico, indicandone la via di uscita nell'osservazione oggettiva dei sintomi soggettivi

2) fondare questa possibilità nell'ambito della dimostrazione della legittimità di considerare il neonato come individualità, che vede una convergenza ed unità di conoscenze osservazionali dell'omeopatia con le scienze umane e neuro-psicologiche

3) evidenziare quindi l'importanza nel metodo diagnostico di una prospettiva conoscitiva che si basi sulla sostanziale unità del sapere nella valutazione globale dell'individuo

4) mostrare come il concetto di costituzione deve essere temperato da un'attenta valutazione dell'effetto collettivo ed individuale di variabili ambientali

Tutto questo è particolarmente evidente nel neonato e nel lattante, paziente senz'altro difficile da inquadrare omeopaticamente e fonte perciò di notevoli frustrazioni e rischi, ma anche di sfide intellettuali e scientifiche affascinanti per chi abbia fatto la scelta di occuparsi della salute globale dei propri pazienti.

Bibliografia

1) S. Hahnemann Le malattie croniche. Edium. Milano

2) H. Straßburg. Filmvorlesung "Bewegung des Kindes" Kinderzentrum München 23.11.1988)

3) MM Haith Sensory and perceptual processes in early childhood. J of Pediatrics 109(1) : 158, 1986

4) L P Lipsitt. Learning in infancy : cognitive development in babies. J. of Pediatrics 109 (1) : 172. 1986

5) H Papousek, M Papousek. Die Entwicklung kognitiver Funktionen im Säuglingsalter. Der Kinderarzt. 8 :1071, 1977

6) G.Rapisardi. La valutazione dello sviluppo psicomotorio nel primo anno di vita Medico & bambino 18(1) ; 27, 1999

7) B. Brazelton. Scala per la valutazione del comportamento del neonato. Ambrosiana, Milano, 1977

8) V. Nuzzo. "Protocollo di esame dello sviluppo neuro-psicomotorio nel primo anno di vita". Medico & Bambino (prossima pubblicazione)

9) V. Vojta. Die zerebralen Bewegungsstörungen im Säuglingsalter. Enke. Stuttgart 1984

10) Th Hellbrügge (Hrsg) Münchener Funktionelle Entwicklungsdiagnostik. Fortschritte der Sozialpädiatrie.

Hansisches Verlagkontor Lübeck. 1985

11) A. J.Capute, P.J.Accardo. Valutazione neuroevolutiva dellattan

te : manuale di interpretazione clinica per CAT-CLAMS nei primi due anni di vita. Current Problems in Pediatrics (ed. it.) Apr-Dic, 361-456, 1996

12) D. Borland, "Children Types". The British Homeopathic Association.

13) R.Zissu. "Matière medicale homeopatique constitutionnelle". Peyronnet.

14) R. Bourgarit. Pediatria omeopatica. Red.

15) O.A.Julian. Omeopatia modern. La definizione di terreno. Ipsa. Palermo 1989

16) O. Rank. Il trauma della nascita. Guaraldi. Rimini 1972

17) A.Portman. Le forme viventi. Adelphi 1969 (49)

18) T.J.Weih. Embriogenesi. Filadelfia Milano. 1986. (133)

19) R.Guenon Simboli della scienza sacra. Adelphi. Milano 1975

20) G.Durand. le strutture antropologiche dell'immaginario. Dedalo. 1991

21) J.W.Dunne. Esperimento col tempo. Longanesi. Milano 1984