

Chi trova un repertorio...

Trova un tesoro!

Di Giancarlo Quartucci

Medico omeopata - Roma

Hahnemann nel paragrafo 104 dell’Organon, afferma che dopo aver tracciato il quadro della malattia abbiamo svolto il lavoro più difficile. La “presa del caso” è infatti la parte più imprevedibile del lavoro di omeopata, potremmo dire anche la più eccitante, che condiziona più ogni altra il successo della prescrizione.

Giocano un ruolo fondamentale le modalità che utilizziamo per proporci, adeguarci e stimolare il paziente e, cosa molto importante, richiede poche regole da seguire, solo un bagaglio minimo di conoscenze teoriche o razionali. Il resto del nostro lavoro invece no: in modo quasi opposto deve essere necessariamente filtrato dal “sapere”. Già quando scegliamo le espressioni del malato da tradurre in sintomi omeopatici, dobbiamo fare delle valutazioni sulla base di acquisizioni e giudizi, a-posteriori, utilizzando concetti riferiti alla clinica, alla materia medica, al repertorio, o al paziente stesso. Oltretutto questi riferimenti si relazionano, si incrociano e si sommano tra loro: noi e il malato, il malato e la clinica, clinica medica e clinica omeopatica. Mescoliamo sempre tutto, utilizzando ancora attività creative più o meno intuitivamente, ma soprattutto conoscenza ed esperienza.

Dopo dodici anni di lavoro per me è ormai chiaro che, se da una parte il senso di libertà e la serenità d’animo associate a sincerità e spontaneità sono le doti che più mi aiutano davanti al paziente, che se la conoscenza della materia medica abbinata all’esperienza clinica e all’intuizione sono più importanti per la scelta del rimedio, mi è più che mai chiaro che non si può prescindere dallo studio e dall’uso del repertorio. Il repertorio è l’anello che unisce, è il filo che ci aiuto a non perderci nel labirinto dei sintomi, del paziente e della materia medica. Volevo quindi approfittare dell’opportunità che mi è stata offerta dal Direttore Responsabile della rivista, per scrivere qualcosa in riferimento al repertorio: sia in termini generali, sia cercando di scendere nello specifico, sulle caratteristiche dei repertori, delle rubriche e della repertorizzazione. Il fine ultimo, comunque allo spirito della rivista, rimane lo scambio di informazioni. Credo che tutti quelli che utilizzano o anche solo consultano il repertorio, abbiano attraverso il tempo scoperto e annotato particolarità sicuramente preziose. Così sarebbe auspicabile che anche da altri colleghi vengano interventi, suggerimenti, anche piccoli ma in ogni caso numerosi: quando parliamo di repertorio anche una semplice correzione riguardante una singola voce, importante, e può divenire significativa per la risoluzione di un nostro caso.

L'importanza del repertorio

Già Hahanemann si rese conto che non era possibile per una mente umana ricordare tutti i sintomi della materia medica, tanto che sentì l'esigenza di creare un indice dei sintomi della materia medica. Nel 1817 aveva un repertorio ad uso personale, scritto di sua mano, preparato con l'aiuto dei suoi allievi e che usava contemporaneamente al repertorio di Jar, di cui aveva una copia, sempre scritta mano. Più avanti usò anche il repertorio di Boenninghausen. Dopo duecento anni, l'uso esclusivo della materia medica per arrivare alla scelta del simillimum risulta ancora più condizionante in termini di capacità mnemoniche. E anche laddove l'esperienza clinica (ma quale clinica?) ci venga in aiuto limitando l'indagine comparativa per la diagnosi differenziale ad un gruppo di rimedi, i dubbi in genere alla fine rimangono, esponendo l'omeopatia anche a critiche di "empirismo" e troppo "soggettivismo". Ecco che il repertorio diventa più che mai indispensabile: è uno strumento clinico, da usare in modo analitico e quindi contrapposto all'uso che facciamo della materia medica, in genere sintetico. Grazie al repertorio possiamo diminuire i nostri errori, oggettivando il nostro lavoro; non solo un gruppo ma tutti i rimedi disponibili partono da una posizione di equità davanti alla possibile scelta, e la "limitazione" che la repertorizzazione ci impone alla fine, comunque rimane un consiglio, che deve essere vagliato dalla nostra critica, confermato dalla materia medica.

Non bisogna comunque credere che usare il repertorio significa liberarsi completamente dalle difficoltà o dalle valutazioni personali: ora per la scelta del repertorio (ne esistono decine, sintomatici e/o clinici), ora per il controllo dell'attendibilità e della precisione con cui sono stati creati, elaborati o modificati, ora quando traduciamo le espressioni del paziente nelle rubriche repertoriali, oppure quando scegliamo i sintomi per repertorizzare dato che deve esistere una coerenza tra i sintomi scelti ed il repertorio stesso. Così alla fine rientra in gioco il "soggettivo"... , ma non c'è da scandalizzarsi, dato che è una caratteristica tipica di tutte le scienze, specie quelle umane e più che mai dell'omeopatia che basa le ragioni del suo esistere proprio sul concetto dell'individualizzazione del malato.

Alla fine è solo grazie all'uso del repertorio e alla repertorizzazione che possiamo esporci in modo critico ed utilizzare nel nostro lavoro passaggi operativi confrontabili e quindi confutabili. Oggi epistemologicamente parlando sappiamo che ciò che distingue la scienza è l'approccio critico alla conoscenza, e che il sapere scientifico "non è più certo" ma che deve essere soprattutto "rigoroso" ed interdisciplinare, per garantire l'intersoggettività cioè il rispetto del principio della comunicabilità e dell'applicabilità del metodo: soggetti diversi devono essere in grado di arrivare ai medesimi risultati. E' allora necessario dare definizioni operative magari utilizzando la matematica in modo da garantire il controllo e la ripetitività oltre che la verificabilità e/o la confutabilità di un metodo. E questo anche se, a parere mio, in fondo l'idea di un metodo, unico, è un'utopia. Il metodo è utile soprattutto all'inizio di un processo di sviluppo, quando si deve insegnare o imparare una scienza, cioè quando difetta l'esperienza. Col tempo prevale l'Arte (e con questa le

contraddizioni). Trovo illuminanti le parole di Fayerebend, un epistemologo contemporaneo: “L’idea di un metodo che contenga principi fermi, immutabili e assolutamente vincolanti come guida nell’attività scientifica si imbatte in difficoltà considerevoli quando viene messa a confronto con i risultati della ricerca storica.

Troviamo infatti che non c’è una singola norma, per quanto plausibile e per quanto saldamente radicata nell’epistemologia, che non sia stata violata in qualche circostanza... tali violazioni sono necessarie per il progresso scientifico”. La storia dell’omeopatia conferma questa affermazione; così come quella del repertorio: vediamo che col tempo i repertori si sono non solo ampliati, perfezionati, ma anche diversificati ed integrati; si sono sviluppati diversi modi per repertorizzare, dai più formali a quelli più selettivi; l’uso stesso del repertorio si è evoluto: oggi non si usa solo nella clinica, ma anche per studiare. In questo senso possiamo dire che lo sviluppo del repertorio, all’interno del sistema, quello omeopatico, corrobora l’esistenza stessa dell’omeopatia come scienza.

Quale repertorio usare?

Lo standard di riferimento in quasi tutto questo secolo è stato il repertorio di J.T. Kent, che fino alla sesta edizione (1957) è stato in pratica solo corretto. Le prime importanti aggiunte tanto da parlare di un “nuovo Kent” sono avvenute negli anni settanta, con l’edizione di Schmidt e Chand (1974). Da allora in modo sempre più ravvicinato si sono resi disponibili nuovi “Kent” sempre corretti e aggiornati, su carta e recentemente anche informatizzati. E’ chiaro che il repertorio per natura si presta alla revisione permanente, ma quello che ormai appare chiaro è che l’essere inseguiti da queste “nuove edizioni, aggiornate, rivedute e corrette”, è un qualcosa a cui dovremmo abituarci sempre di più e con tutte le conseguenze del caso: volumi ingombranti dal costo di centinaia di mila lire che dopo cinque o sei anni (se tutto va bene) devono essere sostituiti da altri che contengono nuovi rimedi, nuove correzioni (magari di vecchie correzioni, o di semi-nuove aggiunte), etc.

Senza avere probabile poi la speranza che si avvii un discorso unificare, che cerchi di integrare gli sforzi dei singoli a vantaggio di tutta la comunità omeopatica: inconciliabili sembrano essere le filosofie che motivano i vari autori ad affrontare un lavoro di revisione di un repertorio. Inconciliabilità storica del resto, e già evidenziata dai giudizi dello stesso Kent nei confronti dei repertori da lui usati come base per redigere il suo. Grandi sembrano essere anche le implicazioni legate ai contratti editoriali, che condizionano l’uso di informazioni soprattutto degli autori contemporanei, così che le aggiunte di uno sono presenti per esclusiva in un repertorio e non in altri.

A noi non resta che decidere tra una scelta di semplicità e di parte a favore dell’uso di un solo repertorio oppure, optare per l’uso di più repertori contemporaneamente, magari aiutandosi con i sistemi informatizzati, raddoppiando spese e lavoro. Oggi i repertori più completi sono il “Synthesis” – Repertorium Homeopathicum Syntheticum, di F. Schroyens – ed il “Complete” – The complete Repertory, di R. Van Zandvoort -, che si sono sviluppati possiamo dire partendo dal “Kent” (sul “Kent” erano gi

À state apportate correnzioni e aggiunte, dal Boger (Addictions to Kent's Repertory) da Schmidt e Chand nel "Kent's Final" (1974), e da Kunzli con il suo "Repertorium Generale" (1987). Non dimentichiamo però che in circolazione esistono anche altri repertori, molto interessanti ma che si discostano notevolmente dall'impostazione del "Kent": tra questi, per citarne solo alcuni, vi ricordo quello di "Murphy" – Homeopathic Medical Repertory, che risulta essere il repertorio di base del sistema informatico "CARA", che attualmente sembra essere commercializzato quasi esclusivamente nel mondo anglosassone, il repertorio di "Aggrawal" – Applied repertory (1955), il piccolo repertorio di "Pathak" – A Concise Repertory of Homeopathic Medicines (1963), quello di "Boger" – il "Boenninghausen's characteristics and repertory" (1938) che in pratica è una riedizione ampliata del "Therapeutic Pocket Book" di Boenninghausen (1846).

In Italia, ma credo anche in Europa, grazie anche alla spinta dell'informatica mi sembra che i più usati e conosciuti, oltre al "Kent" siano proprio il "Synthesis" (la cui quinta edizione è del 1933, con trecento pagine in più del "Kent" e del quale è in uscita una nuova edizione, il "Synthesis, 7") e il "Complete" (1996, con mille pagine in più rispetto al "Synthesis 5"), i cui autori stanno svolgendo, come dicevo, un lavoro nel fondo uguale: aggiornare il "Kent". Entrambi riportano molte correzioni, aggiunte e chiarificazioni, riferite ai rimedi, alle voci, alle cross-reference, sfruttando oltre che il lavoro dei singoli autori, anche la letteratura omeopatica, storica ed attuale. Entrambi mantengono anche certe inesattezze presenti nel "Kent" e che non hanno corretto, come quella della rubrica "URETHERA, SENSATION", con tutte le sue voci, che dovrebbero diventare rubriche separate, come è avvenuto in tutto il repertorio per i sintomi riferiti alle sensazioni, e magari integrando in un'unica rubrica le voci "CONSTRICION, SENSATION, of" e "COSTRICTED, SENSATION, OF".

Ma comparandoli si nota che solo per alcune delle fonti utilizzate, specie quelle storicamente più conosciute e famose, c'è una sostanziale uniformità di comportamento.

Uniformità che diminuisce quando ci riferiamo per esempio alle aggiunte riferite da autori contemporanei (es. Vithoulkas), o quando si tratta di scegliere o meno alcune fonti storiche (materie mediche e/o provings, repertori sintomatici e/o clinici, articoli e/o seminari o congressi...). Uniformità che poi scompare praticamente del tutto quando parliamo del modo in cui sono fatte certe aggiunte, tanto che alla fine i due repertori risultano così diversi da rendere difficilmente comparabili certe repertorizzazioni eseguite con stessi sintomi. Per esempio diverso è il comportamento davanti alle rubriche presenti in alcuni repertori, come il Boericke (ricordo che il repertorio di O. Boerike è fondamentalmente clinico), che il "Complete" riprende integralmente, mentre il "Synthesis 5" che invece appare più integrale nelle aggiunte riferite alla materia medica di W. Boerike: per esempio, aggiunge giustamente il sintomo di corpus Circinata, "Stomach, Pain, distended abdomen with" sintomo ripreso dal Boerike dalla materia medica di Allen, e che non è presente nel "Complete"); come diverso è il comportamento rispetto al concetto di "generalizzazione", non solo rispetto alle rubriche ma anche rispetto ai rimedi: nel "Complete" è sufficiente che un rimedio appaia in una sola

sotto-rubrica, per essere aggiunto, nel caso mancasse, alla relativa rubrica generale, a differenza del “Kent” e del “Synthesis 5”, nei quali l’aggiunta indipendentemente dalla sperimentazione, viene fatta solo se il rimedio si trova contenuto in almeno due sotto-rubriche.

Possiamo quindi dire che il “Synthesis 5” appare attento a seguire fedelmente l’impostazione kentiana, limitando le aggiunte cliniche, o privilegiando tra quest’ultime, quelle che confermano lo sperimentale, proveniente da autori ritenuti assolutamente affidabili.

Nel “Complete” l’impegno e lo sforzo aggiuntivo appare meno selettivo. E’ un volume di ben duemila e ottocento pagine con notevoli differenze, anche strutturali, rispetto al Kent: dato che oltre alle correzioni e aggiunte di rimedi (che come per il “Synthesis” possono essere vecchi e nuovi, da sperimentazioni, seminari o dalla clinica, da altri repertori o materie mediche), contiene rispetto al “Kent” nuove sezioni, nuove rubriche e vecchi rubriche riorganizzate, e risulta ricco di referenze e referenze crociate (veramente molto utili, prese qua e la da altri repertori o testi che parlano di repertori, come quelli di J.B. D’Castro).

Ciò che veramente assume un significato particolare sono tutte le aggiunte prese da repertori costruiti con uno spirito filosofico di base molto diverso da quello del “Kent”, come il già citato Boerike o i repertori delle sensazioni di Robert e quello di Ward, ma soprattutto il “Boenninghausen’s”. Tutto questo mi sembra che nel complesso diversifichi a tal punto il “Complete” da tutti gli altri repertori, parziali o generali che siano, da trasformarlo principalmente in un repertorio da “consultazione” più che per la sola repertorizzazione.

Coerenti in questo senso e di notevole aiuto pratico sono i riferimenti della provenienza delle rubriche, che appare nel “Complete”, ma non nel “Synthesis 5”.

Credo sia importante sottolineare le differenze tra i vari repertori e tenerle sempre presenti dato che nella pratica a seconda del caso che abbiamo davanti dobbiamo avere bene in testa che riferimento repertoriale seguire e di conseguenza quali voci considerare. E’ chiaro che dobbiamo affidarci quando è possibile principalmente ai sintomi sperimentali, ma credo anche che non possiamo non considerare i suggerimenti derivati dalla clinica omeopatica e quindi dalle osservazioni di autori come Boenninghausen, Boerike, Pathak, Schmidt, Kunzli, Paschero, Vithoukas.

In questo senso dobbiamo allora chiederci se, a prescindere da ogni altra possibile considerazione, repertorizzando un caso, può avere senso prendere insieme rubriche tra loro eterogenee, associando quindi quelle sperimentali con rubriche di probabile origine clinicomedica (esempio: “MIND; ANXIETY; gastric complaints, with –riportata nel Complete con 10 rimedi, tutti al 1°, tutti segnati dal Lippe, e che comunque si trova nel “Boenninghausen’s”, nella sezione degli aggravamenti riferita a tutto il mind e non riferita solo all’ansia, e dove oltretutto troviamo Calc-c listato al secondo e non al primo), con voci come quelle sempre del “Boenninghausen’s” e introdotte sia nel “Complete” che nel “Synthesis”, che rispondevano al concetto di generalizzazione tanto caro a Boenninghausen ma che il Kent aveva fortemente criticato (per esempio, “GENERALS, SNEZING, agg” non presente nel “Kent” ma presa e modificata dal “Boenninghausen’s”, sia

dal “Synthesis” – che elimina chissà perché Aconitum e aggiunge Verbascum al secondo, che dal “Complete” – che lascia Aconitum e aggiunge sempre Verbascum al secondo, specificando però che l’aggiunta è presa dal repertorio di O. Boerike).

La risposta credo che può venire solo dalla clinica e dalla esperienza personale, dato che qui interviene anche il giudizio che singolarmente ognuno ha sull’autore dell’aggiunta. Io personalmente durante la visita non riesco a farle sempre tutte queste valutazioni sulle singole voci repertoriali: la discriminazione con la comparazione la rimando solo verso la fine della visita, quando studio nella materia medica i rimedi usciti dalla repertorizzazione.

Ma a questo punto mi sono reso conto che a volte può essere già troppo tardi. Del resto parlando con colleghi il confronto tra i repertori viene fatto (se fatto...) solo per pochi casi, anche se credo sia importante eseguirlo ancor prima di consultare e comparare le materie mediche tra loro, e ancor prima di analizzare la repertorizzazione secondo le varie opportunità strategiche, sempre nell’ottica dell’utilizzo costante di un procedimento di critica rigoroso, che ci deve accompagnare passo passo in tutto il nostro lavoro.

L’argomento non è certamente esaurito, ma spero la stesso di aver stimolato qualche riflessione. In uno dei prossimi articoli spero di poter approfittare il problema delle “generalizzazioni” dei sintomi.

BIBLIOGRAFIA

Boenninghausen’s characteristics and repertory, di C.M. Boger, B. Jan Publisher

Contro il metodo, di P.K. Feyrerabend, Feltrinelli

Guide To Kent’s Repertory, di A.N. Currim, Hahnemann International Institute for Homeopathic Documentation

Organon, dell’arte del Guarire, di S.F.C. Hahnemann, ed. 6, Edium

Repertorium Homeopathicum Syntheticum, di F. Schroyens, ed. 5, Homeopathic Publisher London

The complete Repertory, di R. Van Zandvoort

The Repertory of the Homoeopathic Materia Medica, di J.T. Kent, B. Jan Publisher