

## Repertorio

### Generalizzare... o non generalizzare questo è il problema!

Giancarlo Quartucci  
Medico Omeopata – Roma

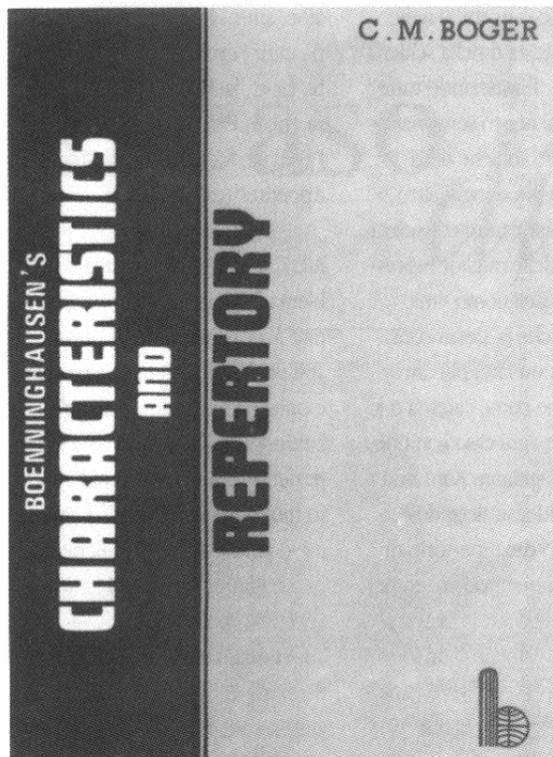
*Noi omeopati siamo prima di tutto empiristi e poi necessariamente razionalisti. In un modo o nell'altro ci dobbiamo interessare di fatti acquisibili sensorialmente, i sintomi; all'interessamento deve seguire un'azione, con intenzione terapeutica.*

*Sono purtroppo rari i casi con sintomi talmente "impressionanti" in cui possiamo fare a meno di "ragionare" per trovare il rimedio adatto: molto più spesso dobbiamo valutarli, basandoci su operazioni logico-mentali o matematiche, come la "comparazione" o la "repertorizzazione".*



Possiamo quindi agire o con intuizione o con logica. Ma se agire con intuizione non è da tutti, dato che è quel tipo di conoscenza immediata, quasi visionaria, ottenuta senza dimostrazione e frutto soprattutto di talento, agire con logica, cioè con ragionamenti che mediano per arrivare alla conoscenza, non è facile anche se è quella in cui ci fa sempre più piacere far riferimento, se non altro nel tentativo di continuare a dimostrare la nostra superiorità prima come singoli e poi come specie. Allora partiamo dai sintomi particolari, confrontiamo le loro caratteristiche, secondo

criterio; li raggruppiamo e li gerarchizziamo in un certo ordine: in sintesi, facciamo astrazioni e generalizzazioni per dedurre “il comune”, cioè quello che possiamo attribuire – idealmente – a tutto il paziente.



*Il Repertorio di Boenninghausen nella recente edizione indiana  
pubblicata da Jain Publishers*

*... Se agire con intuizione non è da tutti... agire con logica, cioè con ragionamenti che mediano per arrivare alla conoscenza, non è facile...*

Non esiste un solo modo per scegliere e gerarchizzare i sintomi: oltre a quello basato sui miasmi; possiamo seguire un metodo “ontologico” come quello di Kent, e/o relazionarci a nozioni bio-morfologiche, e/o psicologiche e/o psicodinamiche e/o chimico-fisico-atomiche...

Ognuno di questi metodi è forte di valide argomentazioni razionali volte a dimostrarne l'efficacia: ma nel pratico sembra, almeno a me personalmente, che ognuno è valido se riportato dal medico giusto e riferito al paziente giusto. E non può essere altrimenti, soprattutto se consideriamo validi i principi dell'individualizzazione morbosa e medicamentosa. Il fatto è che il criterio con cui ogni singolo medico arriva alle proprie decisioni è così individuale e condizionante che nessuna tra le varie metodiche, anche se più o meno interconnesse tra loro, arriva ad avere un valore veramente generale. In questo senso ha più significato la ricerca che il metodo in se stesso, ed allora è sufficiente avere poche linee guida, semplici, aperte a tutte le interferenze ed esigenze, del paziente ma anche del medico, dato che alla fine il metodo migliore è proprio quello che ognuno si crea sulla base della propria esperienza personale. Lo stesso Hahnemann sul tema della scelta dei sintomi fu semplice: basta leggere i paragrafi 152 e 153 dell'Organon; dove scrive che dobbiamo arrivare alla totalità essenziale del paziente scegliendo, semplicemente, i sintomi caratteristici, lasciandoci poi liberi rispetto a quello che doveva essere il criterio di valutazione – fornisce come indicazione solo alcuni aggettivi qualificativi: singolari, non comuni, peculiari...

E' interessante notare che nella nota del §153 Hahnemann ci rimanda Boenninghausen e al suo repertorio. Infatti chi vuole riferirsi all'omeopatia classica nel senso più letterale del termine, non deve dimenticare il contributo ancora attuale e valido di Boenninghausen di cui abbiamo a

disposizione nella letteratura il 2The Lasser Zritings2 e il repertorio riveduto e corretto dal Boger. L'uso del repertorio di Boenninghausen, ma direi del repertorio in generale, non può prescindere dal considerare i seguenti punti:

- le categorie sintomatiche di localizzazione, sensazione, modalità e concomitanza.
- La totalità sintomatologica come somma dei caratteristici locali, delle sensazioni, delle modalità e delle concomitanze, insieme ai sintomi mentali, ma solo se ben marcati.
- La gerarchizzazione: prima le cause, se evidenti, i modalizzati, le sensazioni e i mentali; poi i locali e alla fine i patologici; nell'ordine prima i sintomi più intensi e poi i più deboli.

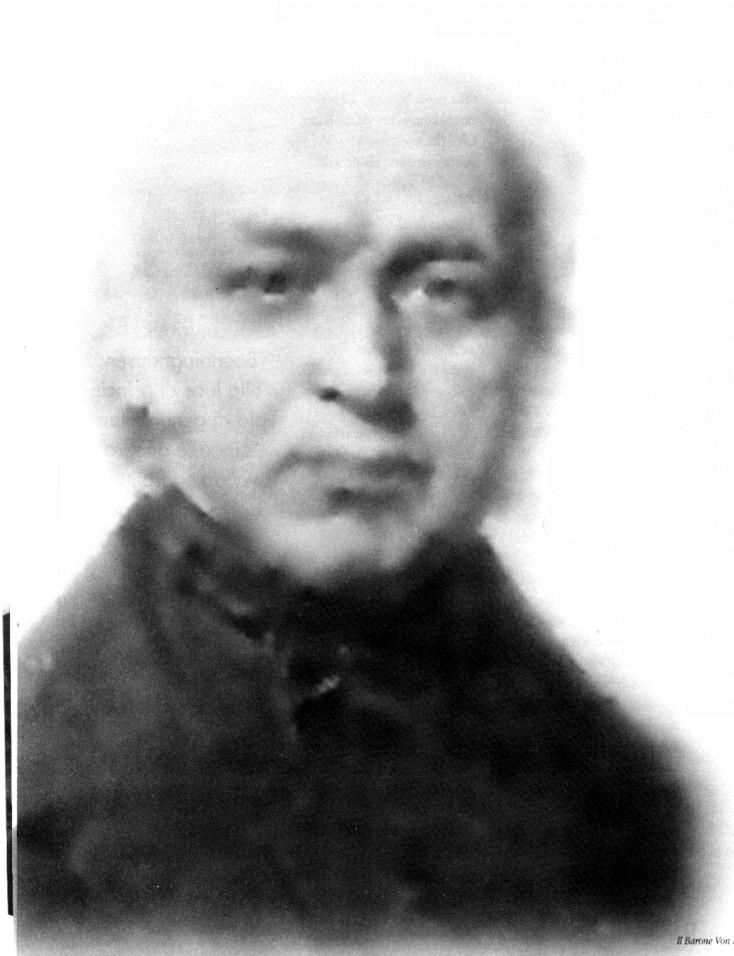
Boenninghausen, partendo dalla considerazione che le sperimentazioni erano incomplete, ha ritenuto essenziale per la compilazione del suo repertorio utilizzare il principio della generalizzazione attraverso il ragionamento per analogia – ragionamento che per quanto rischioso è estremamente utile proprio quando non abbiamo una conoscenza diretta e completa di un oggetto. Kent criticò come speculativo il principio, ritenne un errore il frazionamento dei sintomi sperimentali (anche se proprio così otteniamo i massimi risultati in termini di repertorizzazione), e fece notare che nella materia medica esistono quasi per ogni rimedio sintomi particolari che contraddicono i generali (aspetto corretto proprio nell'aggiornamento fatto dal Boger, il quale aggiunse proprio le modalità di aggravamento e miglioramento regionali e delle funzioni). Possiamo sintetizzare che se Boenninghausen rimaneva fondamentalmente ancora un empirista e utilizzava il metodo induttivo in modo molto realista, accettando le leggi della logica e della matematica perché consapevole che aveva a che fare con una scienza in evoluzione, Kent era prima di tutte le informazioni a sua disposizione. In Boenninghausen prevale la possibilità in Kent la certezza.

*Il contributo di Boenninghausen; alla luce del principio di generalizzazione, è ancora valido soprattutto ai fini della repertorizzazione*

Nonostante il successo del pensiero e del repertorio di Kent, noi applichiamo spesso il principio della generalizzazione per analogia, non solo con i sintomi del paziente, ma a volte anche nello studio dei rimedi, specie di quelli piccoli o poco sperimentati. A questo punto desidero far notare almeno due cose, come spunto di riflessione ai fini repertoriali:

- 1) Kent criticò il concetto di generalizzazione salvo poi utilizzarlo continuamente quando decise di aggiungere nelle voci in generale, indipendentemente dalla sperimentazione, i rimedi che mancavano ma che erano elencati in almeno due o più modalità riferite alla rubrica stessa. Oltretutto è ormai regola fare lo stesso anche con i sintomi dei pazienti, con la differenza non logica, che col paziente generalizziamo solo se abbiamo almeno tre diverse localizzazioni.
- 2) Nell'introduzione al repertorio Kent spiegò come il sintomo "aggravato con lo scrivere", era una rubrica particolare e non generale come la considerava Boenninghausen, perché scrivendo ci si aggrava o negli occhi, o nelle mani o nella schiena chinandosi... Tralasciando tutte le implicazioni neuro-sensoriali e addirittura psicologiche della scrittura – che più di ogni altro movimento può essere considerata come una delle meglio espressioni generali dell'uomo – mi domando perché la stessa considerazione non fu fatta per altre attività motorie come l'alzarsi o lo scendere... In ogni caso con questo modo di ragionare Kent non considerò valide, stralciandole, molte voci del repertorio di Boenninghausen, come appunto l'aggravamento con lo scrivere (rubrica con 77 rimedi), o con il leggere (rubrica con 73 rimedi), e molte delle rubriche elencate nelle sezioni delle "concomitanze", che ritengo particolarmente utili, come ad esempio, le rubriche:
  - Female; Mestruation; before; Appetite, affected ( am-c., ars., bell., brom., calc-p., ign., lac-c., mag-c., phos., spong);
  - Female; Mestruation; during; Appetite, affected (alet., aloe, am-c., bell., bry., calc., calc-p., cupr., cycl., graph., ign., kalibi, lac-c., lach., Lyc., Mag-c., nat-m., plat., Plus);

- Female; Mestruation; after; Appetite” (calc-p., ust.).



*...noi applichiamo spesso il principio della generalizzazione per analogia; e non solo con i sintomi del paziente ma a volte anche nello studio dei rimedi, ...*

Alla fine penso che in realtà il problema è quello di saper ben valutare fino a che punto dobbiamo spingerci con la generalizzazione; e questo lo possiamo fare solo basandoci su ciò che ci dice il paziente. E in questo senso reputo molto pratico, quando i sintomi lo permettono, di generalizzare e quindi utilizzare anche le voci del repertorio di “Boenninghaus2. Come quando si trovano pazienti con molti ausiliari e solo alcuni sintomi caratteristici locali, ma ripetuti e chiari (come può accadere nelle riacutizzazioni): in questi casi sono proprio i sintomi che si ripetono (“i comuni” del nostro paziente), anche se locali, a diventare le caratteristiche peculiari che possono essere generalizzate.

#### Bibliografia:

- Boenninghausens’s characteristics and repertory, di C.M. Boger, B. Jan Publisher
- Dizionario di filosofia, BUR, Rizzoli
- How to find the simillimum with Boger-Boenninghausens’s repertory, Dr Bhanu D. Desai, B. Jan Publisher
- Organon; Dell’arte del Guarire di S.F.C. Hahnemann; ed. 6° Edium
- The Lesser Zritings, of C.M.F. Von Boenninghausen
- The Repertory of the Ho,oeopathic Materia Medica di J.T. Kent, B. Jan Publisher.