



Rileggere i Miasmi: Ferita Psorica e Habitus

Prima parte – L'evoluzione della Teoria dei Miasmi: dai classici a oggi

RIASSUNTO

L'articolo ripercorre l'evoluzione della teoria miasmatica, dalle origini bio-patologiche di Hahnemann alla svolta psicologica di Kent, fino al modello dinamico di Masi Elizalde. Superando la visione statica della diatesi, i Miasmi vengono ridefiniti come "habitus" bio-comportamentali, cioè strategie difensive atte a proteggere l'individuo dal dolore esistenziale. L'approccio offre una bussola clinica per individuare il Simillimum attraverso la lettura qualitativa della Vis Vitalis.

PAROLE CHIAVE

Miasmi, habitus difensivi, ferita psorica, dinamica miasmatica.

SUMMARY

The article traces the evolution of miasmatic theory, from Hahnemann's bio-pathological roots and Kent's psychological shift to Masi Elizalde's dynamic model. Moving beyond a static view of diathesis, Miasms are redefined as bio-behavioral "habitus": defensive strategies designed to shield the individual from existential pain. This approach provides a clinical compass for identifying the Simillimum through a qualitative assessment of the Vis Vitalis.

KEYWORDS

Miasms, defensive habitus, psoric wound, miasmatic dynamics.

INTRODUZIONE

La teoria dei Miasmi ha attraversato due secoli di storia omeopatica, evolvendosi da una classificazione per così dire "biologica" a una profonda chiave di lettura della condizione umana. Rileggere oggi questa evoluzione significa non solo onorare la tradizione, ma anche dotarsi di strumenti clinici capaci di interpretare la complessità del paziente contemporaneo.

LA TEORIA CLASSICA: DALL'INFEZIONE ALL'IMPRONTA COSTITUZIONALE

L'architettura della teoria miasmatica poggia sulle fondamenta gettate da **Hahnemann** nel Trattato delle Malattie Croniche¹ del 1828 in cui il Maestro considera i Miasmi cronici una conseguenza di malattie generazionali legate ad "agenti infettivi"; i Miasmi parassitano la Forza Vitale e si trasmettono energeticamente nei discendenti. Nell'epoca in cui il fondatore dell'Omeopatia formula le sue ipotesi pionieristiche, l'idea di germe è ancora un'entità nebulosa, poiché proprio in quegli anni stavano nascendo le scoperte di scienziati come Agostino Bassi, che nel 1835 dimostrò l'origine microbica di una malattia, e si dovranno attendere decenni per i lavori sistematici di Louis Pasteur e Robert Koch, pubblicati tra il 1860 e il 1880.

Nella visione di Hahnemann i Miasmi emergono come diatesi, cioè predisposizioni costituzionali, derivanti dalla soppressione di infezioni che nei secoli antichi hanno afflitto l'umanità e, di generazione in generazione, sono giunte fino a noi come tare ereditarie di terreno.

Secondo il Maestro, tutte le malattie croniche derivavano da un *primum movens* capace di determinare un disturbo della Forza Vitale: il Miasma psorico primario. La Psora², definita come il Miasma fondamentale, non era per lui un'astrazione, ma la conseguenza clinica della soppressione mediante trattamenti locali palliativi a base di zolfo, rame, zinco o mercurio di diverse affezioni cutanee: lebbra, scabbia, eczema, psoriasi, lichen, herpes, rogna, crosta latte, cheratite seborroica, erisipela, esantema e impetigine. Questa "macchia" originaria (Psora = macchia, mancanza) ha indebolito la reattività dell'organismo, creando quel terreno di ipo-funzionalità su cui sono poi potute fiorire tutte le altre patologie.

Accanto al Miasma psorico, Hahnemann descrive il Miasma siccotico e quello sifilitico, interpretati come eredità di malattie cutanee o veneree mal curate o sopresse, responsabili di sofferenze ereditarie che predispongono a malattie

di carattere produttivo-proliferativo nel primo caso e di tipo necrotico-ulcerativo nel secondo.

Nel testo citato, Hahnemann scrive che, per curare una malattia cronica, è fondamentale intervenire sul terreno miasmatico sottostante scegliendo il rimedio specifico in base alla diatesi prevalente; suggerisce così l'impiego, a seconda dei casi, di omeopsorici come per esempio Sulphur, Lycopodium, Silicea, Sepia o Calcarea carbonica, oppure di omeosicotici come Thuja, Natrum sulphuricum o Causticum od omeosifilitici come Mercurius o Aurum.

Secondo questa impostazione la prescrizione del rimedio, pur avvalendosi della Legge dei Simili, può derogare parzialmente dalla sua strettissima applicazione ed essere orientata da una classificazione miasmatica dei rimedi stessi. In questo modo la dottrina dei Miasmi, da cornice teorica, diventa un parametro attivo nella scelta prescrittiva.

A lato del pensiero hahnemanniano ortodosso, e ispirandosi ad esso, si è sviluppata la concezione costituzionalista omeopatica francese che descrive varie tipologie umane. **Nebel** e successivamente **Vannier**³ ritengono che il Miasma plasmia la morfologia del soggetto e che la forma del corpo (longilineo, breve, armonico) indichi quale Miasma domini in quella persona: ritengono per esempio che il "sifilitico" sia un individuo con specifiche asimmetrie scheletriche e lassità legamentose. In questa Scuola viene descritto anche un quarto miasma, il Tubercolinismo, una sorta di ponte tra Psora e Sifilide, fondamentale per descrivere la costituzione "fosforica" (esile, stancabile, brillante).

Dal momento che secondo il Maestro ogni rimedio possiede una impronta o prevalenza miasmatica, alcuni successori di Hahnemann, coerentemente con i suoi insegnamenti, hanno formulato una metodologia clinica miasmatica⁴. Tra di essi spicca la figura di P.S. **Ortega**⁵: la Scuola da lui fondata, ritiene che la condizione psorica possa avvalersi di rimedi di terreno "sbloccanti" come per esempio *Psorinum* e *Sulphur*, quella sicotica di *Medorrhinum* e *Thuja* e la condizione sifilitica di *Luesinum* e *Mercurius*.

KENT E L'ORIGINE INTERIORE DELLA MALATTIA

Nel periodo successivo ad Hahnemann, già con **Kent** e **Allen**, la riflessione omeopatica sposta il focus dall'agente esterno (il patogeno) allo stato interno (l'animo umano). Sono infatti Kent e Allen a indicare l'origine della patologia umana nel "timore della morte e della perdita della propria individualità".

La Psora smette di essere solo un residuo infettivo per diventare una "ferita ontologica": l'insicurezza e la vulnerabilità diventano il terreno su cui si sviluppa la malattia, un senso di mancanza che precede la manifestazione fisica.

Kent⁶ intuisce che la Psora non attecchirebbe se non trovasse risonanza nell'interiorità dell'uomo: l'insicurezza, il timore della perdita, l'inquietudine e la vulnerabilità sono le vere radici della predisposizione miasmatica, mentre la Sicosi e la Sifilide sono le risposte che l'individuo organizza per gestire quel vuoto.

Con il contributo di **Ghatak**⁷, allievo di Kent, l'attenzione si sposta ancora di più sul piano psichico e si introduce il concetto di disordine mentale come causa delle malattie: se il "mal pensare" psorico è l'origine, il "mal agire" sicotico e sifilitico ne sono la conseguenza biologica e comportamentale: la risposta sicotica è basata sull'ipertrofia (iper-reattività, accumulo), mentre quella sifilitica sulla distruzione (dis-reattività, caos). All'interno di questo filone esistenzialista, un autore contemporaneo, R. **Sankaran**⁸, ci ha consegnato un'originale interpretazione della teoria miasmatica allungando la lista dei Miasmi fino a 10 e mettendo ognuno di essi in relazione con determinati rimedi. Il Miasma viene individuato rispondendo alla domanda: "Con quanta urgenza e con quale intensità il paziente sente di dover agire?". Sankaran vede il Miasma come sensazione psicoemotiva e vitale (*Sensation Method*) e corrisponde al grado di disperazione crescente con cui l'individuo percepisce la propria situazione di vita, in uno spettro che va dalla percezione di un problema passeggero fino alla disperazione totale.

MASI E LA TEORIA DINAMICA: LA MALATTIA COME DIFESA

Nel solco dei Classici si inserisce invece l'opera di Alfonso **Masi Elizalde**, che, in collaborazione con T.P. Paschero, sistematizza la concezione miasmatica in un modello clinico dinamico e flessibile, dove il Miasma non è più una "tara" ereditata, ma un'attitudine biologica e comportamentale difensiva dal dolore esistenziale.

Superando il concetto strettamente diatesico, per Masi⁹ i Miasmi non sono semplici etichette diagnostiche, ma habitus patologici: la malattia cessa di essere un nemico esterno e diventa il linguaggio con cui l'individuo tenta di reagire all'ambiente.

L'origine della malattia è nella **Psora Primaria**, l'angoscia universale di inadeguatezza che ogni paziente declina in maniera specifica e a cui corrisponde il proprio rimedio

costituzionale, cioè il Simillimum.

In quest'ottica, la Psora è l'unico Miasma predisponente, che si declina in ogni Rimedio-Persona come specifico talone d'Achille congenito, cioè come ferita psorica individuale.

Esistono tre habitus difensivi, cioè maschere o vestiti che il paziente indossa per contenere l'angoscia:

- **L'Habitus Psorico:** la strategia difensiva psorica è caratterizzata da instabilità e mutevolezza e dalla proiezione sull'ambiente della problematica inconscia: "la causa della mia sofferenza sono il buio, le persone, il mio ginocchio che duole, ecc".

La difesa psorica, puramente funzionale, può evolvere nei più strutturati habitus lesionali, i quadri psico-fisici sicotici e sifilitici a gradi crescenti di compromissione:

- **L'Habitus Sifilitico** (Egolitico/Alterlitico): qui non c'è difesa ma fuga nel dolore con compiacimento distruttivo. Si manifesta biologicamente con la necrosi e l'ulcera, e psichicamente con la rabbia violenta verso sé stessi o verso gli altri, col disprezzo e col ritiro masochistico. Avremo quindi in Sifilis uno stadio autodistruttivo e uno eterodistruttivo.
- **L'Habitus Sicotico** (Egotrofico): è la strategia della negazione. Per non sentire il dolore della mancanza di un attributo, l'individuo esalta le proprie qualità e "gonfia" ego e tessuti (iperplasie, neoplasie). È il regno dell'efficienza, del controllo e, nelle forme più gravi (ipersicosi), della manipolazione cinica e dell'onnipotenza. Nella Sicosi si osserveranno quadri franchi meno gravi (dittatoriali) e condizioni mascherate o ipersicotiche più gravi (manipolative), frutto di una ulteriore involuzione centripeta. Nell'**ipersicosi** incontriamo spesso quadri borderline misti sicotico-sifilitici, una sorta di territorio di confine estremo: il senso di onnipotenza compensatorio è portato all'eccesso e convive o si alterna con crolli distruttivi. Si tratta certamente dei casi più difficili da curare, anche perché il malato in questi stadi più avanzati di sofferenza spesso rifiuta qualsiasi cambiamento reale o aiuto.¹⁰

I tre habitus si esprimono in modo diverso e peculiare in ogni rimedio, ma hanno in comune i tratti essenziali sopra riassunti.

Questa interpretazione della teoria miasmatica è fortemente supportata da ciò che emerge dai *proving* e dalle rubriche repertoriali, dove i sintomi di tutti i rimedi sono classificabili in tre categorie: ipo, iper e dis.¹¹

Nella pratica clinica, infatti, ciascun rimedio si può presentare alla nostra osservazione con tre keynote differenti, reattive a un comune nucleo di sofferenza psorica. In *Na-*

trum muriaticum, per esempio, la mancanza psorica è caratterizzata da una sensazione di vulnerabilità che impedisce l'autonomia affettiva: l'habitus psorico sarà caratterizzato da fragilità abbandoniche, quello sicotico da ostentazione di autonomia, forza e sicurezza, mentre quello sifilitico da risentimento e rancore per l'abbandono subito.¹²

UTILITÀ CLINICA DELLA DIAGNOSI DI HABITUS: L'EVOLUZIONE DELLA CURA E LA PROGNOSI

Nella pratica quotidiana, la conoscenza degli habitus, ovvero delle tre facce di ogni rimedio¹¹, può fungere da bussola per individuare con più precisione il Simillimum: ci consente di distinguere, ad esempio, una *Pulsatilla* psorica timida e abbandonica da un *Natrum muriaticum* psorico dipendente e riservato, oppure un *Arsenicum* sicotico, ordinato per mantenere il controllo, da un *Arsenicum* sifilitico, caotico e disperato per il fallimento.¹²

L'approccio dinamico supera la visione energetica quantitativa (eccesso/difetto) e la generica classificazione dei rimedi in fasi di "scompenso e compenso", introducendo una valutazione qualitativa della direzionalità della *Vis Vitalis*: la diagnosi di "scompenso" può essere confondente perché corrisponde sia all'insufficienza psorica (funzionale) che alla distruttività sifilitica (lesionale), mentre il "compenso" può essere confuso con l'equilibrio, ma anche con l'egotrofia sicotica (lesionale).

Identificare l'habitus non è sempre immediato: dobbiamo indagare la finalità profonda di ogni comportamento. Un atteggiamento vittimistico o autocommiserativo, ad esempio, può celare dinamiche opposte: è espressione di una Sicosi mascherata quando diventa uno strumento manipolatorio per ottenere vantaggi, mentre appartiene alla Sifilis quando scaturisce da una passionalità autenticamente autodistruttiva.

Definendo l'habitus, inoltre, definiamo anche il corrispondente grado patologico (funzionale o lesionale) e formuliamo osservazioni prognostiche precise e coerenti sulla reazione omeopatica riparativa: l'avverarsi dell'osservazione prognostica potrà confermare o meno la validità della prescrizione.

L'evoluzione centrifuga del quadro, secondo Hering, può essere monitorata non solo grazie alla direzione dei sintomi, ma anche dalla positiva evoluzione degli habitus da lesionali gravi, a lesionali lievi o a funzionali (**figura 1**). La concezione dinamica descrive pertanto una possibile evoluzione o involuzione degli Habitus: i cambiamenti verso la



Figura 1.

guarigione o verso il peggioramento del grado patologico sono infatti bidirezionali. Per esempio un quadro sicotico mascherato, caratterizzato da manipolazione e finzione, con repressione buonista della collera e ipertensione arteriosa, può migliorare grazie a sfoghi liberatori psico-fisici, diventando sicotico franco; un quadro autosifilitico e ulceroso migliora se diventa eterosifilitico grazie a momentanei sfoghi esonerativi di rabbia con relative somatizzazioni.

I quadri lesionali sicotici o sifilitici, per evolvere positivamente verso la guarigione, dovranno passare attraverso la difesa funzionale psorica, caratterizzata da instabilità emotiva, timore e insicurezza, segnali di un positivo ritorno al fluire della vita.

La medicazione psorica, cioè l'equilibrio energetico, sarà invece riconoscibile da sensibilità ed empatia, riduzione dell'ansia e dell'irritabilità, da un miglioramento fisico, oltre che da una maggior serenità e capacità di convivenza con la mancanza psorica.

Contrariamente ad altre teorie, questo modello considera l'habitus sifilitico non più grave di quello sicotico: il primo è semplicemente caratterizzato da passionalità distruttiva, non da calcolo o tornaconto, come invece il secondo; entrambe sono lesionali gravi e richiedono un percorso di cura lungo, di progressivo smantellamento di consolidate strutture difensive croniche.

L'efficacia del percorso omeopatico si riflette proprio nell'evoluzione da un habitus grave a uno meno grave: se un paziente evolve da una Sicosi mascherata a una condizione psorica, la comparsa di crisi emotive con irritabilità e pianto non è detto che sia un segno di peggioramento, ma una necessaria decompressione.

Per esempio, un paziente *Phosphorus*, inizialmente sicotico mascherato (iperteso, seduttivo e apparentemente compassionevole per timore della solitudine), nella sua evolu-

zione verso una condizione di equilibrio, potrebbe transitare momentaneamente attraverso un habitus sicotico franco e manifestare esplosioni di aggressività, avvicinandosi alla condizione funzionale psorica. Senza valorizzare questa possibile reazione rischieremo di considerare negativamente alcune benefiche crisi di guarigione.

La guarigione, per essere autenticamente tale, deve essere dunque supportata da una evoluzione energetica e miasmatica caratterizzata dalla cosiddetta "medicazione della ferita psorica"; questo risultato si ottiene con la progressiva dismissione delle "corazze" egotrofiche e dei "cilici" distruttivi, fino alla condizione di salute in cui, fra i normali alti e bassi che la vita ci offre, prevale la serena accettazione della propria fragilità originaria.¹³

Nella seconda parte dell'articolo approfondiremo come i ritmi e le peculiarità della società moderna, l'abuso di farmaci, l'inquinamento ambientale e la pervasività del digitale abbiano profondamente alterato il terreno costituzionale ed esasperato egolisi ed egotrofia, con le loro derive degenerative. La malattia oggi si connota sempre più come una corazza difensiva dal dolore esistenziale, rendendo a volte il malato un "predatore" energetico che grava sul prossimo per non farsi carico della propria evoluzione. La terapia omeopatica si prefigge di curare questo "mal agire" aiutando il paziente a migliorare il suo "mal pensare". Grazie all'applicazione della concezione dinamica dei Miasmi, ci è più facile guidare il nostro paziente verso una guarigione non solo clinica, ma anche energetico-miasmatica, verso cioè una riconciliazione con la propria autentica umanità.

BIBLIOGRAFIA

1. S.F.C. HAHNEMANN. *Le Malattie Croniche*. Ed. Lombardo, 2005.
2. A. MICOZZI. *Il percorso storico della Psora*. Il Medico Omeopata n°15, p.24-25, 2000.
3. L. VANNIER, *Tipologia omeopatica*. Ed. RED, 2004.
4. R. GALASSI. *I vari Miasmi secondo l'insegnamento di P.S. Ortega*. Il Medico Omeopata n°18, p.53-56, 2001
5. P. ORTEGA. *Appunti sui Miasmi o Malattie Croniche di Hahnemann*. Ed. Salus Infirmerum 2016.
6. J.T. KENT. *Lezioni di Filosofia Omeopatica*. Ed. RED 1986.
7. N. GHATAK. *La Malattia Cronica: la causa e la cura secondo la Medicina Omeopatica*. Ed. Salus Infirmerum, 2014.
8. R. SANKARAN. *Schemi diagnostico-terapeutici*. Ed. Salus infirmerum, 2005.
9. R. GAVA. A. ABBATE, *L'esperienza la tecnica e la metodologia di studio e di cura omeopatica delle malattie croniche di Alfonso Masi Elizalde*. Ed. Salus Infirmerum 2001.
10. B. ZUCCA. *Lezioni di Omeopatia classica*. Ed Salus Infirmerum 2015.
11. B. ZUCCA. *Le tre facce di ogni rimedio*. Il Medico Omeopata n°80, p.14-19, 2022.
12. B. ZUCCA, M. DELUCCHI. *Lezioni di Materia Medica Dinamica*, Vol.1. Ed. Salus Infirmerum 2018.
13. B. ZUCCA. *Quale guarigione? tra guarigione clinica e guarigione omeopatica*. Il Medico Omeopata n° 63, p.20-23, 2016.