

Efficacia della terapia omeopatica nel trattamento di bambini e adolescenti in situazioni di violenza

Traduzione a cura di Luigia Alessandrino, luiales@libero.it;
note a cura di Francesco Marino, dr.fmarino@libero.it

Tratto da: *Revista Cultura Homeopática – arChivos da Escola de Homeopatia*, vol. 21 Out-Nov-Dez 2007-Publicação da Escola de Homeopatia- São Paulo-www.escoladehomeopatia.org.br

RIASSUNTO

Gli autori presentano i risultati di uno studio clinico condotto su bambini ed adolescenti in situazioni di violenza. L'approccio è stato di tipo unicista in accordo ai parametri della proposta hahnemanniana-kentiana-elizaldiana. Allo stesso tempo sono stati seguiti attraverso l'evoluzione clinica ed i questionari di Conners e lo SNAP-IV per il Disturbo da Deficit dell'Attenzione con Iperattività e Impulsività e con i criteri diagnostici per i Disturbi Oppositivo-Provocatori (DSM-IV 312.8;313.81).

PAROLE CHIAVE

Comportamento anti-sociale. Violenza. Delinquenza infantile-giovanile. Schemi di comportamento. Omeopatia.

SUMMARY

It is presented the outcome of a clinical study conducted on children subject to violent conditions treated with Homeopathy. The approach employed was unicist, according to the parameters of the criteria supplied by Hahnemann, Kent and Elizalde. They were also through the clinical evolution, as well as the Questionnaire of Conners and the SNAP-IV, for Attention Deficit Disorder with Hyperactivity and Impulsivity (ADDHI), and the diagnostic criteria for Behavior Disorder and Oppositional Defiant Disorder (DSM-IV 312.8;313.81).

KEYWORDS

Antisocial disorders. Violence. Infant-juvenile crime. Behavior patterns. Homeopathy.

INTRODUZIONE

Il problema della violenza che coinvolge bambini ed adolescenti e la sua prevenzione è una preoccupazione crescente in tutto il mondo, compreso il nostro paese;¹ le proposte per trattare i bambini ed adolescenti che infrangono la legge variano dalla reclusione in strutture chiuse a comunità alternative non istituzionalizzate.²⁻⁴ Abbiamo scelto per il nostro oggetto di osservazione, trattamento e ricerca, la terminologia di "bambini ed adolescenti in situazioni di violenza", piuttosto che "pre-criminalità" come comunemente si usa, poiché si tratta di individui che soffrono a causa della violenza nella società e nell'ambiente che li circonda e che, di riflesso, reagiscono con violenza contro se stessi e contro persone e cose. Questa definizione soddisfa la proposta di trovare soluzioni pacifiche, non coercitive e pedagogiche per coloro che vivono situazioni di rischio, che noi consideriamo in condizioni di auto, etero ed eco violenza, per analogia con l'autoformazione tripolare proposta dalla transdisciplinarietà⁵. La violenza è particolarmente allarmante nella scuola dove, secondo la ricerca realizzata dall'UNESCO, 1/5 dei 33.655 alunni e

3.099 professori intervistati in 14 capitali brasiliane, hanno riferito di aver subito aggressioni o percosse nelle scuole di appartenenza. I professori ed i direttori hanno affermato che è frequente trovare alunni in possesso di coltelli, pugnali e temperini⁶. Il fenomeno viene osservato sia nelle scuole pubbliche che private, dalle elementari alle superiori.⁷⁻⁸ Inoltre sembra che esista una relazione tra il disertare la scuola ed il fenomeno della delinquenza.⁹ Martins¹⁰ definisce la delinquenza come il risultato di una influenza perturbatrice che alcuni fattori ambientali esercitano sullo sviluppo delle capacità di relazionarsi con il proprio simile. La delinquenza esprime un disturbo della personalità generato dal conflitto cronico con i genitori, con le persone che rappresentano l'autorità e con la società in generale. Pertanto la situazione a rischio di violenza scaturisce da entrambi i lati della bilancia: quello socio-economico e quello familiare. La classica e cronica assenza del padre¹¹ ed ora anche della madre, costretta ad andare a lavorare, finisce per delegare alla scuola il ruolo educativo e la trasmissione dei valori umani e sociali; la difficoltà della società moderna di muoversi tra desideri e limiti finisce per condurre ad una perdita

dei freni inibitori nel comportamento infantile-giovanile, causando angoscia e sofferenza. Dall'altro lato il problema è aggravato dal cambiamento della struttura familiare, molto frequente nella nostra società, e dalla mancanza di programmi sociali, di politiche educative e sanitarie che, unite alla crisi economica ed alla carenza di opportunità di lavoro, lasciano questa fascia di popolazione alla mercé del crimine e della droga. A questo scenario sfavorevole si somma la disperazione delle costanti scene di violenza, trasmesse quotidianamente dai media e incoraggiate anche dai videogiochi.¹² Il comportamento violento è la combinazione di vari fattori: pressioni psicologiche, sociali, urbanistiche e familiari ma, soprattutto, è un problema di salute, una predisposizione alla criminalità che deve essere trattata. In altri termini esiste qualcosa che precede l'azione a delinquere, qualcosa che rende vulnerabile o predispone l'individuo, come dimostra una ricerca rivolta a minori che infrangono la legge ed ai loro fratelli, che ha studiato i motivi che conducono i giovani ad intraprendere strade differenti¹³. Possiamo considerare la predisposizione al crimine come una malattia da trattare, similmente alla predisposizione alle tonsilliti ricorrenti, trattate con antibiotici (crimini trattati con la reclusione), a cui segue un'altra crisi (altro crimine).¹⁴ Stando così le cose il presente studio ha lo scopo di valutare il possibile effetto del trattamento omeopatico in bambini in condizioni di violenza.

MATERIALI E METODI

Nello studio sono stati inclusi bambini in situazioni di violenza, con comportamenti aggressivi, seguiti dal Settembre 2004 nella Associazione Comunitaria Monte Azul (ACMA), senza fini di lucro, che partecipano ad un programma socio-

culturale integrativo. I bambini sono stati sottoposti a trattamento omeopatico unicista, con l'autorizzazione degli affidatari. I medicinali sono stati scelti in accordo alla totalità sintomatica, in conformità alla proposta Hahnemanniana-kentiana-elizaldiana,¹⁵⁻¹⁸ seguendo l'evoluzione clinica, tenendo conto dei parametri propri della tecnica omeopatica: aggravamento, prognosi clinico-dinamica e seconda prescrizione. E' stato utilizzato come parametro evolutivo del Disturbo di Deficit dell'Attenzione (TDA), il Test SNAP-IV*¹⁹ ed il Test di Conners**²⁰⁻²² nella versione abbreviata per i genitori. Il Disturbo del Comportamento (TC) ed il Disturbo da Deficit Oppositivo (TDO) sono stati studiati secondo i criteri diagnostici del DSM-IV (312.8;313.81).²³ I test sono stati eseguiti prima e dopo il trattamento a 12, 24 e 36 mesi.

CASI CLINICI

Paziente n. 1

7 anni - maschio - 6° di sette figli. Prima consultazione: Settembre 2004. **Storia clinica** - Da un anno, il bambino ha febbre, otiti e sinusiti frequenti, trattate sempre con antibiotici. Ha mal di testa quasi tutti i giorni. E' sempre agitato, peggiora col tempo; quando era in culla scalcia e batteva la testa, si gettava sul pavimento quando contrariato. È collerico e morde (persone e cose), sputa e dà calci, risponde aggressivamente ed i compagni lo chiamano "il pitbull". Anche il padre ed il fratello maggiore sono violenti e lo fomentano molto. Quando si arrabbia, digrigna i denti, piange, trema, diventa rosso e ha una forza che nessuno contrasta. Lancia qualsiasi cosa alle persone, perfino pietre, si scontra con tutti, tira fuori il coltello e minaccia di uccidere, insulta tutti per la strada, nessuno può guardarlo o parlargli poiché immediatamente reagisce picchiando. Prende le forbici e taglia

tutto ciò che vede. Adora giocare col fuoco; ha già dato fuoco alla casa della vicina due volte. Mangia le unghie fino a distruggerle e farle sanguinare, passa tutto il tempo a scrostarsi e tirarsi le pellicine. Balbetta molto, è lento nell'apprendimento, bugiardo, non manifesta paure. Protegge gli animali. Sonno: agitato, mentre dorme piange e parla, digrigna i denti, enuresi quotidianamente, si sveglia imbronciato, dice parolacce.

Sogni: «*Serpenti che mi mordono ed il bicho papão*». (NdT: un mostriciattolo che spaventa i bambini).

Evoluzione - Da Settembre 2004 ad Ottobre 2005 è stato trattato con: *Chamomilla, Tarentula, Belladonna, Mercurius, Lachesis, Stramonium e Aconitum*; miglioramento parziale solo con *Aconitum*. Ad Ottobre 2005 è stato prescritto *Hepar sulphur 200 CH* in dosi ripetute; sono migliorati di tutti i sintomi. Durante l'evoluzione del trattamento sono ritornate le crisi infettive ricorrenti, che sono migliorate con lo stesso medicamento. Successivamente sono state necessarie potenze crescenti fino alla 200.000 FC.

Paziente n. 2

10 anni, maschio, 5° di 7 figli, fratello del Paziente n. 1.

Prima consultazione: Settembre 2005.

Storia clinica - Appena nato ha sofferto di piaghe con pus in tutto il corpo, trattate con antibiotici; a nove mesi ha avuto una polmonite dopo la quale ha cominciato a soffrire di sinusiti ricorrenti (trattate con antibiotici), mal di testa e dolori lombari. Si arrabbia molto, litiga e picchia i fratelli, aggressivo, piange per qualsiasi cosa, temperamento mutevole: a volte è calmo, presente ed improvvisamente diventa distante, aggressivo. Bravo alunno, sonno tranquillo, enuresi frequente. Paura del temporale e della pioggia; vuole stare abbracciato. Si ferisce molto, le ferite diventano grandi e tardano a cicatrizzare, anche con gli antibio-

tici non migliorano. Da Gennaio 2005 ha una ferita all'orecchio che non guarisce. Sogni di mostri e belve che lo perseguitano.

Evoluzione - Da Ottobre 2005 a Marzo 2006 è stato trattato con *Sulphur*, con miglioramento parziale dei sintomi fisici e mentali. Prescritti in seguito: *Stramonium*, *Lycopodium*, *Nux vomica* e *Belladonna* senza modifiche del quadro. A Giugno 2006 viene prescritta *Staphysagria 200 CH* dose unica: migliora l'enuresi, è molto più calmo, meno pianti, ma in Agosto quando cominciano i problemi con i fratelli maggiori (invischiati nella droga) torna a peggiorare. Viene prescritta *Staphysagria 1000 CH*, dose unica, tutti i sintomi migliorano. Da allora è stato medicato periodicamente con lo stesso medicamento (fino alla 10.000 FC), tutte le volte che presentava qualche sintomo fisico (tonsillite o sinusite - ritorno dei vecchi sintomi), oppure quando cominciano a tornare i sintomi di comportamento aggressivo/enuresi, sempre con miglioramento di tutti i sintomi.

Paziente n. 3

10 anni, maschio, genitori separati. Prima consultazione: Luglio 2005.

Storia clinica - Disinteresse per la scuola, mancanza di concentrazione, molto aggressivo; tonsilliti a ripetizione, rinite cronica, raucedine costante da 3 anni (trattati con antibiotico). E' molto nervoso, capriccioso, inquieto, grida molto, sonno agitato, digrigna i denti, litigioso. La madre riferisce che lui protesta perché pensa che non gli vuole bene e che non gli presta attenzione, vuole stare e dormire abbracciato a lei, crea sempre confusione, piange per qualsiasi cosa, batte i piedi quando contrariato, geloso della sorella più piccola, picchia lei ed i compagni. Totale disinteresse per la scuola, vuole sempre giocare, disorganizzato, non fa i compiti, fa tutto cantando e ballando, tutto è un gioco,

parla molto; quando «*ho paura divento rauco*». Sogni: inseguito dai fantasmi, dalla morte, dal lupo mannaro.

Evoluzione - Da Luglio 2005 ad Aprile 2006 è stato trattato con *Nux vomica* e *Sulphur* con miglioramento parziale dei sintomi, ma a partire dal Maggio 2006 il comportamento è peggiorato sempre più, mal di testa frequenti e rinite costante, aggressivo con la sorella, sonno agitato ed incubi. Viene medicato con *Tarentula 200 CH*, dose unica. Sono ritornate per 2 giorni le vecchie lesioni cutanee che poi sono migliorate. Successivamente sono migliorate la rinite, il mal di gola e la raucedine. Ha cominciato a leggere meglio, ha cominciato ad andare a scuola senza protestare, porta e fa i compiti a casa. E' migliorata la paura del buio, non vuole più dormire avvinghiato, ha smesso di gridare e piangere per qualsiasi cosa, è meno inquieto ed ha smesso di litigare a scuola ed in casa. Da Aprile 2006 è stato trattato con potenze crescenti di *Tarentula* (fino alla 100.000 FC) quando ritornavano i sintomi guida, sempre con miglioramento della totalità dei sintomi.

Paziente n. 4

7 anni, maschio.

Prima consultazione: Settembre 2004.

Storia clinica - Da un anno presenta bronchiti ogni 3 mesi e tonsilliti ogni 15 giorni, ha dovuto ricorrere agli antibiotici. Rimane anche una settimana senza evacuare ed all'improvviso *se la fa addosso* senza accorgersene. Lamenta sempre mal di testa, enuresi quotidiana. E' pauroso, impressionabile, pigro in tutto, mani sempre umide. Molto fermo, inattivo, sempre buttato per terra, ha vertigini ed astenia, ha bisogno di aiuto per vestirsi. A scuola va malissimo, ha l'abitudine di mentire. Sogna cani neri che aggrediscono la madre ed altri incubi simili.

Evoluzione - Trattato con *Calcarea carbonica*, in potenze crescenti, con miglioramento franco dei sintomi, ma

senza risoluzione completa. Giugno 2006: la madre non gli ha permesso di partecipare ad un programma in TV e dopo 15 giorni ha manifestato convulsioni e perdita di controllo degli sfinteri; ricoverato per accertamenti (EEG ha rilevato un focolaio irritativo del lobo temporale destro) è stato dimesso in terapia con *Fenobarbital 100mg/die*. Dopo il ricovero è peggiorato ulteriormente nel comportamento, non può essere contrariato, grida, piange, aggredisce fisicamente il fratello ed i genitori, tenta di scappare di casa, tira oggetti, offende tutti, è costantemente inquieto, malmena i compagni, ha picchiato l'insegnante già due volte. Sono stati prescritti in successione *Ignatia*, *Belladonna* e *Stramonium* senza miglioramento. Ad Agosto 2006 viene prescritta *Nux Vomica 30 CH*. Dopo 5 giorni ha una leggera crisi convulsiva dopo aver smesso di assumere il rimedio. Da Giugno a Novembre 2006 ritorna ad assumere *Nux vomica 30 CH*, dosi quotidiane, e comincia a migliorare l'aggressività a scuola ed in casa, ritorna a fare i compiti, il sonno diventa più calmo. Ad Ottobre 2006 viene modificato il trattamento allopatico con *carbamazepina 300mg/die*. Da Novembre 2006 ritornano le bronchiti e le riniti che migliorarono con *Nux vomica 30 CH*. A Dicembre 2006 nuova leggera crisi convulsiva. A Febbraio 2007 medicato con *Nux vomica 200CH*, una dose a settimana. Da Aprile 2007 una dose al mese: remissione delle crisi convulsive e della bronchite, miglioramento totale del comportamento a scuola ed a casa. A Giugno 2007 è tornato ad essere irritato e dopo 15 giorni manifesta una crisi convulsiva lieve; la madre lo porta dal neurologo il quale raddoppia la dose di *carbamazepina*; dopo 3 giorni una nuova crisi, ma non grave. Non è ritornata la bronchite. Medicato con *Nux vomica 1000 CH*, dose unica, nello stesso giorno due crisi convulsive,

successivamente torna ad essere calmo.

Condotta: osservazione.

Paziente n. 5

7 anni, maschio.

Prima consultazione: Dicembre 2004.

Storia clinica - A due anni ha avuto una bronchite, ma ora ha solo crisi di rinite e sinusiti (trattate con antibiotici), epistassi frequenti. Totale disinteresse e comportamento aggressivo a scuola, mancanza di concentrazione. Agitato in classe, litigioso. Dà pugni ai compagni, alle pareti ed alle porte, non percepisce il pericolo (si è ferito il braccio con una porta a vetri). Diventa furioso, comincia a gridare e picchia l'insegnante e le assistenti. Sonno molto agitato e cade sempre dal letto, parla e litiga nel sonno. Sogni: di fare il vigile del fuoco, di spegnere incendi, vampiri che gli succhiano il sangue, animali selvaggi.

Evoluzione - Trattato con *Belladonna 30 CH*, non ha avuto epistassi per un mese, ma dopo sono ritornate. Nel 2005 ha una polmonite, viene investito da una motocicletta e morso da un ragno. E' molto ansioso, inquieto, ha problemi a scuola, il sonno è agitato, batte la testa al muro, aggressivo, epistassi frequenti e rinite. E' stato visto dal neurologo, ha fatto una TAC che è risultata normale. Viene prescritta *Belladonna 30 CH*, dose unica. Ad Ottobre 2006 tutto è migliorato al 100%: il sonno, il comportamento, la scuola. Le cefalee passano rapidamente. In Agosto ha avuto un incubo ed in seguito ha avuto febbre e mal di testa; la madre somministra un antipiretico. Prescritta *Belladonna 200 CH* dose unica, migliorano tutti i sintomi. A Giugno 2007 migliora al 100%, non ha più avuto crisi di nervi, è più maturo, non si è più ammalato, non ha incubi. Senza medicamento.

Paziente n. 6

7 anni, femmina.

Prima consultazione: Settembre 2004.

Storia clinica - Dermatite atopica da quando aveva 4 anni. Fa iniezioni di *Diprosan®* (dipropionato e fosfato disodico di betametasona) (l'ultima a Dicembre 2003) e sta bene per 6-8 mesi. La dermatite è ritornata da 4 giorni. Ha sempre rinite e mal di denti (molte carie) ed a volte ha febbre con tosse e tonsillite. Prende antibiotici. Tutto è cominciato quando la madre era incinta del fratello più piccolo: diventò molto aggressiva, non voleva mangiare e buttava il piatto sul pavimento, sputava sul muro, aveva molte crisi di gelosia. È ancora maleducata, insolente, litiga a scuola. Non ha appetito. Ha paura dei vermi. Sogni di streghe. Il padre è alcolista e picchia la madre.

Evoluzione - Prescritto *Lachesis 30 CH*, dose unica. Novembre 2004: dopo 10 giorni compare febbre e al pronto soccorso le somministrano *Diprosan*. Nel frattempo compare una "pallina" sul dente, appena uscito il pus cessa il dolore. L'allergia migliora e diventa più calma e obbediente per una settimana, poi torna a peggiorare. Prescritta *Lachesis 1000 CH* dose unica. Ottobre 2005: l'allergia migliora e non è più aggressiva, ma da una settimana sta ritornando la dermatite, all'esame scabbia (ritorno di un vecchio sintomo). Sogni: la casa viene distrutta e tutti i familiari diventano mendicanti (durante le ultime piogge la sua casa è stata inondata); che il padre e la madre sono al bar ubriachi. Prescritta *Lachesis 200 CH* dose unica.

Febbraio 2006: l'allergia è migliorata ed è tornata solo da una settimana. E' migliorata a scuola. Incubo: un uomo che ammazza tutta la famiglia con un coltellaccio. Prescritta *Lachesis 500 CH* dose unica. Marzo 2007: da Dicembre è tornata l'allergia, per il resto sta bene. Prescritta *Lachesis 500 CH* dose unica. Agosto 2007 continua a stare bene, calma, senza allergia, con buon appetito, senza rinite, meno aggressiva, senza incubi, senza medicazione.

Paziente n. 7

8 anni, maschio.

Prima consultazione: Ottobre 2004.

Storia clinica - Fino a 2 anni fa aveva sempre la gola infiammata, è migliorata, ma sono cominciati i mal di testa che peggiorano di notte, grida dal dolore. Due mesi fa è stato molto forte, con vomito e febbre per 8 giorni. Da quando è nato ha preso molto spesso antibiotici. Da 6 mesi sono cominciati i mal di pancia con la sensazione che c'è una "palla" nella pancia, lui si agita, piange, diventa matto (all'esame si evidenzia ernia ombelicale e diastasi importante dei retti addominali). Un mese fa ha preso un rimedio per i vermi, ma non è migliorato, non ha appetito (il bambino è molto pallido, mucose molto pallide +++, aspetto abbattuto, molto triste, non sorride). E' stato operato di fimosi 3 anni fa, si infiamma sempre ed esce pus, è molto sensibile e non può sfiorare gli indumenti. Da neonato fino ai 3-4 anni ha avuto bronchiti. Ha varie verruche sulle mani. Alla scuola va molto bene, sempre tra i primi della classe, non è un bambino che fa chiasso, ma parla molto. E' molto nervoso, diventa cieco dalla rabbia, trema, attacca, tira ciò che ha nelle mani, rompe le cose, ama calciare con tutto. Vuole vendicarsi della sorella quando lei lo provoca, non si controlla; non tollera di essere richiamato; quando i genitori lo picchiano fugge da casa, dice che va ad uccidersi. Da due mesi sta peggio. Quando non è così, è carino, aiuta in casa, timido, solitario, pudico. A 6 anni se la fece addosso perché aveva vergogna di chiedere di andare al bagno. Molti incubi.

Evoluzione - Viene curato con *Hyo-sciamus* senza miglioramento. Prescritto allora *Belladonna 30 CH*: migliorano i sintomi digestivi e la cefalea. Non ha mai avuto crisi di rabbia, fino a 20 giorni fa. Senza medicazione.

Marzo 2005: non ha avuto più attacchi di collera, non ha più litigato a scuola; le crisi dolorose sono meno frequenti e più lievi

fino ad una settimana fa; pene ancora molto sensibile, la diastasi dei retti è migliorata. Prescritta *Belladonna 100 CH* dose unica. Giugno 2005: è stato bene fino ad una settimana fa, mangia meglio, le verruche sono cadute, il pene è ancora sensibile, dorme bene, senza incubi, senza crisi di furia, ma allegro e felice. Intestino molto compromesso, senza evacuare per una settimana. Prescritta *Belladonna 200 CH* dose unica. Agosto 2005: tutti i sintomi relativi a crisi dolorose sporadiche stanno migliorando (prende *Belladonna* e migliore), è migliorata la sensibilità del pene, le verruche sono sparite, è molto tranquillo e felice, parla e sorride. Luglio 2007: non ha più avuto crisi di dolore, lievi accenni di mal di testa che subito migliorano; è in forze, buon appetito, è ingrassato, non ha incubi. Paziente dall'aspetto sano, colorito e soprattutto felice. Senza medicamento.

Paziente n. 8

11 anni – maschio.
Prima consultazione: Settembre 2004.
Storia clinica - Convulsioni dall'età di 7 anni (tipo grande male) fino ad un anno fa. La prima volta è successo durante una lite a scuola. Dopo le convulsioni vuole fuggire di casa. E' stato sempre litigioso, crea confusione a scuola e per strada tutti i giorni ed ultimamente sta peggiorando. E' nervoso e aggredisce, tira pietre agli altri, rompe e ruba oggetti in casa di altre persone, sfida tutti, risponde volgarmente, vuole sempre essere il primo della fila. Maltratta tutti gli animali della strada, è maldestro, strappa i quaderni e distrugge il lavoro dei compagni, non tollera di essere contrariato, piange per qualsiasi cosa, accusa gli insegnanti ed i compagni di cose orribili. Minaccia col coltello, pietre e bastoni, sputa sui muri e sulle persone, non partecipa alle attività e ride cinicamente, mente e fa cattiverie tutto il tempo. Non sa leggere e

scrivere, lento nel pensiero, non ha coordinazione motoria, mostra inquietudine estrema. Mal di testa e di orecchie frequentemente, rinite e costanti tagli sulle labbra, mangia le unghie fino a farle sanguinare. E' costantemente afflitto da ferite nel corpo a causa delle continue lesioni, che si infiammano e non cicatrizzano; è sempre sporco, va per la strada fino a tarda notte, su cavalli sporchi e nei rifiuti del quartiere. Paura e sogni di stupro. Sonno agitato, parla e litiga dormendo, si sveglia imbronciato, scalcia nel letto. La madre è completamente disorientata nel tempo e nello spazio, ha avuto 6 figli con differenti uomini e ne ha dati 3 in adozione, sta tutto il giorno per strada, sempre molto sporca. Una sorella con ritardo mentale, il nonno materno soffre di convulsioni e la nonna materna (che si prende cura dei bambini) è anch'essa disorientata. Il patrigno attuale è molto violento. Il paziente è stato abusato sessualmente.

Evoluzione - Trattato con potenze successive di *Belladonna* è diventato più calmo, meno aggressivo, ma le convulsioni sono ritornate, ha cominciato a prendere il fenobarbitale. Sono stati prescritti in sequenza: *Cina*, *Nux vomica*, *Nitricum acidum*, *Tarentula*, *Hepar sulphur* e *Mercurius*. Da Aprile 2007 medicato con *Stramonium 1000 CH*, è più calmo, solidale con i compagni, ha smesso di maltrattare gli animali e di andare nei rifiuti, meno contuso, meno reattivo se provocato, aspetta il suo turno quando è in fila. Da Giugno 2007 ha smesso di prendere il rimedio ogni settimana e già sta nuovamente litigando. Non è ritornato per la consultazione di Agosto. Continua a prendere il fenobarbitale, senza crisi convulsive.

RISULTATI

I pazienti 1, 2, 3, 4, 5 e 8 all'inizio presentavano, oltre le malattie comuni, frequenti in questa fascia d'età, diagnosi di

TDA (Deficit dell'Attenzione). Nel caso dei pazienti 1, 2, 4, 5 e 8, è stata posta diagnosi di TC (Disturbo del Comportamento) e nei pazienti 1, 3, 4, 5, 7 ed 8 diagnosi di TDO (Disturbi Oppositivo-Provocatori), in accordo con i criteri diagnostici del DSM- IV. La sintesi delle diagnosi e del trattamento è rappresentata nella tabella 1. L'evoluzione clinica dei sintomi organici è stata riportata per ogni caso ed i risultati dei test utilizzati prima e dopo il trattamento sono rappresentati nelle tabelle 2 e 3.

DISCUSSIONE

La remissione dei sintomi di malattia e la netta trasformazione del comportamento in 6 degli 8 pazienti suggeriscono che il trattamento omeopatico può contribuire alla risoluzione del problema di auto-etero ed eco-violenza in bambini ed adolescenti. In letteratura abbiamo trovato solo due osservazioni: una di Barrault²⁴ per il quale, a differenza della nostra esperienza, la applicazione omeopatica è molto limitata nel trattamento della violenza e sociopatia degli adolescenti, e l'altra di Treutler,²⁵ che descrive il caso di un detenuto trattato con l'omeopatia con una buona evoluzione clinica e miasmatica.

Il paziente 4, che è migliorato nei sintomi organici con *Calcarea*, ma peggiorato nel comportamento, soprattutto quando si sono presentate le convulsioni, può servire come esempio dell'alternanza fra sintomi fisici e sintomi del comportamento o mentali. (NdT n. 1) I comportamenti in bambini predisposti a sviluppare un atteggiamento violento sottolineano la presenza di metastasi morbosa dopo l'uso ricorrente di antibiotici. Con il trattamento omeopatico ritornano gli episodi infettivi ricorrenti (sempre trattati con lo stesso medicamento che si sta assumendo), nella misura in cui il com-

Tabella 1. Sintesi: diagnosi e trattamento

N.	Diagnosi formulate ad inizio trattamento: riepilogo	Medicamento prescritto
1	Otiti, sinusiti, cefalee frequenti, ADHD, Disturbo del Comportamento e Disturbo Provocatorio-Oppositivo	Hepar Sulphur
2	Piodermite, sinusiti, cefalee ricorrenti, con ADHD di grado lieve, Disturbo del Comportamento e Disturbo Provocatorio-Oppositivo	Staphysagria
3	Tonsilliti a ripetizione, rinite cronica, raucedine, ADHD, Disturbo Provocatorio-Oppositivo	Tarentula Hispanica
4	Rinite, bronchite, tonsilliti ricorrenti, ADHD, Disturbo del Comportamento e Disturbo Provocatorio-Oppositivo	Nux Vomica
5	Rinite, epistassi, bronchite e tonsilliti ricorrenti, ADHD, Disturbo del Comportamento e Disturbo Provocatorio-Oppositivo	Belladonna
6	Dermatite atopica, Disturbo Provocatorio-Oppositivo	Lachesis
7	Sinusite, emicranie, colite, Disturbo Provocatorio-Oppositivo	Belladonna
8	Rinite, epilessia, otite, ADHD, Disturbo del Comportamento e Disturbo Provocatorio-Oppositivo	Stramonium

Tabella 2. Evoluzione dell'Indice di Conners e SNAP-IV

Caso	Età	Indice di Conners*		SNAP-IV**			
		INIZIO TRATTAMENTO	FINE TRATTAMENTO	INIZIO TRATTAMENTO D.A.	I.A.	FINE TRATTAMENTO D.A.	I.A.
1	7	30	6	9	9	0	0
2	10	21	4	7	8	0	0
3	10	26	6	8	9	0	0
4*	7	24	2	4	0	0	0
5	7	30	3	9	9	0	0
6	7	8	1	0	4	0	0
7	8	1	0	0	0	0	0
8*	11	30	25	9	9	9	9

LEGENDA

D.A.: disturbo Attenzione I.A.: IperAttività
* L'indice di Conners può variare da 0 a 30; nella versione abbreviata per i genitori, un risultato di 18 o più indica iperattività.
* Nel caso 4 la nuova valutazione è stata fatta dopo 12 mesi di trattamento; negli altri dopo 36 mesi; solo nel caso 8 il Questionario di Conners è stato posto all'insegnante.
** Lo SNAP-IV si basa su 5 parametri. I risultati del parametro A sono mostrati in tabella: Disturbo dell'Attenzione (DA) e Impulsività / Iperattività (II); questi disturbi sono presenti quando il risultato è > di 6 (il totale per ogni gruppo è 9). I criteri B, C e D erano presenti in tutti i casi ed il criterio E non si applica.

Tabella 3. Evoluzione del Disturbo del Comportamento e dei Disturbi Oppositivo-Provocatori (Oppositive Challenging) in ciascun caso (DSM-IV).

Caso	Disturbo del Comportamento*		Disturbi Oppositivo-Provocatori (Oppositive Challenging)**	
	INIZIALE	DOPO IL TRATTAMENTO	INIZIALE	DOPO IL TRATTAMENTO
1	8	1	8	0
2	5	1	3	0
3	2	0	7	0
4	3	0	5	0
5	7	0	8	0
6	2	0	3	0
7	1	0	4	0
8	10	10	8	8

*Il Disturbo del Comportamento viene valutato da 3 o più parametri (per un massimo di 15)
**Oppositive Challenging da 4 o più (per un massimo di 8).

portamento sta migliorando. Il paziente 8 è stato il più difficile da seguire e da trattare, a causa delle condizioni familiari sfavorevoli e per il fatto di non poter contare sulla madre. Questo, probabilmente, è uno dei maggiori ostacoli alla cura nel programma di trattamento omeopatico di bambini in situazioni di violenza. Nei nostri pazienti, la prescrizione è stata progressivamente adeguata, nella misura in cui le madri percepivano ciò che era importante riferire; in tal modo fornivano i particolari che permettevano la prescrizione del miglior medicamento. Abbiamo osservato che le madri di pazienti socialmente carenti ricorrono meno a medicinali soppressivi (principalmente antipiretici) durante gli aggravamenti. Questa condizione ha contribuito al successo del trattamento, facilitando il miglioramento del comportamento ed una maggiore stabilità clinica.

CONCLUSIONI

Nella prospettiva omeopatica la delinquenza e la predisposizione alla criminalità, nei suoi differenti livelli di gravità, corrisponde ad una moltitudine di manifestazioni del disequilibrio vitale che generano quadri di comportamento anti-sociale. Il medicamento omeopatico prescelto a seconda del profilo comportamentale di ciascun paziente, insieme agli altri sintomi, si prospetta come uno strumento terapeutico adeguato a determinare il cambiamento.²⁶ In altri termini il rimedio risulta essere dotato di un potenziale in grado di modificare - per similitudine, quando applicato secondo il modello omeopatico - la dinamica vitale dell'individuo che infrangela legge o che potrebbe infrangerla. Nei casi trattati omeopaticamente abbiamo verificato che, mediante il medicamento adeguato alla individualità ed alla totalità sintomatica, è possibile interferire con successo nella dinamica

vitale e nel comportamento dei bambini e degli adolescenti in situazioni di violenza, anche se le condizioni socio-economiche e culturali nelle quali vivono rimangono inalterate. (NdT n. 2) L'esperienza del trattamento omeopatico dei bambini e degli adolescenti in condizioni di rischio di violenza residenti nella periferia della città di San Paolo, in una delle zone più violente della città ed in condizioni socio-economiche precarie, hanno evidenziato che esiste la possibilità di contribuire ad una soluzione, per quanto parziale, mediante la terapia omeopatica, data l'evidenza della sua azione sul comportamento.

NdT

1) IL CONCETTO DI ALTERNANZA E DI METASTASI MORBOSA

Per tradizione storico-culturale ed esperienza personale, ogni buon omeopata sa che il processo di malattia può presentarsi sotto forma di sintomi "stabili" (es.: asma) o "alternanti" (asma e diarrea), continui o "periodici" (ogni mese, settimana, etc.), in ragione sia dello stato emuntoriale che del tipo di "stimolo" applicato (simillimum, soppressione farmacologica, etc.). Anche un medicinale omeopatico, soprattutto se poco indicato o dotato di similitudine parziale, potrebbe dar luogo a tale fenomeno, come nel caso del paziente 4: Calc., infatti, avrebbe migliorato i sintomi "fisici" ma a scapito di quelli mentali/comportamentali, dando luogo ad una tipica "alternanza sintomatologica".

Sappiamo inoltre che il processo di guarigione e quello di malattia viaggiano in direzione opposta: centrifugo il primo, centripeto il secondo. E' il caso delle c.d. terapie "soppressive" (es.: ripetute somministrazioni di cortisonici/antibiotici) che mirano a cancellare i sintomi di superficie per farli "riapparire" in profondità, in forma più o meno stabilizzata. E' questo il concetto di "metastasi morbosa" che, però, nulla ha a che vedere col concetto di colonizzazione neoplastica: essa, infatti, indicherebbe la direzione, sempre più centripeta e quindi profonda, del processo patogeno.

2) OMEOPATIA E AMBIENTE

Dall'anamnesi omeopatica emerge con chiarezza la precisa coerenza che esiste tra storia clinica e vissuto esistenziale di ogni individuo: coerenza che il processo di malattia tende

ad esaltare sul piano clinico (sintomi) ma che lo stimolo informativo di tipo omeopatico tende a riportare allo status quo (guarigione). In altri termini, non ci ammaliamo per caso; così come, per poter guarire, è necessario che lo stimolo omeopatico, per quanto potente, agisca in condizioni ambientali favorevoli. Ove ciò non fosse possibile, l'efficacia dell'Omeopatia tenderebbe a disperdersi e quindi ad esprimersi in modo "parziale", come gli Autori hanno giustamente sottolineato. Il dato importante, alla luce del loro lavoro, è il fatto che l'Omeopatia induce **comunque** una spinta verso il cambiamento, pur in presenza di condizioni socio-culturali ed ambientali sfavorevoli: l'azione risanatrice dell'Omeopatia può dunque essere limitata e finanche annullata ma non senza prima aver lasciato il proprio segno.

BIBLIOGRAFIA

SEDH 2006. *Levantamento da Subsecretaria de Promoção dos Direitos da Criança e do adolescente/SEDH*, baseado em informações fornecidas pelos estados. Comparação entre 2004 e 2006 (http://www.presidencia.gov.br/estrutura_presidencia/sedh/.arquivos.pdf). Acesso em julho de 2007

BENTES ALS. *Tudo como Dantes no D'Abrantes: estudo das interações psiquiátricas de crianças e adolescentes através de encaminhamento judicial*. 1996. Dissertação (Mestrado). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

DIAS MDF. *Fatores de risco para o comportamento dos infratores*. 2002. Dissertação (Mestrado). Departamento de Clínica, UNIFESP. São Paulo

TOLEDO GW. *A delinquência juvenil no estado de São Paulo: características, evolução e tendências observadas entre os anos de 1950, 1960, 1979, 1985, 1995, 2000, 2001, 2002, 2006*. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, (FFCLRP). Ribeirão Preto

GALVANI P. *Autoformação: uma perspectiva transpessoal, transdisciplinar e transcultural*, in "Educação e Transdisciplinaridade II, São Paulo: Triom, 2002

ABRAMOVAY M, RUA MG. *Violências nas escolas*. Brasília: UNESCO, 2002

SHELTON TL, BARKLEY RA, CROSSWAIT C, MOOREHOUSE M, FLETCHER K, BARRETT S ET AL.: *Psychiatric and psychological morbidity as a function of adaptive disability in preschool children with aggressive-impulsive-inattentive behavior*. Journal of Abnormal Child Psychology 1998; 26(6): 475-494

ZAGURY T. *O professor refém*. Rio de Janeiro. Record, 2006

OLIVEIRA CA. *A fuga da escola como preditor do fenômeno delinquential*. Aletheia, 2002; 15: 27-36

MARTINS C. *Bases psicodinâmicas da Delinquência*. Revista

Brasileira de Psicanálise. 1991; 25 (1):164-175

BLY R. JOÃO DE FERRO: *um livro sobre homens*. Rio de Janeiro. Elsevier, 2005

GROSSA D. *A psicologia do matar e o condicionamento de crianças*. Aliança pela infância no Brasil (www.aliancapela infancia.org.br/biblioteca/textos/detalhe.asp?nt=6). Acesso em Julho 2007

ASSIS SG, SOUZA ER, *Raising Cain and Abel: thinking on juvenile delinquency prevention*. Ciênc. Saúde coletiva. 1999, 4 (1): 131-144

HAHNEMANN S. *Doenças Crônicas: sua natureza e sua cura homeopática*. 2a ed. São Paulo. Grupo de estudos homeopáticos de São Paulo "Benito Mure", 1984

HAHNEMANN S. *Organon da arte de curar - 6º ed.* São Paulo, Robe, 1996

KENT JT. *Lições de Filosofia Homeopática*. 2a ed. São Paulo. Organon 2002

MASI ELIZALDE A. *Actas del Instituto de Altos Estudios Homeopáticos "J. T. Kent"*, No 1-8. Buenos Aires, 1988

MASI ELIZALDE A. *Homeopatia: teoria e prática*, Rio de Janeiro: Luz Menescal, 2005

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO DÉFICIT DE ATENÇÃO SNAP-IV. (www.tdah.org.br). Acesso em 30/07/2007

BARBOSA GA, GOUVEIA VV. *O fator hiperatividade do questionário de Conners: validade conceitual e normas diagnósticas*. Temas. 1993; 23 (46): 188-202.

BARBOSA GA. *Transtornos hipericéticos: validação do questionário de Conners em escolares de João Pessoa*. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 1994; 43 (8): 445-453

ANDRADE ER, SCHEUER C. *Análise da eficácia do metilfenidato usando a versão abreviada do questionário de Conners em transtorno de déficit de atenção/hiperatividade*. Arq. Neuro-Psiquiatr. 2004, 62 (1); 81-85.

DSM-IV. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed, 2000

BARRAULT M. *Violence et sociopathie de l'adolescent*. Cahiers de Biotherapie. 1999; 157: 38-40

TREUTLER G. *Homeopathy in prison*. Homeopathic Links, 1991; 3: 23-24

BIGNARDI FAC, RAMOS LR, FREITAS V, KULLER AI, AUGUSTO S, GARCIA E. *The role of Homeopathy as a behavioural medicine instrument, to recognize wellness and health: a corporate approach*. 2nd International Conference of the Association for Behavioural Analysis. Campinas, 2004. 191 (106)

ARAUJO EC. *Uma abordagem da pessoa no processo de adoecimento*. Cultura Homeopática. 2003; 5: 8-14

Data di presentazione: 04/08/07

Data di accettazione: 23/10/07

Non è stato dichiarato conflitto d'interesse