

## **IL RUOLO DELLE EMOZIONI IN MEDICINA PSICOSOMATICA**

*Indagine preliminare sulla cronicità dei disturbi psicosomatici infantili*

Angelo Di Gennaro

### ***Introduzione***

Uno dei primi tentativi, da parte nostra, di segnalare il misterioso salto dalla medicina alla psicoanalisi<sup>1</sup> (dove il corpo non è più soltanto un corpo inerte da dissezionare sul tavolo anatomico ai fini della conoscenza del suo funzionamento, ma un corpo vivente, pulsante, un corpo desiderante la cui natura, i cui scopi, i cui interessi sono più complessi e difficili da decifrare) risale, per quanto riguarda i lettori del *GAZZETTINO DELLA VALLE DEL SAGITTARIO*, al 1992, anno della pubblicazione su *Seconda Pagina* della relazione del medico Benedetto D'Amore, alla quale abbiamo voluto dare il titolo: *Come si uccide in medicina*. Dove il termine *uccidere* è volutamente stressato. Ciò che volevamo dire è che in medicina, come vedremo sotto, in alcuni casi ci si limita a considerare gli aspetti biologici della malattia cosiddetta psicosomatica, trascurandone la componente emozionale, relazionale, familiare. Esito di tale approccio è la cronicizzazione del disturbo.

“In medicina – scriveva Franco Basaglia in *Le contraddizioni della Comunità Terapeutica* (1970) - l'incontro tra medico e paziente si attua nel corpo stesso del malato. Questo corpo che si offre al medico per essere curato, non corrisponde al "corpo vissuto", al "corpo proprio", con tutte le modalità e le implicazioni soggettive ad esso inerenti, ma viene considerato dal medico nella sua nuda materialità ed oggettualità. Che il corpo visitato dal medico appartenga al soggetto specifico che lo vive e lo significa, ciò esula dalla finalità del rapporto che viene ad instaurarsi. Il soggetto, che pur è il significato di quel corpo sofferente, non viene preso in causa in questa relazione particolare, come se fosse mantenuto ad una certa distanza. In questo senso l'incontro tra medico e malato si attua attraverso un corpo anatomico che serve, contemporaneamente, come soggetto di indagine e come secondo polo del rapporto; si tratta cioè, di un incontro tra un soggetto ed un corpo cui non viene data altra alternativa oltre essere oggetto agli occhi di chi lo esamina. Estraneo dunque a quest'ultimo, quanto al soggetto che lo significa, pur essendo insieme il momento cruciale e la finalità stessa della relazione“.

In poche parole potremmo dire che curare la malattia non è la stessa cosa che curare il malato. Stessa differenza che troviamo tra il curare e il prendersi cura.

Ora, tre sono i motivi che ci spingono a proporre ai lettori il lavoro che segue.

*Il primo* è che parte degli anziani con i quali scambiamo costantemente informazioni ed opinioni, si dicono insoddisfatti circa l'ultima parte della loro esistenza vissuta a Scanno. In particolare, essi riferiscono di trovare scarsa attenzione in ambito familiare, specialmente quando non sono più padroni della propria salute fisica e/o mentale e le relazioni diventano problematiche, disfunzionali e talvolta tossiche<sup>2-3</sup>. È a questo punto che all'interno dell'organizzazione familiare si attiva un processo di esclusione che può portare alla iper-medicalizzazione prima, all'isolamento e all'allontanamento (e in taluni casi al ricovero presso strutture assistenziali, non di rado seguito da decesso) dopo. Non è rara la percezione, da parte degli anziani, di una relativa inefficacia e parzialità degli interventi e delle cure abitualmente ricevute e, dall'altro, la necessità di ricercare altre modalità di intervento terapeutico (anche psico-educativo) la cui esistenza dagli anziani e dalle famiglie è soltanto avvertita ma non conosciuta. (Da questo punto di osservazione sarebbe utile poter avere a disposizione e studiare i dati statistico-sanitari forniti dai rispettivi medici di base e rilevati dalla Direzione Sanitaria dell'Azienda Sanitaria Locale 1 - Avezzano - Sulmona - L'Aquila, riguardanti gli abitanti di Scanno e Villalago in primo luogo).

*Il secondo* è l'aver osservato a Scanno casi di cosiddette "*malattie psicosomatiche*" (es: anoressia, alopecia, dermatiti, vomito psicogeno, asma, ecc.) in età sia infantile sia adulta. Dove è importante, in fase terapeutica, non sottovalutare le relazioni e le relative azioni che intercorrono nella famiglia, come per esempio: il lavoro di ricostruzione del panorama trigerazionale (figli, genitori, nonni); le linee generazionali in termini di affettività e/o collusione tra i singoli componenti e le rispettive parentele (s'intendono i conflitti, le alleanze, le rotture, i silenzi, i ricongiungimenti); le triangolazioni relazionali all'interno della famiglia stessa, quando e come avvengono e se sono stabili; le mitologie familiari che percorrono la famiglia di chi soffre.

*Il terzo* è - alla luce dei dati di una ricerca elaborata e condotta presso il Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica dell'Università "La Sapienza" di Roma, sotto la guida di Luigi Onnis (neuropsichiatra) - l'opportunità di una revisione del concetto di cronicità della malattia psicosomatica. Sottolineiamo che piuttosto che l'ineluttabile evoluzione della malattia in se stessa, la "cronicità" sia la conseguenza di un intervento terapeutico che quasi sempre si limita a considerare gli aspetti biologici del disturbo psicosomatico, trascurandone la componente emozionale, relazionale, familiare (in particolare quelle tensioni emotive familiari che possono evocare un "fantasma di rottura"). I risultati del lavoro che segue sono già stati pubblicati nella rivista *Psicobiettivo*, sett.-dic. 1992 nell'articolo: *L'emozione della "rottura della familiarità" in psicosomatica*. Il ri-proporre oggi questo articolo risiede nella speranza che possa essere ancora d'aiuto ai pazienti che soffrono di disturbi psicosomatici (e mentali), ai medici di base<sup>4</sup> e agli specialisti che hanno il compito di occuparsene, ai Servizi territoriali e ospedalieri da cui ci si attende una proficua collaborazione e una profonda ri-organizzazione. Ciò, anche in considerazione del recente stanziamento di Euro 10mila da parte della Regione Abruzzo, finalizzati alla valorizzazione dell'ex Ospedale Psichiatrico dell'Aquila<sup>5</sup>.

## L'EMOZIONE DELLA "ROTTURA DELLA FAMILIARITÀ" IN MEDICINA PSICOSOMATICA

*Una indagine, nel servizio pubblico, sulla cronicità dei disturbi psicosomatici infantili*

Luigi Onnis - Angelo Di Gennaro - Giulia Cespa

### **Premessa**

Il nostro interesse per il concetto di cronicità in psicosomatica risale a circa dieci anni fa, quando abbiamo cominciato ad indagare sulla possibilità di prevenire la cronicizzazione del disturbo asmatico nei bambini.

Più esattamente, oggetto di quella prima ricerca erano le crisi asmatiche e la valutazione dei fattori che ne favoriscono la cronicizzazione (Onnis, 1985. Onnis et al.1985)

L'ipotesi di partenza era che tali fattori vengono ricercati da un lato nel persistere di influenze emozionali che hanno origine all'interno del sistema familiare di cui il paziente fa parte e, dall'altro, in quegli interventi dei Servizi che ignorando tali influenze e dinamiche sistemiche, danno alla crisi risposte inadeguate e parziali.

Dalla ricerca emerge che la cronicizzazione (o "intrattabilità") del disturbo asmatico è la risultante del convergere di tre fattori: il bambino e la sua malattia, la famiglia e le sue dinamiche interpersonali, il Servizio e le sue modalità di intervento (V. Fig. sotto).



Una seconda ricerca (Onnis et al. 1988. Onnis et al. 1989) concerne invece la messa a punto sperimentale di un modello di trattamento terapeutico che si verifichi idoneo ad un lavoro sistemico con le famiglie dei pazienti asmatici sbloccandone la rigidità omeostatica e prevenendo dunque la cronicizzazione di disturbo.

Tale ricerca è tuttora in corso: il lavoro che segue si colloca pertanto, temporalmente e concettualmente, tra la prima e la seconda.

### ***L'ipotesi***

Abbiamo già mostrato, nella ricerca cui si appena accennato (Onnis et al. 1985), come la intrattabilità del disturbo psicosomatico non sia esito della evoluzione ineluttabile della malattia o delle sue caratteristiche intrinseche, ma, piuttosto, sia esito di una relazione, la relazione con il Servizio, la cui risposta in senso esclusivamente e riduttivamente medico, scotomizza e disgrega la globalità del fenomeno psicosomatico, ignorando componenti e correlazioni essenziali.

Dunque, l'intrattabilità del disturbo è soprattutto l'esito di un trattamento parziale o mancato.

Inoltre, le ricerche sulla predittività dei disturbi psichiatrici (Onnis, 1973) hanno dimostrato che tale predittività è impossibile se si valutano come variabili le caratteristiche sintomatologiche iniziali o anche certe condizioni ambientali. Ma l'unica variabile che non viene, abitualmente, presa in considerazione e che, indirettamente, dimostra di avere valore decisivo, è proprio l'impatto con il Servizio e con la natura della sua risposta.

### ***Gli obiettivi***

Seguendo questa ipotesi, abbiamo voluto indagare ulteriormente sul rapporto utente-Servizio, e più precisamente sull'iter terapeutico seguito dai pazienti, mantenendo inalterata la scelta del tipo di disturbo psicosomatico (asma "cronico" in pazienti di età pediatrica) e variando, però, il tipo di Servizio. Da un Centro per le Malattie Allergiche e Immunologiche della Clinica Pediatrica dell'Università "La Sapienza" di Roma (nel caso della già citata ricerca), siamo passati, infatti, a collaborare anche con un ambulatorio specialistico di una delle Unità Sanitarie della provincia di Roma, dove afferiscono pazienti da 0 a 16 anni. Perché un paziente potesse entrare a far parte del campione doveva soddisfare il seguente criterio: diagnosi di asma "cronico" formulata dal pediatra dell'ambulatorio suddetto.

La seconda parte del programma di studio prevedeva anche la valutazione sull'efficacia della terapia familiare nel trattamento e nella prevenzione dell'asma infantile "cronico". Ma ostacoli di natura prevalentemente organizzativa (trasferimento dell'ambulatorio in uno spazio ospedaliero dichiaratamente inagibile e insufficiente) ne hanno impedito la realizzazione. Come già accennato, solo successivamente, attraverso l'elaborazione e il sovvenzionamento di un secondo piano di ricerca, è stato possibile provvedervi con un rinnovato rapporto di collaborazione con la Clinica Pediatrica. Tale ricerca è ancora in corso (Onnis, 1989).

### ***Metodologia: l'intervista mediante la scheda***

Quotidianamente, per un periodo di sei mesi una coppia, composta da un terapeuta relazionale e un assistente, è stata presente nell'ambulatorio specialistico della U.S.L. che, durante il normale orario delle visite di controllo, conduceva, in una stanza riservata, una intervista con i pazienti che presentavano il requisito di cui sopra e i familiari che li accompagnavano.

L'intervista assolveva ai seguenti scopi:

- ottenere informazioni ordinabili in vari gruppi, come vedremo più avanti;
- ottenere dati anamnestici indipendentemente dal pediatra, perché di significato non sempre corrispondente;
- avere la possibilità di instaurare un primo contatto con il paziente e i familiari, passo necessario in previsione dell'eventualità che il bambino fosse stato in futuro scelto quale soggetto del campione definitivo;
- in particolare avere informazioni sull'iter terapeutico precedentemente seguito dal paziente e quindi raccogliere dati che si riferissero da un lato al processo di formazione della domanda e dall'altro alle aspettative con cui il paziente e i suoi familiari si rivolgevano al Servizio.

Peraltro le norme standard di somministrazione dell'intervista erano abbastanza flessibili da non risultare costrittive e per l'intervistatore e per gli intervistati: ad esempio, l'ordine di successione delle domande poteva seguire gli argomenti che i familiari stessi affrontavano nel corso del colloquio. In ogni caso, circa la forma delle domande, particolare attenzione era dedicata al fine di evitare risposte "indotte" dalla domanda stessa. Nel complesso il *setting* dell'intervista non aveva un'impostazione rigidamente strutturata: ad esempio, sovente c'erano pause di interazione con il bambino asmatico o con i fratelli.

L'intervista era strutturata a domande "aperte": peraltro la scheda si presta anche a domande "chiuse", ma tale forma, più maneggevole da un punto di vista statistico, sarebbe stata di sacrificio rispetto a tutta una serie di informazioni che altrimenti sarebbero inevitabilmente andate perdute. Ulteriori osservazioni di carattere qualitativo e non strettamente pertinenti alle voci della scheda venivano annotate a parte e poi riportate nelle discussioni all'interno del gruppo di ricerca.

Le informazioni che ci si proponeva di raccogliere attraverso l'intervista possono essere suddivise in 4 gruppi (corrispondenti a gruppi di voci presenti nella scheda):

- a) dati relativi alla tipologia dei pazienti e delle loro famiglie;
  - b) dati relativi al contesto ambientale e relazionale in cui le crisi asmatiche si manifestano;
  - c) dati relativi alla qualità della domanda;
  - d) dati relativi alla qualità degli interventi.
- a) Vediamo i dati del *primo gruppo*. Prima di iniziare il colloquio, gli intervistatori si accertavano che nel corridoio dell'ambulatorio non fosse rimasto ad attendere qualche altro parente o accompagnatore e in tal caso anch'esso veniva invitato a prendervi parte. Infatti, la voce "familiari presenti" dà una prima informazione relativa a quale membro (o quali

membri) della famiglia si occupa della cura del paziente, chi tiene i contatti con i medici, ecc.

Il colloquio, che si protraeva per 30 minuti circa, iniziava chiedendo i dati anagrafici, composizione della famiglia, professione dei genitori, ecc. Questo terreno relativamente "neutro" dal punto di vista emotivo, facilitava l'instaurazione del rapporto su basi più rassicuranti per i familiari intervistati.

In tale clima di protezione e di rispetto, diveniva possibile approfondire l'indagine sulla natura dei rapporti che i componenti della famiglia intrattenevano tra loro, esplorando sul versante di loro eventuali allontanamenti o separazioni e sui relativi motivi. Anche questo aspetto poteva gettare luce su chi, della famiglia, si prendesse cura del paziente durante l'allontanamento di uno o di ambedue i genitori.

Gli intervistatori si informavano anche circa le modalità con le quali era stato effettuato l'invio o il primo contatto del paziente presso l'ambulatorio specialistico della U.S.L. Lo scopo era di capire quali modalità le famiglie avessero scelto nel contattare il suddetto ambulatorio e/o attraverso quale percorso vi fossero giunte. Questa voce fornisce ulteriori indicazioni su come la famiglia si prende cura del paziente. Ulteriori informazioni si ricavano dalle voci riguardanti le manifestazioni cliniche remote e in atto sia dei pazienti che dei loro familiari. Si intende così incominciare ad indagare sulla "familiarità" della malattia asmatica, intesa qui non in senso biologico-ereditario, bensì quale peculiare "stile" di alcune famiglie "psicosomatiche" di rispondere a significativi eventi del ciclo vitale (nascita, separazioni, allontanamenti, ecc.).

- b) Per quanto riguarda i dati del *secondo gruppo* di centrale importanza nella scheda sono le voci relative alle crisi asmatiche: si tratta di inserire le informazioni sulle manifestazioni di esse (caratteristiche cliniche, intensità, durata, ecc.), soprattutto nel quadro delle circostanze in cui si sono presentate (luogo, notte-giorno, ecc.), del modo con cui i familiari hanno reagito a livello comportamentale ed emotivo, delle iniziative che hanno preso per gestire la crisi.

Particolare rilievo assumono i dati sulla prima crisi, per il carattere improvviso e fortemente ansiogeno di questa, soprattutto quando sia di intensità e durata elevata.

Circa le circostanze immediatamente precedenti, interessa vedere se è possibile individuare *patterns* interattivi tali che possano aver suscitato tensione emozionale e quindi l'attacco asmatico nel bambino. Altresì è importante sapere chi dei familiari era presente al momento della crisi e, tra i presenti, chi ha fatto qualcosa e come per aiutare il bambino (a volte viene chiamato a casa il medico di famiglia o il pediatra, altre volte il bambino viene portato d'urgenza al Pronto Soccorso, ecc.).

Le famiglie presentano sensibili differenze di comportamento sotto questi aspetti, differenze che non sempre corrispondono alla obiettiva gravità della crisi asmatica.

L'approccio tradizionale all'asma bronchiale ritiene variabili importanti, in relazione al manifestarsi della crisi, alcuni fattori: la casa, per la

presenza di allergeni a cui il bambino può essere sensibile, oppure per l'umidità, ecc.; la stagione, ad esempio inverno-primavera; il momento della giornata, soprattutto la notte. A tale proposito, la nostra ricerca precedente avanza altre possibilità di spiegazione: è probabile che una qualche relazione esista tra evenienza della crisi e tali fattori, ma è altrettanto probabile che questi siano anche accompagnati da altri, forse più significativi, fattori scatenanti, relativi alle interazioni familiari.

- c) Per quanto concerne i dati del *terzo gruppo*, l'indagine sulla "qualità" della domanda è stata effettuata non solo valutando le modalità con cui essa si esprime e l'atteggiamento nei confronti dell'intervento del Servizio, ma esplorando anche quale è la concezione prevalente che del disturbo asmatico hanno il paziente e/o i suoi familiari (si è sempre cercato, ove possibile, di annotare separatamente le opinioni dei diversi membri presenti della famiglia). Sotto questo aspetto hanno particolare rilievo, per esempio, le voci relative ai fattori scatenanti, perché consentono di esplorare quale peso venga attribuito all'influenza di fattori psicologici ed emotivi rispetto a quelli fisici (qui è particolarmente opportuna la distinzione tra i fattori indicati dal pediatra e quelli rilevati dalla famiglia).
- d) Infine, per quanto riguarda i dati del *quarto gruppo*, si è dato notevole significato alle voci sulla natura degli interventi precedentemente effettuati che permettono di indagare quanto essi abbiano influito nell'orientare la domanda attuale del paziente e dei suoi familiari e nel condizionarne le aspettative.

### ***Discussione dei dati***

Non è possibile in questa sede una analisi dettagliata dei dati raccolti. Ci pare però essenziale proporre una valutazione critica dei risultati emersi.

- a) Per quanto riguarda i *dati del primo gruppo*, essi definiscono le caratteristiche tipologiche dei pazienti e delle loro famiglie. Attraverso la voce "familiari presenti" si incominciano ad identificare i componenti della famiglia più coinvolti nella relazione con il paziente e nel prendersi cura di lui: emergono così le modalità strutturali attraverso le quali i componenti della famiglia si mobilitano e si posizionano intorno al disturbo asmatico. Nel nostro caso è la madre che, da sola, con il marito o altri familiari, risulta più direttamente coinvolta nella gestione del sintomo asmatico. Attraverso la voce "allontanamenti da casa" si indaga se la famiglia ha subito o ha in corso ulteriori sostanziali modificazioni di tipo organizzativo o strutturale: se, in altri termini, ruoli e funzioni abitualmente svolti da uno dei membri della famiglia, vengono impropriamente assunti da altri. Sia con l'analisi della voce "familiari presenti" che della voce "allontanamenti da casa" si può indagare, inoltre, sul grado di vicinanza/protezione/cura e, sul versante opposto ma complementare, sul grado di lontananza/esposizione/abbandono tra paziente asmatico e componenti familiari: dalla maggior parte di coloro che ricordano di un avvenuto

allontanamento da casa, viene riferita una assenza temporanea o definitiva specialmente della figura paterna. Più raramente dalla famiglia si lontana la madre. Accade anche che tutta la famiglia si trasferisca altrove.

Il motivo dell'allontanamento viene attribuito al lavoro, alla separazione dei genitori, ai ricoveri ospedalieri.

La precisione, però, con cui gli allontanamenti vengono riferiti lasciano immaginare una sorta di "drasticità" con cui essi sono stati decisi e realizzati, così da lasciare quasi "senza fiato" coloro (i figli) che di solito, si può supporre, lo abbiano subito.

In sintesi si potrebbe affermare che l'allontanamento volontario o forzato di uno dei due genitori abbia "obbligato" l'altro ad assumerne le funzioni e, di conseguenza, a modificare i rapporti con gli altri membri della famiglia: i figli, in primo luogo.

È importante poi sottolineare che oltre un quarto delle famiglie - attraverso la "centralità" assunta dalle madri in particolare - si rivolge spontaneamente all'ambulatorio specialistico, quasi a voler indicare da un lato la percezione di una relativa inefficacia e parzialità degli interventi e delle cure precedentemente ricevute e, dall'altro, la necessità di ricercare altre modalità di intervento terapeutico (e, forse, psico-educativo) la cui esistenza dalla madre e dalla famiglia è soltanto avvertita ma non conosciuta.

Si indaga poi sulle manifestazioni allergiche che il paziente avrebbe esibito nel passato o esibisce attualmente.

È da notare che nella quasi totalità dei casi, per quanto riguarda l'anamnesi allergica familiare, risulta essere presente (anche nel passato) una sintomatologia allergica (di tipo asmatico, cutanea, oculare o alimentare).

Suscita interesse la natura di tale "familiarità", la quale, al di là di quanto tradizionalmente si affermi, potrebbe essere considerata, invece, un sentimento (di familiarità, appunto) che dà luogo istantaneamente e spontaneamente ad un riconoscimento reciproco (Rapaport et al. 1975).

Altrettanto importanti ci sembrano i fenomeni di "rottura (differenza) della familiarità": "a volte - scrive M. Foucault (1966) - nel giro di qualche anno, una cultura (familiare, potremmo aggiungere noi per analogia) cessa di pensare come aveva fatto fin là, e si mette a pensare diversamente". Tutti i rapporti (familiari, potremmo aggiungere ancora) *si sono alterati contemporaneamente, come nei tempi di crisi* (il corsivo è nostro) della lingua. Allora nasce un altro "campo epistemologico" (Millet et al. 1971).

b) I *dati del secondo gruppo* meritano una valutazione più attenta. Essi consentono, infatti, di continuare a far luce non solo sul contesto fisico, ma anche familiare e relazionale in cui il sintomo asmatico si manifesta, e permettono di intravedere fin d'ora come l'uno (il contesto) concorra a modellare l'altro (il sintomo) e viceversa.

Ancora una volta la casa propria o dei parenti sembra essere il teatro della prima crisi in un clima prevalentemente primaverile e notturno, quasi a sancirne, nel contempo, il carattere parentale, evolutivo, oscuro.

Nei casi in cui i familiari ritengono che la crisi fosse legata ad avvenimenti particolari, essi riferiscono che si trattava per lo più di situazioni che richiedevano particolari stress e/cambiamenti (trasferimenti di persone, inizio della scuola, cambiamento di stanza, ecc.).

E' noto come tali eventi possano provocare "effetti di straniamento" che perturbano la familiarità entro cui si è immersi – come scrivono, infatti, H. Maturana e F. Varela (1985).

Come abbiamo in parte già accennato, sembra esistere, dunque, un secondo tipo di familiarità, inteso nel senso di "sentimento di familiarità", di familiarità verso il mondo, verso un contesto interpersonale conosciuto, con il quale si ha dimestichezza, confidenza, consuetudine e all'interno del quale ci si sente bene, non estranei, né estraniati.

Secondo questa seconda concezione della familiarità alcuni eventi particolari della storia di queste famiglie (per es. adozione di uno dei genitori, comportamento alcolico di uno dei nonni, disturbi psichiatrici di uno dei membri della famiglia estesa, ecc.) possono provocare "effetti di straniamento", comportamenti apparentemente incomprensibili in uno dei suoi membri o nella famiglia nella sua totalità, perché fanno riferimento a una storia pluri-generazionale. Una sorta di "stile" sembra trasmettersi da un membro all'altro, da una generazione all'altra; "stile" che può assumere significati specifici individuali e di gruppo, e che spesso si condensa in "miti familiari" condivisi ma celati.

Come già accennato in precedenza, la valutazione dell'insieme dei dati relativi alle crisi successive alla prima, propone un quadro sommario del rapporto tra crisi asmatiche e il loro ripetersi nel tempo, dove emerge, però, chiaramente la concezione prevalente che i pazienti e i loro familiari hanno del disturbo asmatico: essi attribuiscono il disturbo ad una disfunzionalità, ad una "rottura" esclusivamente organica, corporea-individuale. In quanto tale, essa necessita di un intervento riparativo sul corpo (somministrazione di farmaci) da parte di uno specialista del corpo (il medico).

Secondo questa prospettiva il corpo umano mantiene le connotazioni di corpo anatomico (Körper), non assumendo mai quello di corpo vissuti (Leib), cioè "come corpo disponibile a", "corpo intenzionale", sempre e comunque diretto – secondo un'ottica antropo-fenomenologica – ad un progetto esistenziale (Galimberti, 1983; Heidegger, 1970; Husserl, 1968; Merleau-Ponty, 1972; Sartre, 1971).

c) I *dati del terzo gruppo* indagano sull'iter terapeutico e sulla qualità della domanda.

Sostanzialmente la domanda è già stata cristallizzata dalla risposta: con l'andare del tempo, infatti, i familiari, mediante la somministrazione dei farmaci, affrontano da soli l'insorgenza delle crisi. Successivamente, pur avvertendo insoddisfazione, essi si rivolgeranno ad altri medici per approfondimenti diagnostici, ma le risposte che otterranno si muoveranno ancora una volta sul binario unidirezionale sintomo→corpo→medicina: il corpo anatomico rappresenta la stazione di partenza e di arrivo, il luogo di osservazione. Il tavolo autoptico dove famigli e medici si trovano di fronte senza peraltro mai incontrarsi né congiungersi.

Nel frattempo, la diagnosi - l'asma – si è precisata, così come il trattamento. Laddove i familiari segnalavano l'inefficacia terapeutica del trattamento, venivano proposti approfondimenti diagnostici sempre più sofisticati che, comunque, rimanevano sempre nell'ambito dell'ottica di causalità lineare fin qui adottata dal modello di riferimento, quello medico-biologico.

Nei casi più gravi – quando, probabilmente, tutto il corpo e non soltanto l'apparato respiratorio sembrava “impazzito” (nel senso di Platone) – il piccolo paziente è stato ricoverato, con il completo accordo – forse impotenza totale – dei genitori.

Anche al momento dell'ultima consultazione le cure in atto indicano inequivocabilmente la natura dell'intervento, sempre farmacologico.

Le ulteriori misure terapeutiche suggerite indicano ancora una volta la concezione che essi hanno dell'ambiente: un ambiente fisico – anatomico potremmo dire – piuttosto che psicologico, vissuto.

Secondo tale prospettiva, essi suggeriscono al bambino di vivere in un ambiente asettico, neutro, “privo di emozioni” come se ciò fosse possibile. Del resto, tra i fattori che essi considerano scatenanti vengono riferiti perlopiù oggetti “esterni”, facilmente riconoscibili quali polvere, pollini, animali, giocattoli, ecc. con i quali i bambini possono venire malauguratamente in contatto. Una certa attenzione meritano poi il gran numero delle “mancate risposte”. Le famiglie sembrano “senza parole” (“senza fiato”), non sanno precisare le cause scatenanti l'asma (ma non solo), sembrano quasi voler dire: “siamo qui per questo, per saperne di più da voi!”. In relazione al rapporto tra famiglia, medico e Servizio è da segnalare un atteggiamento di distaccata fiducia della famiglia verso il medico, sia esso “di fiducia” – appunto – o specialista: la famiglia, col passare del tempo, sembra rendersi sempre più autonoma nelle sue decisioni e funzioni terapeutiche. Quando, però, le crisi si susseguono e la famiglia avverte una certa insoddisfazione dei risultati clinici ottenuti tende a consultare altri medici. Nessuno dei medici consultati prima di rivolgersi all'ambulatorio specialistico consiglia trattamenti di tipo psicoterapico. Ciò è confermato anche dal tipo delle cure in atto che sono esclusivamente medico-farmacologiche. Secondo le famiglie e i pediatri, pochi sono i casi in cui i fattori emotivi sarebbero legati allo scatenarsi delle crisi asmatiche. I familiari, però, a differenza dei pediatri, sembrano percepire più accuratamente la natura psico-emozionale e relazionale di tali eventi: interrogazioni scolastiche, ricorrenze familiari, ecc. Tuttavia, essi trovano difficoltà a identificare un luogo istituzionale in cui si possa meglio comprendere e precisare l'influenza che tali fattori svolgono sulle crisi asmatiche. Né i pediatri sembrano favorire tale ricerca.

d) *I dati del quarto gruppo* indagano sulla qualità della risposta.

Spesso, dubbi sono sia gli effetti dei cambiamenti dell'ambiente sia quelli dei farmaci consigliati dal medico. Fortunatamente, la famiglia – attraverso la madre, come abbiamo più volte rilevato – mantiene vivi la sua curiosità e il suo interesse verso la conoscenza della natura del disturbo asmatico. Ma, ciononostante, domanda della famiglia e risposta del Servizio continuano a situarsi all'interno di un circuito auto-rinforzantesi dove “l'offerta” (del Servizio) influenza e modella la “domanda” (della famiglia) e dove offerta e domanda si muovono lungo un canale esclusivamente medico che sembra non contemplare la possibilità di una diversa lettura del sintomo asmatico (è costante lo scarso riferimento ai fattori emotivi, visti sempre e comunque come qualcosa di secondario ad dato biologico) e nel quale la famiglia finisce, a sua volta, con il confermare questa tendenza, chiedendo diagnosi mediche sempre più approfondite e sofisticate.

Va riferito come ancora una volta domanda (della famiglia) e risposte (del medico o del Servizio) convergono sull'interpretazione più riduttiva della sofferenza del paziente.

Ma se questi viene espropriato del significato del suo disagio, se si ignora ogni connessione tra il sintomo e il contesto psico-emotivo e relazionale in cui compare, sembra inevitabile che il sintomo tenda a persistere e a cronicizzare. Ma allora la cronicità, più che fattore intrinseco alla malattia, diventa piuttosto esito della relazione terapeutica, e l'"intrattabilità" diventa il risultato di una mancanza di trattamento e di cura (Onnis et al. 1985. Onnis, 1988).

### **Conclusioni**

Potremmo affermare che due sono gli aspetti che è stato possibile cogliere durante l'analisi del presente lavoro:

- a) Il "corpo familiare", abitualmente immerso - se funzionante - in un caldo sentimento di familiarità, può essere minacciato e posto in crisi dalla "rottura" (fantasmatica o reale di tale sentimento).

Ogni differenza, cambiamento, separazione, allontanamento, nuovo incontro, ecc. può essere fonte di frammentazione, di disfunzionalità, di implosione o di esplosione del corpo o della mente familiare. Non necessariamente fanno la separazione e il divorzio dei genitori a provocare la disintegrazione del funzionamento emotivo e psico-sociale nel giovane paziente asmatico: può essere sufficiente, invece, il "fantasma della rottura", il timore che qualcuno o qualcosa possa turbare e infrangere tale atmosfera di familiarità entro cui è immerso, tale benessere da contatto - come lo definisce Bowlby (1972 e 1975) - dove diviene possibile il riconoscimento reciproco. Un "fantasma di rottura" che sembra essere frequentemente presente nei vissuti emozionali dei pazienti psicosomatici e nei miti delle loro famiglie: esso emerge con chiara evidenza, quando ci si preoccupa di esplorarlo (Onnis et al. 1990).

Tale contatto benefico - costituito essenzialmente da comportamenti e messaggi analogici (sguardi rassicuranti, presenze fiduciose, abbracci rilassanti, ecc.) - sembra piuttosto rappresentare un ponte invisibile, ma salutare, la cui mancanza potrebbe dare ragione del tuttora "misterioso salto" dalla mente al corpo (Deutsch, 1959; Onnis e Forti, 1981).

E i bambini sembrano particolarmente vulnerabili nei confronti di tali "rotture affettive". Spesso essi non hanno "voce in capitolo", non possono certo pretendere di sedere sullo stesso tavolo di trattative dei genitori nel decidere del destino del "corpo familiare". Ma, avvertono che qualcosa non va: anche gli affetti hanno una loro democrazia (Pietropolli Charmet, 1987), vanno ascoltati tutti. Eppure essi non riescono a far sentire la loro voce. Anzi! La voce, paradossalmente, non c'è più.

- b) Così, la domanda di aiuto che il "corpo familiare" manifesta (paradossalmente) attraverso la mancanza di voce di colui che (non) ha diritto di parola: non oltrepassa il singolo corpo asfissiato e vi rimane "costretta"; non supera la barriera epidermica del corpo anatomico non assurge a livello di significato simbolico (nel senso etimologico del termine = riunire); non viene posta in relazione con altre domande di

aiuto o possibili risposte. Segue il suo destino che, isolato dalla sua storia e dal suo contesto interpersonale, rimane indecifrabile e oscuro. Spinge i medici curanti a riparare un danno fisico, anatomico e, anche qualora questi vi riescano, la domanda rimane lì insoddisfatta, inevasa, probabilmente pronta a riemergere nella generazione successiva con la speranza di una maggiore fortuna.

Ed è proprio tale domanda che, nell'ambito delle attività di prevenzione dei Servizi di Medicina Psicosomatica e Psicologia, attende di essere raccolta e decifrata. Ma ciò, come è stato sottolineato altrove (Onnis, 1985) richiede uno sforzo culturale non indifferente: sarebbe augurabile che i professionisti che vi operano imparino a riunire, a ricomporre il senso, a connettere in unica struttura concettuale il sintomo con il contesto comunicazionale e relazionale di appartenenza e con le storie personali e collettive che lo caratterizzano e lo definiscono nel tempo. Se non si riesce e a rendere decifrabile il cosiddetto "linguaggio del corpo" (Deutsch, 1959) non stupisce che il malessere che si esprime *attraverso* il corpo, tenda a persistere nel tempo assumendo la forma della cronicità.

### **Bibliografia e Note**

- BOWBLY J. (1972 e 1975), *L'attaccamento alla madre*. Vol. I e II. Boringhieri. Torino.
- DEUTSCH F. (1959). *Il misterioso salto dalla mente al corpo*. Martinelli. Firenze.
- FOUCAULT M. (1966). *Les mot e les choses*. N.R.F. Paris.
- GALIMBERTI U. (1983). *Il corpo*. Feltrinelli. Milano.
- HEIDEGGER E. (1970). *Essere e tempo*. Longanesi. Milano
- HUSSERL E. (1968). *Ricerche logiche*. Il Saggiatore. Milano.
- MATURANA H., VARELA F. (1985) *Autopoiesi e cognizione*. Marsilio. Venezia.
- MERLEAU-PONTY M. (1972). *Fenomenologia della percezione*. Il Saggiatore. Milano.
- MILLET L., M. VARIN D'AINVILLE (1971). *Lo strutturalismo*. Città Nuova Editrice. Roma.
- O.M.S. (1973) *Report of the international pilot study of schizophrenia*. Vol. I. Ginevra.
- ONNIS L. e FORTI L. (1981). *Il "misterioso salto" dalla psiche al soma*. Rassegna essenziale di concetti sull'approccio psicoanalitico al disturbo psicosomatico. In Ciani N. (a cura di): *Psichiatria e Psicoterapia*. Il Pensiero Scientifico. Roma.
- ONNIS L. (1985). *Corpo e contesto*. La Nuova Italia. Roma.
- ONNIS L. TORTOLANI D., DI GENNARO A., MARINOZZI P., PETRALITO M. G., ROGGI D. (1985) *Il bambino con disturbi psicosomatici*. Il Pensiero Scientifico. Roma.

ONNIS L., TORTOLANI D., CANCRINI L. (1986) *A Systemic research on chronicity factors in infantile asthma*. In *Family Process*, vol. 25, n. 1, pp. 107-122.

ONNIS L., DI GENNARO A., CANCRINI L. (1988). L'asma infantile in una prospettiva sistemica: da una revisione del concetto di cronicità a un modello sperimentale di terapia. In Onnis L. (a cura di): *Famiglia e malattia psicosomatica, l'orientamento sistemico*. Ed. N.I.S. Roma.

ONNIS L., DI GENNARO A., CESPÀ G., AGOSTINI B., ALLOCATI V., CHOUHY A., DENTALE R.C., QUINZI P., BUSINCO L., DI FAZIO A., VAZZOLER C. (1989). *Utilità della psicoterapia familiare nelle malattie psicosomatiche croniche: dati preliminari di una ricerca sull'asma infantile*. In *Medicina Psicosomatica*, vol. 34, N. 3, pp. 185-203.

ONNIS L., DI GENNARO A., CESPÀ G., AGOSTINI B., CHOUHY A., DENTALE R.C., QUINZI P. (1990). *Le sculture del presente e del futuro: un modello di lavoro terapeutico nelle situazioni psicosomatiche*. In *Ecologia della Mente*. Roma.

PIETROPOLLI CHARMET G. (1987). *La democrazia degli affetti*. Cortina. Milano.

RAPAPORT D., MERTON M.G., SCHEFFER (1975). *Reattivi diagnostici*. Boringhieri. Torino.

SARTRE J. P. (1971). *L'essere e il nulla*. Il Saggiatore. Milano.

ONNIS L. (1988). *Incurabilité ou obience the nice?* *Thérapie Familiale*, vol. 9, n. 3, pp. 199-218.

---

<sup>1</sup> V. i volumi:

Gunter Ammon, *Psicosomatica*, Roma, Borla, 1977.

Franz Alexander, *Medicina psicosomatica*, Firenze, Editrice Universitaria, 1951.

Henri F. Ellemberger, *La scoperta dell'inconscio*, Torino, Boringhieri, 1976.

Sigmund Freud, Josef Breuer, *Studi sull'isteria*, Torino, Boringhieri, 1962.

Sigmund Freud, *Progetto di una psicologia in Opere 2*, Torino, Boringhieri, 1968.

Wilhelm Reich, *Analisi del carattere*, Milano, SugarCO, 1994.

Alexander Lowen, *Il linguaggio del corpo*, Milano, Feltrinelli, 2008.

<sup>2</sup> Fortunatamente, una visione più ottimistica della questione la troviamo, invece, nel GAZZETTINO DELLA VALLE DEL SAGITTARIO - INVERNO 2017: *L'invecchiamento di successo - quando vivere in un piccolo paese di montagna può rappresentare una risorsa* di Francesca Giansante e Roberta Sciore.

<sup>3</sup> La famiglia è uno degli scenari tipici nel quale nasce e cresce il dramma delle "relazioni tossiche". Inoltre, a tutto ciò si aggiunga il fatto che non possiamo semplicemente liberarci di loro, poiché ci sarà sempre qualcosa che ci unirà.

Possono esserci gli ex-partner, certo, ma non una ex-madre, un ex-padre, un ex-fratello, un ex-nonno, ecc. In pratica, possiamo chiudere una relazione di coppia, ma non possiamo fare lo stesso con i nostri parenti.

La famiglia ci viene imposta e ciò significa che, per quanto non ci piaccia, dobbiamo adattarci. Spesso siamo sottoposti a regole all'interno del nucleo familiare che ci fanno sentire soffocati. Inoltre, più sono importanti nella famiglia i "parenti tossici", più difficile sarà uscirne e far valere i nostri diritti.

Esistono due tipi di famiglie: quelle rigide e quelle flessibili. Nel primo caso, la tossicità abbonda, poiché nasce dall'uso intenso e irrazionale del potere. Questa situazione ci invalida le relazioni con gli altri e ci impedisce di esprimere liberamente i nostri sentimenti e le nostre opinioni, stabilire un dialogo o mostrare quanto valiamo.

Questi parenti sono, senza dubbio, dei vampiri emotivi. Si tratta di quelle persone che ci sottomettono all'autorità, all'invidia e all'accusa costante di qualcuno che, in realtà, dovrebbe prendersi cura di noi più di chiunque altro al mondo (Da *Psicoadvisor* del 31 ottobre 2015).

<sup>4</sup> Che, nella maggior parte dei casi (Scanno e Villalago compresi), hanno difficoltà a relazionare e presentare ai cittadini lo stato di malattia (e di salute) del proprio bacino di utenza, privando così la politica di un utile strumento di prevenzione.

<sup>5</sup> Dal sito della Città dell'Aquila - 4 maggio 2017.

La giunta comunale ha approvato lo schema di accordo di cooperazione con la Asl Avezzano-Sulmona-L'Aquila per la valorizzazione dell'area dell'ex ospedale psichiatrico di Collemaggio, ai fini "turistico-ricettivi e sociali".

Il progetto, denominato "Parco della luna", prevede interventi sugli edifici ricompresi nell'area, di proprietà della Asl, e verrà finanziato con fondi regionali, nell'ambito del Masterplan Abruzzo, per complessivi 10 milioni di euro. Il piano complessivo prevede anche la realizzazione della struttura per disabili psichici "Albergo via dei matti numero zero", finanziato con fondi Cipe per 430mila euro...

