

# Elaborazione affettiva e salute

*Luigi Solano*

*English title* Affective processing and Health

*Abstract* Starting with a criticism of the contrast between “reason” and “feeling” which long permeated western culture, the paper is an outline of the importance for both physical and mental health of full contact with affect, more specifically of a link between a more “bodily” physiological level, defined as emotion, and a more cognitive, experiential, conscious level, defined as feeling. Such link allows conscious reflection on feelings and regulation of emotional activation. The alexithymia construct is then introduced, as an example of a condition where links between emotions and feelings appear deficient. An illustrative clinical case is reported, together with a description of measures of the construct, of its effects on health, of problems arising in the physician/patient relationship in the presence of high levels in this dimension.

*Keywords* emotions, feelings, alexithymia, health.

## *Emozioni e loro funzioni*

La cultura occidentale ha spesso espresso una posizione (molto chiara, per esempio, in Platone) in cui le emozioni (le “passioni”) risultano un elemento essenzialmente di disturbo per il pensiero e vanno soprattutto contenute, arginate. Come dire, sarebbe meglio se non ci fossero, ma purtroppo... Questa posizione è spesso diffusa anche a livello popolare.

Altri momenti storici (segnatamente il Romanticismo) hanno visto un'esaltazione del “sentimento”, visto in contrapposizione alla “razionalità”, spesso elogiando il cieco abbandonarsi al primo, forza superiore e indiscutibile, senza alcuna considerazione della realtà esterna (non per

nulla le vicende romantiche si concludono quasi sempre con la morte dei protagonisti, da Werther a Tristano e Isotta).

Certamente sono state espresse anche in passato posizioni più equilibrate, a cominciare da Aristotele. Mi occuperò però essenzialmente del contributo della psicologia contemporanea, in particolare di ispirazione psicoanalitica, di cui mi ritengo competente. Tale contributo, oltre che basato sulla clinica e sulla ricerca specifica, risente dell'apporto delle teorie sull'evoluzione.

Cominciando appunto da queste, le teorie dell'evoluzione ci dicono che se un elemento sopravvive alla pressione dell'ambiente, in genere serve a qualcosa. Ciò che è soltanto di disturbo viene eliminato.<sup>1</sup> Se le emozioni si sono sviluppate e mantenute nella storia dell'evoluzione, anzi sono diventate sempre più differenziate e sofisticate quanto più le specie si sono evolute, devono pur avere una loro utilità.

L'adattività evolutiva delle emozioni è stata affermata chiaramente da C. Darwin nel 1872.<sup>2</sup> Nell'ambito della psicologia d'ispirazione psicoanalitica l'utilità dell'emozione di angoscia come "segnale" di pericolo venne riconosciuta da S. Freud nel 1926 in *Inibizione, sintomo e angoscia*.<sup>3</sup> Autori successivi (E. Bibring,<sup>4</sup> G. Engel,<sup>5</sup> I.C. Kaufman<sup>6</sup>) hanno svolto considerazioni simili anche rispetto alla depressione, vista come

<sup>1</sup> Questa constatazione può essere utile anche a confutare l'ipotesi di una sostanziale origine genetica dei disturbi mentali. Poiché la prevalenza di questi ultimi nella popolazione mondiale viene stimata intorno al 25%, non si capisce come l'evoluzione avrebbe permesso il permanere di una tale quota di geni nocivi. Vedi per esempio S. Keri, "Genes for psychosis and creativity", in «Psychological Science», vol. 20, 2009, pp. 1070-1073.

<sup>2</sup> C. Darwin, *The expression of emotion in man and animals*, John Murray, London 1872.

<sup>3</sup> S. Freud, "Inibizione, sintomo e angoscia" (1926), trad. it. in *Opere*, 12 voll., vol. 10, Boringhieri, Torino 1978, pp. 233-317.

<sup>4</sup> E. Bibring, "The mechanism of depression", in P. Greenacre (a cura di), *Affective Disorders*, International University Press, New York 1953, pp. 13-48.

<sup>5</sup> G. Engel, "Anxiety and depression withdrawal: the primary affects of unpleasure", in «International Journal of Psychoanalysis», vol. 43, 1962, pp. 89-97.

<sup>6</sup> I.C. Kaufman, "Developmental considerations of anxiety and depression: psychobiological studies in monkeys", in «Psychoanalysis and Contemporary Science», vol. 4, 1977, pp. 317-363.

un segnale volto alla regolazione dell'autostima, in modo da evitare rischi peggiori. W.R. Bion<sup>7</sup> ha visto nelle emozioni la base per riconoscere e valutare i dati dell'esperienza. La ricerca empirica sui bambini piccoli (per esempio D. Stern)<sup>8</sup> ha da tempo riconosciuto l'importanza delle emozioni nello strutturare le rappresentazioni interne delle interazioni. In studi successivi (per esempio R. Emde)<sup>9</sup> le emozioni, specie quelle durevoli (interesse) sono state viste anche come aventi effetti d'integrazione, organizzazione, sostegno allo sviluppo. Anche in ambiti non psicoanalitici si è da tempo fatto strada un concetto di emozioni come «fonte di informazione sulla propria identità e i propri bisogni personali, e *sulle azioni* necessarie a soddisfare tali bisogni».<sup>10</sup>

Emozioni quindi *come base del pensiero, della ragione*, e non in contrapposizione a questi.

### *Identificazione e regolazione delle emozioni*

Per poter svolgere le loro funzioni informative e di spinta all'azione (*e-movere*) è necessario che le emozioni vengano pienamente percepite e identificate nella loro specificità. Nella specie umana, infatti, le emozioni sono presenti ad almeno due livelli:

- un livello scarsamente cosciente, automatico, non simbolico,<sup>11</sup> “corporeo”, poco differenziato, basato dal punto di vista anatomico principalmente sull'amigdala, che riceve in genere la denominazione di “emozione” in senso stretto;

<sup>7</sup> W.R. Bion, *Apprendere dall'esperienza* (1962), trad. it. Armando, Roma 1972.

<sup>8</sup> D. Stern, *The interpersonal world of the infant*, Basic Books, New York 1985.

<sup>9</sup> R. Emde, “Moving ahead: integrating influences of affective processes for development and for psychoanalysis” in «International Journal of Psychoanalysis», vol. 80, 1999, pp. 317-340.

<sup>10</sup> R.E. Dafer, “Why ‘negative’ emotions can sometimes be positive: the spectrum model of emotions and their role in mind-body healing”, in «Advances», vol. 12, 1996, pp. 6-19.

<sup>11</sup> W. Bucci, *Psychoanalysis and cognitive science. A multiple code theory*, Guilford Press, New York 1997.

- un livello cosciente, simbolico,<sup>12</sup> “mentale” in cui l’affetto viene identificato specificamente come paura o rabbia, o gioia, fino a più raffinate distinzioni. Questo livello, basato essenzialmente sulla corteccia limbica e prefrontale, prevede anche la denominazione linguistica, con conseguente possibilità comunicative molto maggiori; viene in genere indicato come “sentimento”.<sup>13</sup>

I sentimenti possono essere posti a confronto l’uno con l’altro, in modo da decidere quali seguire e quali mettere da parte; possono essere collegati ai ricordi passati, all’immaginazione e al ragionamento, possono essere utilizzati come guida per il pensiero e per il comportamento, e dunque *per regolare gli stati di attivazione emotiva*.<sup>14</sup>

Le modificazioni sensoriali, viscerali e motorie che si verificano quando si attiva un’emozione sono elaborate dal sistema nervoso in una modalità non-simbolica. Nel corso dello sviluppo primario queste rappresentazioni non-simboliche vengono connesse a rappresentazioni simboliche, inizialmente attraverso immagini (come l’associazione tra l’emozione e una persona o un evento), e, più tardi, quando si sviluppa il linguaggio, attraverso parole che consentono alla persona di definire, identificare e descrivere gli specifici sentimenti.<sup>15</sup>

La costruzione di un livello simbolico nella specie umana avviene all’interno del *rapporto con l’accidente* che, specie nelle prime fasi della vita, interviene appunto a interpretare e regolare le emozioni del neonato e del lattante.<sup>16</sup> Il termine di regolazione va però inteso in un senso ben più ampio di quello che il termine potrebbe suggerire; quelle che sono in gioco sono le trasformazioni, postulate dai diversi autori psico-

<sup>12</sup> Ivi.

<sup>13</sup> Da questo punto del lavoro utilizzerò i termini “emozione” e “sentimento” secondo le definizioni appena enunciate, mentre utilizzerò il termine “affetto” per indicare l’insieme del fenomeno.

<sup>14</sup> G.J. Taylor, R.M. Bagby, J.D.A. Parker, *Disturbi della regolazione affettiva* (1997), trad. it. Fioriti, Roma 2000.

<sup>15</sup> W. Bucci, *Psychoanalysis and cognitive science. A multiple code theory*, cit.

<sup>16</sup> R.N. Emde, “Development terminable and interminable I. Innate and motivational factors from infancy” in «International Journal of Psychoanalysis», vol. 69, 1988, pp. 23-42.

analitici (a cominciare da Freud ne *L'Io e l'Es*),<sup>17</sup> da esperienze più primitive, informi, non regolate nell'intensità, a entità più definite, comprensibili dal soggetto e quindi anche comunicabili all'esterno.

Emblematicamente nel pensiero di Bion<sup>18</sup> l'esperienza, come viene acquisita attraverso la sensorialità, dà origine a quelli che chiama «elementi *beta*» (che possiamo considerare delle protoemozioni); questi ultimi attraverso il *contenimento*, la *funzione alfa* della madre, vengono trasformati in «elementi *alfa*», che sono la base delle rappresentazioni mentali, del pensiero cosciente, dei sentimenti, dei sogni. La funzione *alfa* della madre viene gradualmente interiorizzata dal bambino che nel tempo diviene capace di effettuare da solo le stesse operazioni.

Fino a quando non vengono sottoposti all'azione della funzione *alfa* gli elementi *beta* “indigeriti” non sono pensabili, ma vengono sentiti come cose, che, proseguendo nella metafora digestiva, possono essere soltanto evacuate, eliminate, essenzialmente nell'azione (il destino ineluttabile delle vicende romantiche) o nel corpo.

### *Il costrutto dell'alessitimia*<sup>19</sup>

Si tratta di uno dei più noti e diffusi costrutti clinici che indica appunto una difficoltà nel collegare le emozioni con simboli visivi e verbali – quindi nello sperimentare sentimenti – e a seguito della quale le emozioni vengono, invece, sperimentate primariamente come sensazioni fisiche e tendenze all'azione.

<sup>17</sup> S. Freud, “L'Io e l'Es” (1922), trad. it. in *Opere*, vol. 9, cit., pp. 471-520.

<sup>18</sup> W.R. Bion, *Apprendere dall'esperienza*, cit.

<sup>19</sup> Per una trattazione generale sull'alessitimia vedi G.J. Taylor, R.M. Bagby, J.D.A. Parker. *Disturbi della regolazione affettiva*, cit.; G.J. Taylor, R.M. Bagby, “Progressi nella teoria e nella ricerca sull'alessitimia”, in G.J. Taylor *et al.*, (a cura di), *La valutazione dell'alessitimia con la TSLA*, trad. it. Raffaello Cortina, Milano 2014, pp. 77-96; il capitolo “Alessitimia e regolazione affettiva”, in L. Solano, *Tra mente e corpo: come si costruisce la salute*, Raffaello Cortina, Milano 2013.

Un importante antecedente è nel concetto di «*pensée opératoire*» enunciato dalla Scuola psicosomatica francese nel 1963,<sup>20</sup> definito come povertà di dialogo, scarsa capacità immaginativa, orientamento soprattutto ad aspetti pratici (da cui il nome). Queste caratteristiche vennero riscontrate soprattutto in pazienti affetti da disturbi fisici di origine indeterminata. Il concetto ha avuto difficoltà a diffondersi al di fuori di un ambito specificamente psicoanalitico in quanto inserito teoricamente in un modello pulsionale poco condivisibile e poco comprensibile altrove, e per il mancato sviluppo di strumenti di misura in qualche modo standardizzati che potessero permettere una replica e un ampliamento degli studi.

Nel 1970 J.C. Nemiah e P.E. Sifneos<sup>21</sup> effettuarono dei colloqui con venti soggetti, ciascuno affetto da due malattie psicosomatiche classiche. In sedici su venti riscontrarono difficoltà a esprimere verbalmente le emozioni, scarsità di fantasia, stile comunicativo incolore. La parola, a sua volta non connessa con l'emozione, risultava poco espressiva. Venne quindi coniata la parola a-lessi-timia, di derivazione greca: mancanza di parole per le emozioni, da *alfa* privativo + *lexis* (= parola) + *thymos* (= emozione), e il relativo costruito.<sup>22</sup>

L'accento sullo *stile comunicativo* merita di essere sottolineato, in quanto ha anticipato l'interesse degli ambienti psicoanalitici per questo aspetto, che oggi è al centro anche di altri importanti filoni di ricerca (per esempio quelli che fanno riferimento a W. Bucci, P. Fonagy, M. Main).

Aspetto fondamentale è il discostarsi del concetto di alessitimia da un modello d'inibizione: la persona non reprime o inibisce o nega le emozioni, bensì *non ha parole*; in altri termini: non riesce a esprimere. Ci troviamo senz'altro più nell'area del *deficit* che in quella del conflitto.

Dopo la prima enunciazione del costruito, i più significativi contributi relativi alla definizione del costruito dell'alessitimia sono

<sup>20</sup> P. Marty, M. de M'Uzan, C. David, *L'indagine psicosomatica* (1963), trad. it. Boringhieri, Torino, 1971.

<sup>21</sup> J.C. Nemiah, P.E. Sifneos, "Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders", in O.W. Hill (a cura di), *Modern trends in psychosomatic medicine*, vol. 2, Butterworths, London 1970, pp. 26-34.

<sup>22</sup> J.C. Nemiah, H. Freyberger, P.E. Sifneos, "Alexithymia: a view of the psychosomatic process", in O.W. Hill (a cura di), *Modern trends in psychosomatic medicine*, vol. 3, Butterworths, London 1976, pp. 430-439.

venuti da un gruppo di ricerca clinica e psicométrica nato a Toronto (Canada), che fa capo a G.J. Taylor e i cui primi aderenti sono M. Bagby e J.D.A. Parker.<sup>23</sup> Una serie di ricerche ha riscontrato molteplici caratteristiche nei soggetti alessitimici. Attualmente c'è accordo nel riconoscere come *fondamentali* le seguenti:<sup>24</sup>

- *difficoltà a identificare i sentimenti*: a discriminare un sentimento dall'altro, e i sentimenti da sensazioni derivanti da alterazioni somatiche non emozionali (l'ansia dall'influenza); può accadere che i soggetti risalgano al sentimento dallo stato somatico che percepiscono (risultando inconsapevoli seguaci della teoria di James-Lange): mi batte il cuore, vuole dire che sono spaventato;
- *difficoltà a comunicare ad altri i propri sentimenti*;
- *stile cognitivo legato allo stimolo, orientato all'esterno* (il pensiero operatorio della scuola francese). È scarsa l'introspezione, l'attenzione al proprio mondo interno e a quello degli altri. È difficile cogliere gli aspetti emotivi e motivazionali delle situazioni, si registra semplicemente lo svolgersi degli eventi, si cerca di capire cosa accade attraverso nessi concreti. Un soggetto alessitimico cui venga chiesto perché ha scelto di svolgere un determinato lavoro risponderà che la sede è vicina a casa, che l'orario è comodo, che corrisponde al suo titolo di studio, che ha il cellulare gratuito, ecc. Una forma adattiva di pensiero orientato all'esterno è il metodo investigativo di Sherlock Holmes, che più che sulle motivazioni dei personaggi, si fonda sullo sviluppo di una straordinaria capacità di notare dati concreti, obiettivi, fattuali: il colore della polvere sulle scarpe, un bottone che manca, un coltello consumato. Si può quindi ipotizzare che lo sviluppo di questa modalità di pensiero possa rivestire un valore compensatorio per quella che è stata definita "cecità emoziona-

<sup>23</sup> Per la storia del gruppo di Toronto vedi G.J. Taylor, R.M. Bagby, J.D.A. Parker, *Disturbi della regolazione affettiva*, cit.; P. Porcelli, O. Todarello, "Il gruppo di Toronto e la ricerca sull'alessitimia", in V. Caretti, D. La Barbera (a cura di), *Alessitimia, valutazione e trattamento*, Astrolabio, Roma 2005, pp. 46-76.

<sup>24</sup> G.J. Taylor *et al.*, "Validation of the alexithymia construct: a measurement-based approach", in «Canadian Journal of Psychiatry», vol. 35, 1990, pp. 290-297.

- le”, come i non vedenti possono sviluppare altre modalità sensoriali in misura fuori dal comune;
- *processi immaginativi coartati*, con scarsità di vita fantasmatica (anche questi già descritti dalla scuola francese).

Sono state inoltre notate caratteristiche che possiamo definire “accessorie”, perché non presenti costantemente e perché costituiscono dei corollari più che il nucleo centrale del costrutto: i soggetti più alessitimici lamentano in genere sintomi somatici (più che problemi psicologici o relazionali); i loro sogni, raramente ricordati, oscillano tra incubi arcaici e pensiero razionale; possono dare un’impressione di pseudo-normalità, a volte di “seguire un manuale d’istruzioni”; di conformismo; a volte presentano amimia; mostrano ridotta capacità empatica e difficoltà a riconoscere le emozioni dalle espressioni facciali.<sup>25</sup>

A causa della difficoltà a identificare accuratamente i propri sentimenti soggettivi, gli individui con alto livello di alessitimia non solo sono limitati nella capacità di riflettere sulle proprie emozioni e di regolarle, ma anche in quella di comunicare verbalmente la propria sofferenza emozionale agli altri, risultando quindi poco in grado di utilizzarli come fonte di aiuto o conforto. A sua volta la mancanza di condivisione emotiva può contribuire a rendere difficile l’identificazione dei vissuti emotivi.

È importante sottolineare che l’alessitimia non è un fenomeno categoriale (tutto-o-nulla), ma un *costrutto dimensionale* che è distribuito normalmente nella popolazione generale. Ovvero, come per l’intelligenza generale, vi è un’ampia variabilità: alcuni soggetti mostrano un’alessitimia molto elevata, altri non mostrano nessuna delle sue caratteristiche, mentre la maggior parte degli individui si trova tra i due estremi.

Non sempre un alto grado di alessitimia si esprime nei termini di una ridotta espressione emozionale: talvolta l’emozione non riconosciuta e non regolata si può esprimere in esplosioni di pianto o d’ira di cui è difficile comprendere l’origine, o anche in disagio psicologico cronico. Più comunemente i soggetti alessitimici tendono a mostrare uno stato affettivo negativo indifferenziato, che tende a indurre nell’interlocutore

<sup>25</sup> Per la bibliografia dettagliata relativa a queste caratteristiche vedi L. Solano, *Tra mente e corpo: come si costruisce la salute*, cit., p. 272.



una sensazione (una *controtransfert*) essenzialmente di *noia*. La difficoltà più evidente è nella possibilità di mostrare interesse per qualcosa (per non parlare di gioia ed entusiasmo).

*Un caso clinico illustrativo di alta alessitimia*<sup>26</sup>

La paziente, una fisioterapista divorziata tra i quarantacinque e i cinquanta anni, era stata indirizzata a una clinica specializzata nei dolori craniofacciali per una valutazione multidisciplinare di una serie di strani sintomi somatici inspiegabili da un punto di vista medico. Questi sintomi comprendevano dolori facciali, una sensazione di bruciore alla sommità della testa ed episodi di debolezza. La paziente aveva manifestato questi sintomi per otto anni, in seguito a un drenaggio chirurgico di un'infezione delle cavità sinusali. La base iniziale del colloquio s'incentrò sulla storia del disturbo e sulle varie analisi e terapie che la paziente aveva subito. La paziente parlava con scioltezza, fornendo un resoconto dettagliato del decorso della malattia e dei cambiamenti che questa aveva prodotto nella sua vita. Tuttavia, quando il medico le rivolgeva delle domande sulla sua risposta emotiva alla malattia, la paziente mostrava una sorprendente incapacità di descrivere i propri sentimenti:

Dr. — Può dirmi qualcos'altro sui suoi sentimenti i riguardo a tutti questi problemi di salute?

Pz. — Mmm... non so come dire. Cioè, ho sempre... sa com'è... per me la vita dipende da noi, nonostante tutto quello che succede, e non sono mai stata molto emotiva riguardo a quello che mi capita. Cerco di essere analitica, e sono sicura, obiettivamente so, che l'origine di tutto è stata la sinusite. E penso che fondamentalmente la causa di tutto ciò che mi succede è il fatto che non ho mai preso gli antibiotici.

La paziente continua a parlare dei propri sintomi senza menzionare alcun affetto che vi sia associato, e manifesta uno stile di pensiero ope-

<sup>26</sup> Tratto da G.J. Taylor, R.M. Bagby, J.D.A Parker, *Disturbi della regolazione affettiva*, cit., pp. 33-36.

ratorio nel descrivere con un dettaglio eccessivo i propri sintomi e gli eventi esterni, senza fare alcun riferimento alle proprie esperienze interne. Dopo che la paziente ha descritto una tipica occorrenza dei propri sintomi, il medico insiste sulla sua risposta emotiva.

Dr. — Da un punto di vista emotivo non prova niente in questi casi?

Pz. — No.

Dr. — Assolutamente niente?

Pz. — No. Sono solo debole, spossata. Mmm... la sola cosa paragonabile a questa è quando mi hanno operato una ventina d'anni fa, ho avuto uno *choc*, ed è la stessa cosa. Quando alla fine quel giorno il telefono mi ha svegliato... mmm... ero stata all'ospedale quella mattina e ce l'ho fatta a malapena ad arrivarci. Non sapevano che fare, per cui non hanno fatto niente. È per questo che mi sono infuriata.

Dr. (Cogliendo al volo l'occasione.) — Mi dica qualcosa di questa furia.

Pz. — Beh è solo che, ecco, è il colmo dell'inutilità cercare sempre di risalire all'origine di tutto.

Dr. — Che si prova a essere infuriati?

Pz. — Mah, è un modo di dire, ma in realtà è difficile dirlo a parole.

Dr. — Può provarci?

Pz. — È... è... come dire collegato a quello che è successo e non avere risposta, e credo che dipenda dal fatto che in quel periodo avevo appena fatto un prelievo quando mi è salita la pressione...

Dr. (Interrompe la paziente che sta ricominciando a parlare dei suoi sintomi.)

— Questo non è esattamente descrivere la furia a parole, non crede?

Pz. — No, effettivamente...

Dr. — Cerchi di farlo. Che significa per lei essere furiosa?

Pz. — È difficile dirlo a parole (silenzio).

È importante notare che anche se la paziente usa la parola "infuriata" per indicare uno stato emotivo, è poi incapace di dire qualcosa sulla natura soggettiva di questa emozione. La difficoltà della paziente a esprimersi e la sua incapacità di descrivere i propri sentimenti è illustrata ulteriormente in un successivo frammento del colloquio, in cui il medico le chiede di altre emozioni specifiche.

Dr. — Vedo che per lei è difficile descrivere il sentimento di furia. Le riesce difficile descrivere anche le altre emozioni?

- Pz. — Non ci ho proprio mai pensato.
- Dr. — Le capita mai di essere depressa?
- Pz. — No. Non sono un tipo depresso, no. Quello che mi è successo e legato a... mmm... per dire le cose in un certo modo, credo...
- Dr. — La depressione sa, lei sa di che si tratta?
- Pz. — Sì, credo di sì. Conosco un sacco di persone che sono state depresse.
- Dr. — E a lei è mai capitato?
- Pz. — No, non credo.
- Dr. — Proprio mai?
- Pz. — No, non credo proprio.
- Dr. — E la tristezza?
- Pz. — Non credo, no.
- Dr. — Quali sono le emozioni che lei prova di solito?
- Pz. — È difficile dirlo.
- Dr. — Se qualcuno le chiedesse di che umore è di solito, cosa risponderebbe?
- Pz. — Mah, non è che io abbia grandi sbalzi di umore, e... mmm... credo, come dire, sono stata in coma tre volte, e la prima volta sembra che non avessi nessuna espressione sul viso. Mi è capitato che i fisioterapisti con cui lavoravo mi chiedessero se ero arrabbiata con loro e io gli dicevo, beh, sapete come sono fatta, se fossi arrabbiata lo vedreste.
- Dr. — Lo vedrebbero da cosa?
- Pz. — Gliel'ho detto, non ho grandi sbalzi di umore. Non è che sto sempre ad arrabbiarmi con le persone.
- Dr. — Non si arrabbia mai?
- Pz. — Sì, certo. A volte esplodo. Non sono il tipo che si tiene le cose dentro, tutto tutto fuori.
- Dr. — E a proposito di sentimenti tristi, le capita mai di essere triste?
- Pz. — Penso che più o meno capiti a tutti. Ma non credo di essere mai stata triste.
- Dr. — Le capita di piangere?
- Pz. — Qui mi sono messa a piangere quando le raccontavo quello che mi è successo e questo mi sorprende. È la gran frustrazione, credo che sia questo.
- Dr. — La sorprende di ritrovarsi a piangere! Che cosa prova quando piange?
- Pz. — Non so, perché credo che sia giusto la frustrazione che lo provoca.
- Dr. (Riferendosi a un colloquio precedente, nel corso del quale alla paziente erano spuntate le lacrime.) — L'altro giorno durante il colloquio si è messa a piangere, o quasi. Si ricorda che cosa provava?

Pz. — Proprio no. Ed è questo che mi sorprende. Credo che sia il fatto di parlare sempre di questo, è già abbastanza duro viverlo.

Anche se afferma di comprendere il significato del termine “depressione”, è evidente in questa parte del colloquio che la paziente ha delle difficoltà nell’identificare gli stati emotivi e che il suo vocabolario per descrivere i sentimenti è limitato. Sembra che la componente soggettiva delle emozioni sia da lei esperita in gran parte come uno stato indifferenziato, che chiama “frustrazione” e che è privo di fantasie associate. Incapace di avere una consapevolezza del sentimento soggettivo di tristezza, la paziente è sorpresa di ritrovarsi a piangere; sembra inoltre che i colleghi fisioterapisti potessero vedere gli effetti dell’ira sulla sua espressione facciale, mentre la paziente stessa era inconsapevole del proprio sentimento d’ira. Invece di esperire la rabbia come un affetto-segno in grado di condurre a una riflessione sugli eventi esterni e di essere utilizzato per guidare il comportamento, la paziente sembra essere consapevole della propria rabbia solo quando questa è intensa. Ma, invece di immaginare delle azioni dettate dall’ira, percepisce la rabbia come un’entità che non può che finire scaricata in modo esplosivo.

### *Misure dell’alessitimia*

LA TORONTO ALEXITHYMIA SCALE A VENTI ITEM (TAS-20). — Lo strumento *self-report* attualmente più utilizzato<sup>27</sup> è la TAS-20 (*Toronto Alexithymia Scale a venti item*), costruito e validato dal gruppo di Toronto<sup>28</sup> e validato in molti paesi, tra cui l’Italia.<sup>29</sup>

<sup>27</sup> Per una trattazione esaustiva di vari strumenti “storici” di misura dell’alessitimia cfr. G.J. Taylor, *Medicina psicosomatica e psicoanalisi contemporanea* (1987), trad. it. Astrolabio, Roma 1993, pp. 87-98.

<sup>28</sup> R.M. Bagby, J.D.A. Parker, G.J. Taylor, “The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure” in «*Journal of Psychosomatic Research*», vol. 38, 1994, pp. 23-32.

<sup>29</sup> C. Bressi *et al.*, “Cross validation of the factor structure of the 20-item Toronto Alexithymia Scale: an italian multicenter study” in «*Journal of Psychoso-*

La TAS-20, come dice il nome, è composta da venti *item*, cui il soggetto deve assegnare un punteggio su scala a cinque punti. Dall'analisi fattoriale emergono tre fattori, che corrispondono strettamente al costrutto:

1. *Difficoltà a identificare i sentimenti (feelings)* e a distinguere tra emozioni e sensazioni corporee.
2. *Difficoltà a descrivere i sentimenti.*
3. *Pensiero orientato all'esterno: iperrealistico, con scarsità di fantasie.*

Riporto alcuni esempi di *item* che saturano i tre fattori:

*Fattore 1)*

1. Sono spesso confuso/a circa le emozioni che provo.
6. Quando sono sconvolto/a non so se sono triste, spaventato/a o arrabbiato/a.

*Fattore 2)*

2. Mi è difficile trovare le parole giuste per esprimere i miei sentimenti.
4. Riesco facilmente a descrivere i miei sentimenti (punteggio invertito).

*Fattore 3)*

5. Preferisco approfondire i problemi piuttosto che descriverli semplicemente (punteggio invertito).
16. Preferisco vedere spettacoli leggeri, piuttosto che spettacoli a sfondo psicologico.

Si ottengono quindi tre punteggi relativi a ciascun fattore e un punteggio globale di alessitimia. Il punteggio alla TAS-20 risulta distribuito normalmente nella popolazione, in accordo con la natura *dimensionale* della misura, che è stata recentemente confermata su un ampio nume-

matic Research», vol. 41, 1996, pp. 551-559. Il testo integrale e le istruzioni per la siglatura sono riportate per es. in V. Caretti, D. La Barbera (a cura di), *Alessitimia, valutazione e trattamento*, Astrolabio, Roma 2005.

ro di soggetti con strumenti psicometrici sofisticati.<sup>30</sup> Non si può cioè parlare, almeno utilizzando questa misura, di soggetti “alessitimici” e “non alessitimici” ma al massimo di soggetti più o meno alessitimici.

Si è però cercato (purtroppo, viene da dire a posteriori) di individuare dei *cutoff* che permettessero di individuare i soggetti maggiormente a rischio di patologia: si è quindi giunti a definire<sup>31</sup> “alessitimici” i soggetti con punteggio totale, uguale o superiore a 61, chiaramente “non alessitimici” i soggetti con punteggio inferiore a 51, con un’area “grigia” intermedia tra 51 e 60.

Questi *cutoff*, destinati semplicemente a definire un’area di rischio, sono stati utilizzati dalla psichiatria (accademica) per ridurre l’alessitimia a una banale, ulteriore categoria diagnostica accanto alle altre centinaia presenti nel DSM; si tratta invece della misura dimensionale di un *deficit*/competenza, basata su un costrutto psicodinamico e relazionale, che nulla ha a che fare con le categorie psichiatriche, basate essenzialmente su sintomi.

LA TORONTO STRUCTURED INTERVIEW FOR ALEXITHYMIA (TSIA). – Se la valutazione di qualunque dimensione psicologica mediante questionari autosomministrati può apparire problematica, data la possibilità di negazione più o meno consapevole, un’autovalutazione delle proprie capacità di contatto con l’emozione può risultare problematica proprio nei soggetti altamente alessitimici.

A partire da queste considerazioni il gruppo di Toronto<sup>32</sup> ha costruito un nuovo strumento di valutazione per l’alessitimia: la *Toronto Structured Interview for Alexithymia* (TSIA). L’intervista è composta di ventiquattro

<sup>30</sup> J.D.A. Parker, K.V. Keefer, G.J. Taylor, R.M. Bagby, “Latent structure of the alexithymia construct: a taxometric investigation”, in «Psychological Assessment», vol. 20, 2008, pp. 385-396.

<sup>31</sup> R.M. Bagby, J.D.A. Parker, G.J. Taylor, “The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-II. Convergent, discriminant, and concurrent validity”, in «Journal of Psychosomatic Research», vol. 38, 1994, pp. 33-40.

<sup>32</sup> R.M. Bagby, G.J. Taylor, J.D.A. Parker, S.E. Dickens, “The development of Toronto Structured Interview for Alexithymia: item selection, factor structure, reliability and concurrent validity”, in «Psychotherapy and Psychosomatics», vol. 75, 2006, pp. 25-39.

*item* molto simili a quelli che costituiscono la TAS-20, con l'inclusione però di *item* relativi anche alla capacità immaginativa. Gli *item* ricevono un punteggio 0-1-2, per cui il punteggio teorico varia da 0 a 48.

Rispetto al questionario, l'intervista presenta due differenze sostanziali:

- il punteggio viene attribuito non dal soggetto ma da un intervistatore;
- oltre a porre la domanda, che come già detto ricalca molto gli *item* della TAS-20, l'intervistatore chiede al soggetto di fornire uno o più esempi di quanto afferma.

Il punteggio finale attribuito si basa soprattutto su questo secondo aspetto, che permette di verificare se le affermazioni del soggetto corrispondano a un'effettiva capacità. La possibilità, inoltre, di fornire al soggetto eventuali chiarimenti può ridurre l'influenza del livello culturale nella comprensione delle domande.

Nella versione originale canadese la scala ha mostrato una buona struttura fattoriale, su quattro fattori che sono i tre della TAS-20 più un quarto fattore "difficoltà nei processi immaginativi", risultando quindi anche più aderente al costrutto.

La TSIA è stata tradotta e validata in diversi paesi e in Italia da un gruppo multicentrico di cui ho fatto parte.<sup>33</sup> La TSIA ha mostrato, in Italia come in Canada, buone caratteristiche di validità e attendibilità.

L'aspetto più interessante dello strumento è apparso, come previsto, quello di poter evidenziare difficoltà di contatto con l'emozione in gruppi di popolazione non portatori di disagio psichico evidente e riconosciuto. Così in un'indagine esplorativa del nostro gruppo,<sup>34</sup> soggetti con un disturbo somatico (ipertensione) e genitori di bambini con

<sup>33</sup> V. Caretti *et al.*, "Reliability and validity of the Toronto Structured Interview for Alexithymia in a mixed clinical and nonclinical sample from Italy", in «Psychiatry Research», vol. 187, 2011, pp. 432-36. Nel volume a cura di G.J. Taylor *et al.*, *La valutazione dell'alestitimia con la TSIA*, Raffaello Cortina, Milano 2014, sono contenuti il testo integrale dell'Intervista, il Manuale di istruzioni, e una serie di esempi e applicazioni.

<sup>34</sup> M. Di Trani *et al.*, "Toronto Structured Interview for Alexithymia e 20-item Toronto Alexithymia Scale: confronto in diversi gruppi clinici", in G.J. Taylor *et al.* (a cura di), *La valutazione dell'alestitimia con la TSIA*, cit., pp. 171-185.

disagio psicologico hanno mostrato alla TSIA punteggi più alti di soggetti con disagio psichico manifesto, mentre alla TAS-20 mostravano punteggi simili alla popolazione generale. I punteggi nella norma alla TAS-20 possono essere spiegati, nel caso degli ipertesi, con un'obiettivo difficoltà dei soggetti a riconoscere il proprio *deficit*; nel caso dei genitori di bambini con disagio psicologico possiamo ipotizzare una riluttanza (più o meno consapevole) a riconoscere in quel contesto una propria difficoltà, per evitare il possibile affiorare di un nesso tra questa e i problemi evidenziati dal proprio figlio. La TSIA appare invece in grado di evidenziare nettamente le difficoltà di contatto con le proprie emozioni in questi due gruppi. I dati, al di là della misura specifica, confermano la parzialità (per usare un eufemismo) di un approccio valutativo che si basi soltanto sulla presenza di una sintomatologia esplicita.

Possiamo quindi concludere che la TSIA trovi elettiva applicazione in quei soggetti che possono mancare di consapevolezza delle proprie difficoltà o possono avere motivo per negarle. In altre situazioni (popolazione generale, disagio mentale esplicito) la TAS-20 mantiene la sua utilità data la facilità di impiego notevolmente maggiore (tempi molto più brevi, possibilità di somministrazione in gruppo, non necessità di formazione specifica).

### *Origine dell'alessitimia*

Come accennato nel secondo paragrafo, la capacità di identificare, denominare, regolare gli affetti si realizza nel rapporto con l'accudente. L'alessitimia, secondo questo modello, può essere quindi inquadrata come dovuta a una carenza di contenimento materno o a una insufficiente interiorizzazione di questo. Anche situazioni traumatiche vere e proprie possono impedire la formazione di sentimenti (livello simbolico dell'affetto). J.S. Grotstein<sup>35</sup> ha formulato una teoria per la genesi dell'alessitimia che integra un aspetto di *deficit* con un aspetto difensivo: una carenza di contenimento, di sintonizzazione, un disturbo co-

<sup>35</sup> J.S. Grotstein, "Alessitimia. L'eccezione che conferma la regola del significato insolito degli affetti", in G.J. Taylor, R.M. Bagby, J.D.A Parker, *Disturbi della regolazione affettiva*, cit., pp. 11-18.



munque nelle relazioni primarie farebbe sì che l'emozione rimanga a uno stato estremamente primitivo (elementi *beta* in Bion, condizione di simmetria in I. Matte Blanco); di fronte al pericolo di essere sommerso da una valanga di affettività incontrollata il soggetto organizzerebbe delle difese molto generali e massicce nei confronti dell'affettività. Per chiarire la differenza tra emozione elaborata e non elaborata Grotstein porta a esempio la differenza tra ansia e panico: «mentre l'ansia può avere un valore adattivo, preparandoci ad affrontare i pericoli di cui si prevede il manifestarsi nel futuro, il panico al contrario è drammaticamente immediato e terrificante; è un vettore privo di direzione, ed è percepito come illimitato, infinito ed eterno».<sup>36</sup>

Quest'ultima ipotesi spiega abbastanza compiutamente come soggetti con alta alessitimia possano presentare sia un'espressione emotiva scarsa sia un'espressione emotiva "esagerata" rispetto alla situazione, nel momento che la difesa cede; può spiegare anche il carattere dei sogni dei soggetti alessitimici, a volte scarsi o molto razionali, altre volte invece veri e propri incubi, caratterizzati da "angoscia senza nome".

### *Alessitimia e salute*

Give sorrow words: the grief that doesn't speak  
whispers the o'erfraught heart and bids it to break.  
W. Shakespeare<sup>37</sup>

Shakespeare, che qualcuno ha definito "il più grande degli psicoanalisti inglesi", è riuscito a condensare in due righe il concetto di alessitimia e le sue conseguenze sulla salute: non solo è chiaramente presente l'importanza di "mettere in parole un dolore", e di un cuore che si sovraccarica se questo non avviene, ma nel termine *whisper* c'è tutto l'aspetto silenzioso, non eclatante del fenomeno, che si rivela in modo drammatico all'esterno soltanto quando è troppo tardi. Può venire in mente Freud

<sup>36</sup> Ivi, p. 16.

<sup>37</sup> W. Shakespeare, *Macbeth*, Atto IV, Scena III: «date parole al dolore: il dolore che non parla bisbiglia al cuore sovraccarico e gli ordina di spezzarsi».

quando, in *Al di là del principio del piacere*<sup>38</sup> parla della pulsione di morte «che lavora in silenzio» nel tentativo di ripristinare uno stato di quiete.

I contributi che considero più esaustivi sul rapporto tra Alessitimia e salute sono quelli di Taylor<sup>39</sup> e di W. Bucci.<sup>40</sup> La difficoltà del soggetto altamente Alessitimico a costruire sentimenti dalle emozioni (a trovare immagini e parole per le emozioni) fa sì che i livelli fisiologico e motorio/comportamentale (emozione) rimangano privi di regolazione da parte di una componente più cosciente, cognitiva, verbale (sentimenti). Risulta carente anche la possibilità di utilizzare i rapporti interpersonali nella regolazione affettiva. L'emozione – in particolare quella legata a situazioni traumatiche, o comunque difficili, che la rendano particolarmente intensa – quando non riesca a trovare la sua connessione specifica (a sfociare in un sentimento) tenderà in ogni modo di affiorare o di trovare un significato; potrà quindi:

- emergere direttamente alla coscienza senza la mediazione dei sistemi simbolici, generando attacchi di panico o altri disturbi caratterizzati da “angoscia senza nome” (*pavor nocturnus*);
- emergere nel sintomo psichiatrico come tentativo di trovare un'espressione simbolica, ancorché spuria; così l'attribuzione a un persecutore esterno darà origine a disturbi paranoici; l'attribuzione a una malattia somatica a ipocondria; l'attribuzione a un oggetto inanimato esterno a fobie; l'attribuzione a una propria colpa a depressione, ecc.;
- emergere in agiti privi di pensiero, quali gioco d'azzardo, promiscuità sessuale, comportamenti alimentari devianti, autolesionismo, parafilie;

<sup>38</sup> S. Freud, “Al di là del principio del piacere” (1922), trad. it. in *Opere*, vol. 9, cit., pp. 189-249.

<sup>39</sup> G.J. Taylor, “The alexithymia construct: conceptualization, validation, and relationship with basic dimensions of personality”, in «New trends in experimental and clinical psychiatry», vol. 10, 1994, pp. 61-74.

<sup>40</sup> W. Bucci, “Symptoms and symbols. A multiple code theory of somatization”, in «Psychoanalytic Inquiry», vol. 17, 1997, pp. 151-172; Id., “Lo spettro dei processi dissociativi. Implicazioni per la relazione terapeutica”, in G. Moccia, L. Solano (a cura di), *Psicoanalisi e neuroscienze: risonanze interdisciplinari*, Franco Angeli, Milano 2009, pp. 29-53.

- provocare disturbi somatici tanto più gravi quanto maggiore è la disconnessione tra livello simbolico e non-simbolico e quanto più forte è l'emozione disconnessa. Va immediatamente rilevato però come anche questa espressione possa risultare comunque preziosa (almeno se il disturbo non è gravissimo fin dall'inizio), rispetto a una totale mancanza di espressione. Il sintomo somatico può costituire una prima forma di comunicazione interna ed esterna, un primo tentativo di connessione rispetto alla totale assenza di segnali, che permette di cercare un aiuto esterno.

Esiste infatti un'ultima possibilità, a mio avviso la peggiore: che il soggetto cioè, nel tentativo di evitare qualunque forma di attivazione dell'emozione rimasta a un livello non-simbolico, informe, infinito, realizzi un evitamento generalizzato di ogni esperienza che comporti rischi di attivazione, implicante la rinuncia a ogni tipo di realizzazione personale, in termini totali (es. nessun lavoro, nessuna vita di coppia, niente figli) o parziali (scarso impegno nel lavoro, vita di coppia priva di passione, scarso investimento nei figli): una impossibilità a godere della vita. Oltre a risultare molto poco auspicabile in sé, questa soluzione appare anche potenzialmente molto esplosiva: nel momento in cui, nonostante ogni precauzione, il soggetto non riesca a evitare un'esperienza coinvolgente, è altamente probabile che l'emozione primitiva tenuta a bada per tanto tempo irrompa come un fiume in piena, producendo una malattia somatica gravissima fin dall'inizio oppure una messa in atto improvvisa, incontrollata, totale, fino a gesti di violenza contro gli altri o sé stessi a primo impatto inattesi e incomprensibili. È noto come la maggior parte degli atti di violenza di questo tipo vengano infatti commessi da persone che non hanno mai avuto contatti con operatori della salute mentale.

Il riconoscimento di questa modalità come una delle soluzioni più disadattive può contribuire al capovolgimento di un'ottica psichiatrica che basi la valutazione di patologia esclusivamente sulla presenza/assenza di sintomi "in positivo".

Il sintomo, psichico o somatico, non appare più in questa cornice come l'essenza della patologia ma al contrario una valvola di sicurezza, un segnale d'allarme, una possibilità di comunicare, a sé stessi e agli altri, una condizione di disagio. La situazione più sfavorevole appare invece,

in presenza di una emozione non-simbolica dissociata, la totale assenza di sintomi, frutto di una definitiva rinuncia a vivere onde evitare qualunque rischio di attivazione, che genera un equilibrio fortemente precario con il rischio costante di grave malattia o violenza improvvisa.

Le emozioni possono quindi divenire dannose non per la loro qualità (piacevoli o dolorose) o per la loro quantità, ma per il grado di disconnessione da un livello simbolico, cognitivo-esperienziale, motivo per cui non trovano alcuna via di espressione (*"the grief that does not speak"*).

*Riscontri empirici del rapporto tra alessitimia e salute: studi trasversali*<sup>41</sup>

Mentre inizialmente il costrutto dell'alessitimia è stato introdotto come un insieme di fattori caratterizzanti i soggetti "psicosomatici", si stanno progressivamente riscontrando tratti alessitimici un po' in tutta la patologia somatica e mentale.

ALESSITIMIA E DISTURBI SOMATICI. – Alcuni lavori hanno mostrato in soggetti altamente alessitimici *difetti nella regolazione fisiologica*: si può avere, per esempio, un livello costantemente elevato di attivazione simpatica, inteso non come "scarica di una tensione" ma come mancanza di regolazione; a testimonianza della disconnessione tra livelli è stata verificata una discordanza (*decoupling*) tra risposta fisiologica allo stress e risposta soggettiva, consapevole.

Decine di ricerche in tutto il mondo hanno riscontrato alti livelli di alessitimia *nella patologia somatica in genere*:<sup>42</sup> ipertensione, artrite reumatoide, diabete; dolori muscolo-tendinei, patologia coronarica, malattie intestinali infiammatorie (morbo di Crohn, colite ulcerosa), infertilità maschile.

<sup>41</sup> La bibliografia dettagliata di questo paragrafo e del successivo è reperibile in L. Solano, "Alessitimia e regolazione affettiva", in L. Solano, *Tra mente e corpo: come si costruisce la salute*, cit., pp. 297-299.

<sup>42</sup> G.J. Taylor, R.M. Bagby, J.D.A. Parker, *Disturbi della regolazione affettiva*, cit., cap. 10.

ALESSITIMIA E COMPORTAMENTI PATOLOGICI. – Caratteristiche Alessitimiche sono state riscontrate in molte problematiche non primariamente somatiche (anche se con possibili riflessi sul corpo), laddove si può teorizzare che un'emozione non regolata, non elaborata, non mentalizzata, si esprima *in un agito*, piuttosto che nel corpo: abuso di sostanze, disturbi del comportamento alimentare, sia in senso bulimico che anoressico; nell'obesità, nei comportamenti sessuali promiscui e quindi a rischio di malattie a trasmissione sessuale.

ALESSITIMIA E DISTURBI MENTALI. – Caratteristiche Alessitimiche sono state riscontrate negli attacchi di panico, laddove irrompe l'emozione non elaborata, "l'angoscia senza nome"; nel disturbo da stress post-traumatico, dove l'angoscia, pur riconosciuta nella sua origine, non riesce a essere regolata; nella psicosi, dove ugualmente non riesce a essere regolata né in termini di intensità né in termini di confronto con la realtà.

*Riscontri empirici del rapporto tra Alessitimia e salute: studi longitudinali e semilongitudinali*

Gli studi finora citati sono di tipo trasversale, cioè effettuati su soggetti con qualche tipo di problema fisico o psichico, da cui erano consapevolmente coinvolti. Questo comporta il rischio – in questo caso per nulla teorico, vista la possibilità di una valenza anche difensiva dell'Alessitimia – che in realtà sia l'Alessitimia l'effetto della patologia e non viceversa.

Meritano di essere quindi considerati con particolare attenzione i non molti lavori che hanno utilizzato un modello di tipo longitudinale e semilongitudinale, cioè che hanno valutato il livello di Alessitimia in soggetti non ancora consapevoli della presenza di un problema di salute.

*Mortalità:* in soggetti con alti punteggi di Alessitimia è stata riscontrata a distanza di anni una mortalità più alta rispetto al resto del campione, sia in termini generali, sia di cause violente, sia specificamente cardiovascolare.

*Risposta a eventi traumatici:* i punteggi di Alessitimia rilevati pochi giorni dopo essere stati coinvolti in un terremoto sono risultati predittivi del numero e gravità degli episodi di malattia verificatisi nei sei mesi successivi.

*Insorgenza di tumori:* misure di alestitimia effettuate su soggetti con sospetta neoplasia del collo dell'utero o con sospetta neoplasia mammaria sono risultate altamente predittive di una diagnosi finale effettivamente di neoplasia.

*Aterosclerosi:* in soggetti tratti dalla popolazione generale è stata riscontrata un'associazione tra più alti punteggi di alestitimia e presenza di placche aterosclerotiche in sede carotidea, di cui i soggetti non erano consapevoli in precedenza.

*Funzione immunitaria:* soggetti altamente alestitimici hanno mostrato livelli inferiori di cellule *natural killer* (importante linea di difesa contro l'insorgenza di tumori).

### *Alestitimia e teorie psicosomatiche*

In conclusione, anche alla luce della modalità contemporanea di intendere più in generale una dimensione psicosomatica, l'alestitimia non viene considerata come un fattore di causalità lineare per specifiche patologie ma piuttosto come un *fattore di rischio* che va a interagire circolarmente con altri (genetici, comportamentali, altri fattori psicologici, ecc.) nel realizzare una forma finale di disturbo, che, come abbiamo visto, può variare in molti ambiti, dal mentale, al comportamentale, al somatico: il costrutto è stato quindi definito *transnosografico*.<sup>43</sup>

In termini più generali, ci allontaniamo sempre di più dall'idea di una *personalità specifica del paziente psicosomatico*, che conduce in una logica lineare e monocausale a una specifica malattia, ma quest'ultima viene vista come derivare dall'interazione tra:

- la carenza di una o più funzioni mentali, come nel caso dell'alestitimia;
- la condizione relazionale;
- il momento del ciclo di vita;
- la vulnerabilità di un determinato organo o apparato;
- l'ambiente fisico circostante (clima, inquinamento, ecc.);
- la risposta attesa ed effettiva del sistema sanitario.

<sup>43</sup> Ivi, intera opera.

Un aspetto fondamentale è il discostarsi del concetto di alessitimia da un modello d'inibizione: la persona non reprime o inibisce o nega le emozioni, bensì *non ha parole*. Ci troviamo senz'altro più nell'area del *deficit* che in quella del conflitto.

Il costrutto si differenzia inoltre dai modelli basati su un significato simbolico “di conversione” del sintomo somatico: non c'è qualcosa nella mente, (un disagio mentale) che si esprime nel corpo, ma problemi inerenti la relazione dell'individuo con il suo ambiente che, non trovando uno spazio adeguato di elaborazione mentale, e quindi la capacità di sperimentare ed esprimere un disagio a livello mentale, si esprimono in un disturbo del funzionamento somatico.

Non ha quindi senso aspettarsi di trovarsi di fronte a un disagio psichico, magari tenuto nascosto, ma anzi il sintomo somatico si presenta nella misura in cui manca il collegamento con una rappresentazione mentale dell'affetto. Di conseguenza la locuzione “disturbo psico-somatico” appare sempre meno adeguata, in quanto suggerisce inevitabilmente un percorso psiche → soma.

Ugualmente fuorviante (e controproducente) appare dire a un paziente che si presenta da un medico con un disturbo somatico: «lei ha un problema *psicologico*»,<sup>44</sup> e questo per i motivi seguenti:

- innanzitutto, come abbiamo appena visto, non è vero. Il sintomo somatico si presenta proprio perché la reazione a una situazione di vita non è riuscita a trovare la via della psiche (dei sistemi simbolici);
- il paziente può sentirsi etichettato negativamente;
- il paziente potrà facilmente intenderlo nei termini di: “allora sono io che me lo sono fatto venire”; “è colpa mia”.

<sup>44</sup> La frase può risultare corretta per chi condivide la posizione espressa da Freud nel “Compendio di psicoanalisi” (*Opere*, vol. 11, cit., pp. 569-634) quando definisce i processi somatici come «il vero e proprio psichico». Dubito che la maggior parte dei pazienti, dei medici, anche degli psicologi, intendano la questione in questi termini. Per la grandissima maggioranza delle persone un “problema psicologico” è qualcosa di coscientemente percepito, o al massimo rimosso dopo essere stato coscientemente percepito.

Sarà quindi necessario trovare, anzitutto in sé stessi, per poi comunicarli al paziente, altri tipi di formulazione, di cui un esempio possibile può essere il seguente: c'è un problema di rapporto con il mondo che trova espressione nel corpo, possibilmente perché non è stato possibile pensarci abbastanza, prenderlo abbastanza in considerazione mentalmente, anche preoccuparsene abbastanza.<sup>45</sup>

*Alcune riflessioni sul costrutto dell'alessitimia in ambito clinico*

IL TRATTAMENTO PSICOLOGICO DI SOGGETTI ALTAMENTE ALESSITIMICI. – Noterei innanzitutto come il concetto di alessitimia possa risultare utile come “ponte” per immaginare una possibilità di trattamento per alcuni pazienti che rischiano di essere etichettati come “non analizzabili” o “*not psychologically minded*”. Come con altri concetti della storia della psicoanalisi e della psicologia clinica (*transfert, controtransfert*), è stato necessario capovolgere l'ottica e considerare oggetto del lavoro ciò che appariva come un ostacolo al lavoro stesso.

I problemi che nascono nel trattamento con un soggetto alessitimico possono essere delineati sommariamente come segue:

- la scarsa comunicazione delle emozioni sul piano verbale fa sì che non solo i pazienti comunichino attraverso agiti, ma che anche il terapeuta si senta spinto ad agire o agisca effettivamente, nel tentativo di “far qualcosa” in una situazione che può apparire priva di sbocchi. Peraltro l'interpretazione dell'agito del paziente può risultare troppo distante dalla consapevolezza per risultare accettabile;
- è frequente l'abbandono del trattamento, percepito come inutile (spesso da entrambi i partecipanti); o, peggio, ci si può trovare incastrati in un lavoro interminabile e inconcludente, in cui la terapia stessa diviene un agito che prende il posto dell'espressione emotiva;
- lo psicoterapeuta si trova a essere immerso *nella noia* e nella monotonia.

<sup>45</sup> Il linguaggio volutamente impersonale mira ulteriormente a evitare una colpevolizzazione del paziente, lasciando implicitamente intendere che la “responsabilità” (pur inconsapevole) di quanto sta accadendo non appartiene soltanto all'individuo sintomatico ma al gruppo sociale di appartenenza.



È proprio quest'ultimo aspetto che (come per tutti i fenomeni di *controtransfert*) può offrire una possibilità d'intervento se anziché un disturbo lo si considera un segnale, un segnale che si è giunti all'interno dell'area Alessitimica.

Gli orientamenti tecnici derivanti possono essere riassunti come segue:<sup>46</sup>

- quando si colgono i segnali del funzionamento Alessitimico, conviene concentrare il lavoro clinico più sullo stile di (non) comunicazione che sui contenuti. Taylor sottolinea come non intenda uscire da un'ottica analitica proponendo questa posizione, che mira a identificare il problema, e a portare il paziente a cogliere come e quando il linguaggio possa essere utilizzato per nascondere più che per esprimere; sottolinea quindi la differenza tra questa posizione e l'idea che sia utile “incoraggiare” a esprimere emozioni, secondo un modello idraulico; ma anche la differenza con l’“esperienza emotiva correttiva”, laddove F. Alexander proponeva di assumere volutamente atteggiamenti particolari, diversi da quelli degli oggetti abituali del paziente;
- aiutare il paziente (funzione *alfa*) a riconoscere, distinguere i propri sentimenti, a tradurli in parole, quindi a poterli utilizzare come segnali; incoraggiare il paziente a dare importanza ai propri sogni.

J. McDougall<sup>47</sup>, in certi casi di disturbi somatici con scarsa mentalizzazione, è riuscita con successo a rompere l'*impasse* aiutando l'analizzando nella *costruzione di fantasie* che fornissero in qualche modo una rappresentazione a ciò che si esprimeva principalmente nel corpo.

ALESSITIMIA E TRATTAMENTI DI GRUPPO. – Molti clinici hanno sostenuto e praticato trattamenti di gruppo per soggetti “psicosomatici” e in particolare Alessitimici. È possibile che gli altri partecipanti al gruppo possano offrire a un soggetto Alessitimico un modello di espressione

<sup>46</sup> G.J. Taylor, *Medicina psicosomatica e psicoanalisi contemporanea*, cit., pp. 101-105.

<sup>47</sup> J. McDougall, “The psychosoma and the psychoanalytic process”, in «International Review of Psychoanalysis», vol. 1, 1974, pp. 437-459.

emotiva; è evidente altresì come i soggetti altamente Alessitimici in un gruppo non possano essere in maggioranza – al massimo due o tre.<sup>48</sup> Si potrebbe forse pensare di adottare una misura di Alessitimia come modalità per assortire tra loro i partecipanti a un gruppo terapeutico. Il problema si pone in particolare modo nei gruppi tematici (soggetti con lo stesso problema o la stessa patologia somatica) in cui effettivamente il rischio di trovarsi con diversi soggetti con caratteristiche simili può risultare particolarmente alto.

ALESSITIMIA E TRATTAMENTI FARMACOLOGICI. – Un aspetto che può facilmente suscitare opposizioni tra i non medici, ma che deriva in maniera organica dal costrutto, specie nella formulazione di Grotstein, è il possibile impiego di un trattamento farmacologico in parallelo con il trattamento psicoanalitico o psicoterapeutico.<sup>49</sup> Se infatti il soggetto Alessitimico viene visto non già come una persona con scarse emozioni ma come dotata di emozioni, primitive, terrifiche, potenzialmente soverchianti, nei confronti delle quali ha sviluppato difese massicce, può aver senso sostenere che un trattamento farmacologico possa aiutare a contenere, a regolare queste emozioni, in attesa che all'interno del rapporto terapeutico si sviluppi una capacità autonoma di contenimento e di regolazione. In realtà il concetto non è affatto nuovo nell'ambito del trattamento dei pazienti definiti "gravi" (psicotici, *borderline*). La novità è nel proporlo nel caso di soggetti Alessitimici, cioè apparentemente inibiti, per nulla agitati, piuttosto noiosi. È possibile che in questi soggetti proprio l'ingresso in un trattamento psicoterapeutico possa attivare emozioni molto violente, che, in assenza di regolazione adeguata, rischiano di attivare difese ancora più massicce, produrre abbandoni o comunque rendere estremamente difficoltoso il lavoro terapeutico.

<sup>48</sup> H.I. Swiller, "Alexithymia: treatment utilizing combined individual and group psychotherapy", in «International Journal of Group Psychotherapy», vol. 38, 1988, pp. 47-71.

<sup>49</sup> G.J. Taylor, R.M. Bagby, J.D.A. Parker, *Disturbi della regolazione affettiva*, cit. pp. 259-262.

ALESSITIMIA E DIFFICOLTÀ DEL MEDICO A IDENTIFICARE I PAZIENTI PIÙ BISOGNOSI D'INTERVENTO PSICOLOGICO<sup>50</sup>. – Il frequente riscontro di caratteristiche alessitimiche (o inquadrabili con costrutti analoghi) nei pazienti affetti da malattie somatiche pone un problema di difficile soluzione rispetto alla possibilità per il medico di identificare i pazienti maggiormente bisognosi di un ascolto di tipo psicosociale, o eventualmente anche di un invio a uno specialista della salute mentale. Da più parti è stato infatti evidenziato come il rilievo da parte del medico di un problema psicologico meritevole di attenzione specialistica si verifichi in genere quando nel rapporto medico/paziente si viene a creare un conflitto, una difficoltà, un «fallimento della collusione», nei termini di R. Carli.<sup>51</sup> Semplificando, viene in genere inviato allo specialista della salute mentale il paziente che “crea problemi” al medico. Rientrano ovviamente in questa categoria i pazienti che manifestano un disagio mentale esplicito, che il medico in genere è abbastanza in grado di riconoscere nel tipo e nella gravità.

Al contrario, da tutto quello che abbiamo visto, il soggetto alessitimico non manifesta spesso alcun disagio mentale esplicito, *non crea problemi*, può anzi risultare remissivo e condiscendente. Se i disturbi che lamenta sono di natura funzionale, e la situazione tende a ripresentarsi, potrà suscitare nel medico accorto il sospetto di una “somatizzazione” o di una dimensione ipocondriaca, e di conseguenza essere ritenuto meritevole di invio; se però il soggetto presenta malattie chiaramente organiche questo non mette in alcun modo in discussione i fondamenti istituzionali della relazione medico/paziente, anzi li rinforza; il medico si ritrova perfettamente a suo agio nel ruolo di chi cura una malattia “vera”. Il risultato è che tra i pazienti di un medico può facilmente accadere che non vengano inviate a uno specialista della salute mentale proprio le persone in cui il rischio per la salute è più alto, avendo trovato soltanto il corpo come espressione del proprio disagio, mentre vengano inviate essenzialmente le persone che comunque hanno già

<sup>50</sup> Per una disamina del rapporto medico/paziente/psicologo cfr. il cap. 17 di L. Solano, *Tra mente e corpo*, citato.

<sup>51</sup> Per una recente formulazione della tematica cfr. R. Carli, “Perché si va dallo psicologo clinico: ripensando all’analisi della domanda”, in «Rivista di psicologia clinica», vol. 1, 2015, pp. 33-44.

trovato un'espressione mentale/comportamentale (in genere meno pericolosa per la salute e la sopravvivenza) per i loro problemi.

La grande difficoltà per il medico, inevitabile data la sua formazione, a riconoscere un disagio personale che non trovi espressione psichiatrica, è uno dei motivi che mi ha portato a proporre l'inserimento di uno psicologo negli studi di Medicina generale.<sup>52</sup>

<sup>52</sup> L. Solano (a cura di), *Dal sintomo alla persona: medico e psicologo insieme per l'assistenza di base*, Franco Angeli, Milano 2011.

*Riassunto* Partendo da una critica della contrapposizione tra “ragione” e “sentimento” che ha attraversato la cultura occidentale, il lavoro delinea l’importanza per la salute fisica e mentale di un pieno contatto con l’affetto, più specificamente di un collegamento tra un livello più “corporeo” fisiologico, definito emozione e un livello più cognitivo, esperienziale, consapevole, definito sentimento. Tale collegamento permette una riflessione cosciente sui propri sentimenti nonché una regolazione dell’attivazione emotiva. Viene quindi trattato il costrutto dell’alessitimia, come una delle più note descrizioni di una condizione in cui il collegamento suddetto tra emozione e sentimento risulta carente. Viene riportato un caso clinico illustrativo, la descrizione degli strumenti di misura, gli effetti sulla salute, le problematiche che si vengono a determinare nel rapporto medico/paziente qualora prevalga tale dimensione.

*Parole chiave* emozione, sentimento, alessitimia, salute.

*Luigi Solano* Membro ordinario della Società psicoanalitica italiana (SPI). Professore straordinario presso il Dipartimento di Psicologia dinamica e clinica, Università Sapienza di Roma. Insegna argomenti inerenti la psicodinamica a livello di corso di laurea magistrale e di Scuola di specializzazione in Psicologia della salute. Autore (o co-autore) di circa centocinquanta lavori scientifici e di nove volumi. Gli interessi di ricerca ruotano intorno agli effetti di fattori psicosociali, principalmente relazionali ed emozionali, sulla funzione immunitaria e la salute in generale (*Tra Mente e Corpo*, Milano 2013). Da quindici anni coordina un’esperienza di collaborazione diretta tra Psicologi della salute e Medici di Medicina generale (*Dal Sintomo alla Persona*, Milano 2011).