

## L'ALESSITIMIA

Vincenzo Antinucci, MMG in Roma

*“Give sorrow words: the grief that does not speak  
whispers the o'er-fraught heart and bids it break”*

“ Date parole al dolore: il dolore che non parla bisbiglia al cuore sovraccarico e gli ordina di spezzarsi” (Shakespeare, *Macbeth*, Atto IV scena III)

“Shakespeare, che qualcuno ha definito il più grande degli psicanalisti 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 il dolore” e di un cuore che si sovraccarica se questo non avviene ma nel verbo “whispers” (bisbiglia) c'è tutto l'aspetto silenzioso, non eclatante del fenomeno, che si rivela in modo drammatico all'esterno soltanto quando è troppo tardi”. (Solano, “Tra mente e corpo” pag. 199 – Cortina ed.) \*

Il termine alessitimia deriva dal greco: a= alfa privativo lexis= parola thymos= emozione. Letteralmente: mancanza di parole per le emozioni.

Dalle ricerche dei primi anni '70 di Sifneos e Nemiah e successivamente di altri, sono state evidenziate, per l'alessitimia, queste caratteristiche:

- difficoltà nell'identificare i propri sentimenti e nel distinguerli dalle sensazioni corporee che si accompagnano ad essi
- difficoltà nel descrivere ad altri i propri sentimenti e le sensazioni soggettive; processi immaginativi limitati, povertà di fantasie;
- stile cognitivo legato allo stimolo, e orientato all'esterno.

Inoltre i paz. con alessitimia:

- oscillano tra un comportamento dipendente e un comportamento “evitante”
- ricorrono raramente agli altri per ottenere soccorso o conforto
- sono persone ben adattate, conformiste, che danno l'impressione di una pseudo-normalità

- scarsa capacità empatica (non riescono ad utilizzare né le proprie emozioni né quelle degli altri)
- tendono ad esprimere l'emozione nell'azione
- tendono a manifestare sintomi somatici più che problemi psicologici o relazionali

Scrive sempre Solano (Tra mente e corpo, pag. 202): "Nell'insieme i soggetti alessitimici tendono a mostrare uno stato affettivo negativo indifferenziato, che tende a indurre nell'interlocutore una sensazione essenzialmente di noia. La difficoltà più evidente è nella possibilità di mostrare interesse per qualcosa (per non parlare di gioia ed entusiasmo)".

Sono state elaborate varie teorie per spiegare l'origine dell'alessitimia.

Nella gran parte di esse viene considerata centrale la regolazione degli stati affettivi che il bambino apprende nel rapporto con le figure di accudimento, particolarmente la madre.

Bion, per es., sostiene che l'esperienza che viene acquisita dal bambino attraverso i sensi, dà origine ad una sorta di proto-emozioni (che lui chiama elementi beta) le quali, attraverso il "contenimento" operato dalla madre (che lui chiama funzione alfa), vengono trasformate in elementi che sono alla base del pensiero cosciente, dell'emozione cosciente, dei sogni e delle rappresentazioni mentali. Il bambino, poi, gradualmente interiorizza questa funzione e diviene capace di effettuare da solo queste operazioni.

Per chiarire meglio la differenza tra emozione elaborata e non elaborata, Grotstein, rifacendosi in parte al modello di Bion, porta ad esempio la differenza tra ansia e panico: "Mentre l'ansia può avere un valore adattativo, in quanto ci prepara ad affrontare i pericoli che si pensa stiano per manifestarsi nell'immediato futuro, il panico al contrario è drammaticamente immediato e terrificante, è un vettore privo di direzione ed è percepito come illimitato, infinito ed eterno" (1997, pag. 26).

Per concludere:

Il paz. con alessitimia non reprime o inibisce o nega le emozioni bensì *non ha parole per esprimerle*

Ho voluto parlare dell'alessitimia perché mi è sembrato che, tenendo presente questa problematica nel nostro lavoro ambulatoriale quotidiano, si può avere qualche elemento in più per valutare nel giusto modo alcuni paz. che altrimenti resterebbero completamente isolati e incompresi. Su cosa fare poi una volta individuata la problematica alessitimica del paz., che si rivolge a noi (magari per stabilizzare la cura di un diabete che non si riesce a controllare), non c'è una facile risposta. Intanto, però, questo ci può permettere di inquadrare meglio quel paziente e di dare un senso a ciò che il comportamento di quel paz. ci provoca (si è detto spesso la noia o anche la rabbia per la mancanza di risposta emotiva da parte sua) e ciò, tutto sommato, non può che ripercuotersi in maniera positiva sulla cura del paz. e...sulla nostra stessa salute psichica.

\* Solano è Professore associato di Psicosomatica presso la facoltà di Psicologia 1 dell'Università di Roma "La Sapienza" e docente della scuola di specializzazione in Psicologia della salute, sede di Orvieto. Nell'ambito di questa scuola di specializzazione da alcuni anni è in piedi un progetto di collaborazione tra psicologi e medici di base, con la presenza di uno psicologo nell'ambulatorio del medico di base e con riunioni periodiche, dove si trattano casi di paz. che sembrano presentare i primi sintomi di malessere che, se permangono e non riescono ad essere espressi, possono concludersi poi in seguito con una malattia organica conclamata. Per usare il linguaggio di Balint, le fasi in cui la malattia "si costruisce".