

L'alexitimia

Nicola Lalli © 2005 sul web

Il concetto di alexitimia che ha riscosso un notevole successo negli anni 70-80, è caduto in disuso o spesso usato in modo inappropriato. Mi sembra utile riproporre una breve nota su questo concetto che rimane clinicamente interessante e soprattutto aperto a nuove applicazioni in campo teorico. Il concetto di alexitimia (o alessitimia) è stato coniato nel 1970 da Sifneos P., Nemiah J.C.: essa ha molti punti in comune con il termine di “pensée opératoire” coniato nel 1963 da De M'Uzan M., Marty P., ed usato prevalentemente per i pazienti psicosomatici. Tale sintomatologia è stata rilevata anche nei soggetti che fanno uso di droghe, nelle personalità antisociali, nei soggetti che hanno subito gravi traumi, nelle malattie somatiche non psicosomatiche, nelle perversioni sessuali.

La descrizione che de M'Uzan e Marty fanno di questi soggetti mette l'accento su un apparente paradosso: essi sono particolarmente ben adattati a livello del comportamento, non mostrano organizzazione di personalità nevrotica né psicotica, e l'unico segno di deviazione rispetto alla norma è il sintomo psicosomatico. La caratteristica di maggior rilievo per gli autori è l'assenza di quella che essi definiscono "libertà fantasmatica". Tutta la valenza affettiva ed emozionale delle assai povere capacità di elaborazione mentale è impegnata sul piano somatico.

La carenza di attività simbolica si manifesta sia a livello cosciente, con una verbalizzazione sclerotizzata, che a livello onirico con mancanza del ricordo dei sogni o con sogni molto banali e si associa ad una evidente povertà delle relazioni interpersonali.

Secondo gli autori, la realtà inconscia fatta di pulsioni e affetti, che dovrebbe trovare espressione nella capacità rappresentativa simbolica cosciente e onirica, è come esclusa e

assente. Il "pensiero operativo" sarebbe quindi il risultato di una funzione mentale ridotta al contingente rapporto con la realtà in termini strettamente pragmatici, angusti e fossilizzati: «L'Es, dunque, che non è più ripreso al livello mentale allo scopo di trovarvi un'espressione, ma che ciò nonostante resta dinamico e sensibile a tutti gli stimoli, rimane congelato in forme somatiche più o meno distorte, nelle quali l'integrazione delle funzioni perturbate si trova compromessa» (Marty P., David C., De M'Uzan M., 1971).

Si tratterebbe quindi di una strutturazione di personalità gravemente deficitaria nella formazione dell'Io, nella quale i meccanismi della scissione e della identificazione proiettiva sono prevalenti rispetto ai meccanismi di difesa più evoluti presenti nelle nevrosi.

L'intervento di tipo psicoanalitico, sebbene essenziale per l'indagine clinica, è, per Marty, meno adatto a livello terapeutico, dovendosi limitare ad una psicoterapia più centrata sulla relazione che sul transfert.

Nel 1970 Sifneos e Nemiah formulano il termine di "alexitimia". Considerano con tale definizione la presenza nei pazienti affetti da disturbi psicosomatici di una deficienza nel processo cognitivo delle emozioni. Comprendono in ciò una povertà di fantasia, una incapacità di usare il linguaggio per esprimere le emozioni e di differenziare tra emozioni e sensazioni corporee. Osservano inoltre una tendenza ad agire impulsivamente, ad avere una mancanza di simbolizzazione onirica e ad assumere posture rigide. Le relazioni interpersonali di questi soggetti sono povere e di scarsa naturalezza.

Il difetto è principalmente nell'individuazione dell'emozione nel suo manifestarsi e nella consapevolezza cosciente e verbalizzabile di tale emozione. Essa rimane avvertita nel suo aspetto fisiologico e somatico, esistendo per il paziente ad un livello di generica tensione. C'è in questi pazienti una carenza di differenziazione tra le diverse emozioni nella loro qualità e nella possibilità di riferirle agli eventi vissuti per i quali possono aver esperito una reazione emotivo-affettiva. Non sanno quindi riflettere su di sé e verbalizzare i propri stati d'animo. Non riescono

a comprendere la modificazione somatica relativa al vissuto emotivo e, quando essa è presente, viene considerata come malattia organica. Vivono stoicamente la propria condizione di malattia organica e sono fisicamente rigidi nel movimento e nella gestualità mantenendosi quasi privi di espressione facciale.

Di fronte a una estrema povertà affettiva nelle relazioni interpersonali, presentano episodi di violente espressioni emotive brevi e per loro inspiegabili. Tali espressioni possono essere di estrema tristezza e di violenta rabbia, ma non vengono da essi avvertite nella loro qualità affettiva, né il loro volto esprime adeguatamente tali affetti.

In seguito ad ulteriori elaborazioni il concetto di alexitimia è stato ridefinito secondo due modalità:

- alexitimia primaria, associata a deficits neurobiologici, neuroanatomici o neurofisiologici. Si propone che, sebbene i due sistemi limbico e corticale funzionino bene indipendentemente, essi non interagiscono fra loro e sembrano essere non connessi. In pazienti che hanno subito emisferectomia o commissurotomia compaiono caratteristiche alexitimiche che prima non erano presenti. E' stato inoltre ipotizzato che le predisposizioni genetiche giochino un importante ruolo eziologico in seguito ad uno studio di Heiberg sull'alexitimia nei gemelli.

- alexitimia secondaria o pseudoalexitimia nella quale non esisterebbero difetti neurobiologici e in cui l'ipotesi eziologica può comprendere arresti nello sviluppo, traumi dovuti a situazioni ambientali nell'infanzia o più tardi nella vita del soggetto, situazioni socio-culturali e fattori psicodinamici.

In uno scritto pubblicato nel 1977, Nemiah si propone di discutere gli aspetti teorici dell'alexitimia inserendo questo concetto nei vari modelli che si occupano di disturbi psicosomatici. Per fare ciò propone come punto di partenza il seguente presupposto: « ... consideriamo per un momento i processi interni che normalmente si verificano in risposta a un evento esterno che provoca un affetto. Ci sono almeno due modalità di reazione messe in

moto: percezione cognitiva e affettiva. C'è, da un lato, una percezione cosciente e una valutazione cognitiva degli elementi dell'evento esterno, dall'altro le componenti somatiche dell'affetto (si intende emozione) sono attivate. Infine una sottostante elaborazione psichica consistente in diversi elementi: un raffinamento e una delineazione dell'emozione grezza in varietà di sfumature qualitativamente differenti che hanno il potenziale per l'esperienza cosciente di sentimenti come rabbia, paura, gioia, tristezza; un collegamento dei sentimenti con parole descrittive di essi; la produzione di fantasie che esprimono i sentimenti, che allo stesso tempo determinano l'immaginario delle fantasie, e l'attivazione della rete di memorie e associazioni correlate ai sentimenti. Nel normale corso tutti questi eventi, o la maggior parte di questi elementi, appariranno nella consapevolezza cosciente e saranno espressi in maniera appropriata» (Nemiah J.C., 1971).

Successivamente l'autore passa ad ipotizzare le possibili anomalie che si possono verificare nei vari passaggi considerati: 1) all'interno dei vari elementi della elaborazione psichica che portano alla consapevolezza cosciente dei sentimenti, alla loro espressione verbale, e alla loro componente di fantasia, memoria e associazioni correlate; 2) all'interno del percorso che va dalla componente somatica dell'emozione alla sua elaborazione psichica, cosicché le componenti somatiche dell'emozione, attivate dallo stimolo esterno, non arriverebbero ad essere normali espressioni di affetti, ma si scaricherebbero a livello somatico in modo patologico; 3) infine, difese o deficit psichici o discontinuità fisiche nelle strutture neuronali e nei percorsi che formano il substrato anatomico dei processi psicologici causerebbero la disgregazione del normale processo.

Considerando i due versanti della ricerca nel senso psicologico e nel senso neuroanatomico, egli individua come formulazioni teoriche idonee a contribuire alla comprensione di tutti gli aspetti impliciti nell'alexitimia e nel disturbo psicosomatico, tre teorizzazioni sinteticamente esposte:

a) Il diniego, inteso come difesa estrema contro gli affetti e le fantasie applicata globalmente alla totalità del fenomeno affettivo, che porta il paziente ad essere particolarmente privo di emozioni e fantasia.

b) Il modello del deficit, nel senso teorizzato da Marty e de M'Uzan: grave deficit dell'io, che porta a incapacità di elaborazione psichica della componente istintuale, con mancata simbolizzazione, con conseguente scarica sul soma della energia istintuale e con assenza di espressione psichica degli affetti.

c) Il modello strutturale: considera la possibile esistenza di un difetto organico nel substrato neuroanatomico dei centri preposti alla attivazione e alla elaborazione delle emozioni (sistema limbico e connessioni limbico-corticali).

In un lavoro pubblicato nel 1994, Sifneos sostiene l'opportunità di puntare l'attenzione sui meccanismi neurobiologici che regolano gli affetti e i conflitti emozionali studiati sinora, secondo l'autore, prevalentemente dal punto di vista psicologico. Partendo dagli esperimenti sugli animali, che hanno dimostrato come le "emozioni" possono essere indotte attraverso la stimolazione dell'amigdala posta nel sistema limbico, l'autore afferma che si può definire "l'emozione" come uno stato neurobiologico.

«E' ovvio che, secondo la prospettiva neuroanatomica, il cervello umano è diverso da quello degli animali poiché in esso è avvenuto lo sviluppo di numerosi altri tessuti cerebrali, con più avanzate capacità, e della neocorteccia capace di pensiero. La funzione neocorticale in termini di "cognizione" può essere quindi considerata come aggiunta alla più primitiva "emozione limbica" nella forma di immagini, fantasie e pensieri che possono essere espressi linguisticamente. Questa interazione tra "emozione limbica" e la aggiunta cognizione è chiamata "sentimento". In altre parole il "sentimento" è un'esperienza puramente umana ed è espressa attraverso l'attività degli emisferi destro e sinistro in forma di linguaggio. A questo punto noi

possiamo concepire "l'affetto" come avente due componenti: la neurobiologica "emozione" e il neuropsicologico "sentimento"» (Sifneos P., 1994).

L'autore prosegue affermando che, sebbene le connessioni neuroanatomiche tra le aree limbica e corticale non siano ancora ben conosciute, si può osservare che l'amigdala è in connessione con l'ippocampo (sede della memoria) e con la corteccia attraverso i circuiti cortico-talamici, ed affermare che in questo modo "l'emozione limbica" può essere trasformata in "sentimento", il quale, a sua volta, può essere espresso nel linguaggio piuttosto che come azione riflessa come avviene negli animali.

L'autore conclude il suo discorso affermando: «La domanda che potrebbe sorgere a questo punto, è cosa succede se per qualsiasi ragione c'è un'interruzione nella capacità di convertire la sequenza di simboli non verbali e organizzazioni grammaticali che costituiscono il linguaggio definita da Demasio come afasia? Sulla base di quanto è stato già detto, l'incapacità di collegare all'emozione limbica una attività cognitiva in forma di immagini, fantasie e pensieri, risulterà in una "afasia di sentimento" per cui il linguaggio non può essere usato per esprimere un sentimento assente» (Sifneos P., 1994).

Secondo una impostazione diversa, quella psicoanalitica, Mc Dougall (1982), affermando che gli interessi nella scienza vengono orientati dalle scelte scientifiche del singolo ricercatore e dalle circostanze professionali con le quali egli si trova in rapporto ogni giorno, dichiara che le ricerche neurobiologiche sul sistema limbico stimolano in lui una riflessione sulla causalità psichica e sulla causalità neurobiologica e sui loro punti di contatto; su come una realtà biologica diventa realtà psichica. Ciò trova particolare pertinenza nella difficile problematica presentata dal paziente psicosomatico.

Mc Dougall parte dalla ricerca sul significato inconscio delle perversioni sessuali affermando che tale sintomatologia è la forma più alexitimica delle espressioni libidiche e che i pazienti affetti da perversione sessuale hanno anche disturbi psicosomatici. Egli afferma che le due

sindromi sono attribuibili agli stessi meccanismi arcaici nella relazione precoce tra madre e bambino, nella quale la madre inconsciamente tenta di controllare il sé corporeo e la vitalità affettiva del bambino considerandoli come una estensione narcisistica di se stessa. Ciò diventa fonte di grave patologia per il bambino e lo può predisporre a problemi psicosessuali e a vulnerabilità in senso psicosomatico.

Un altro gruppo di pazienti descritti da Mc Dougall sono quelli che egli chiama "anti-analizzandi in analisi". Tali pazienti non sembrano avere in apparenza grandi problemi psichici, sono ben adattati alla realtà, ma conducono una vita da "robot". Non si occupano della loro realtà psichica e hanno con gli altri rapporti molto superficiali.

Di fronte a loro l'analista si sente come impotente ad aiutarli. L'autore li definisce "normopatici". La situazione in analisi può procedere a lungo senza che vi sia un vero cambiamento. L'analista vive una particolare sensazione di paralisi delle sue capacità terapeutiche, noia, senso di colpa perché non riesce né a farli sentire più vivi, né a indurli a smettere l'analisi. L'atteggiamento di questi pazienti è di voler mantenere l'analisi come se vi fossero assuefatti e come se fosse una fonte di vita esterna a loro.

Dal punto di vista dell'economia psichica degli affetti, l'osservazione di questi pazienti fa pensare che, ciò che per i nevrotici va incontro a separazione dalla relativa rappresentazione e poi viene convertito in sintomo ossessivo o isterico, viene scisso e eliminato o disperso in modo diverso. Molti di questi pazienti, sebbene soffochino i propri affetti, tendono frequentemente a provocare forti reazioni emotive negli altri intorno a loro, compreso l'analista. Risalendo alle esperienze infantili precoci di questi pazienti, si scoprono relazioni traumatiche che spiegano l'attuale modalità di funzionamento psichico alexitimico e psicosomatico. Spesso essi presentano i genitori come idealizzati, ma sostanzialmente estranei alla realtà psichica dei loro figli, magari interessati ai loro dolori fisici, ma che negano l'esistenza del dolore psichico e del piacere affettivo. Tale modalità di rapporto madre-bambino nella primissima infanzia non

permette al bambino di esperire il proprio corpo e le sue funzioni come integrate ai vissuti affettivi e lo abitua, a livello inconscio, a considerarli come estranei da sé o appartenenti alla madre. Sarebbe questa completa scissione fra psiche e soma alla base della psicosomatosi. Non si tratta quindi né di diniego, né di repressione, le percezioni affettive vengono private del loro senso, eliminate e non soltanto ripudiate.

L'ipotesi di Sifneos di un'origine neurobiologica o di una fragilità ereditaria può, secondo Mc Dougall, essere un'ipotesi nel senso che esse possono influenzare la scelta del sintomo di fronte a un trauma psichico precoce dovuto alla situazione inconscia dei genitori.

Secondo l'autore, nell'esperienza analitica con pazienti alexitimici si constata la radicata impostazione personale di uno sviluppo modellato in tal senso. Solo alcuni pazienti osano affrontare un profondo lavoro terapeutico che modifica questo assetto interno. Si assiste ad una lotta contro la possibilità di vivere il dolore e il piacere legati agli affetti in senso psichico. Il respingere da parte del paziente ogni stimolo esterno che provochi risonanze affettive, nel corso dell'analisi, corrisponde spesso a una irruzione di effetti patologici sul soma. Anche a livello onirico si ha una estrema povertà dove invece nei nevrotici e nei normali gli impulsi, prima repressi, si ritrovano nella produzione onirica.

Secondo Mc Dougall, le paure inconscie in questi pazienti sono più assimilabili alla psicosi che alla nevrosi per una prevalenza del timore di perdere il senso di identità, dei limiti del proprio sé corporeo e del controllo dei propri atti. Questo sembrerebbe in contrasto con l'ottimale livello di adattamento alla realtà che non si osserva negli psicotici, ma si può dire che: «nella psicosi il pensiero funziona in modo ingannevole, mentre nella psicosomatosi è il corpo che funziona in modo ingannevole» (Mc Dougall J., 1982). Dove lo schizofrenico, nella distruzione del senso della realtà, crea una nuova realtà per lui più tollerabile, lo psicosomatico grave svuota la realtà esterna e le relazioni interpersonali del contenuto affettivo che dovrebbe essere parte integrante del suo pensiero.

Il rapporto con questi pazienti è particolarmente permeato del vissuto da parte del terapeuta di un senso di frustrazione, noia e paralisi interna, per le quali si trova nel rischio di divenire egli stesso alexitimico. La spiegazione di ciò può essere fornita dai concetti psicoanalitici della scissione e dell'identificazione proiettiva. Il modo di relazionarsi del paziente lo porta inconsciamente a escludere anche nell'altro i contenuti affettivi inducendolo a produrre a sua volta una modalità di tenere a distanza. Tale modalità può essere simile al ritiro dagli altri messo in atto dallo schizoide, che compensa ciò con un adattamento alla realtà di un falso sé, mobilitando gli affetti nell'altro. Egli scinde da sé ogni contenuto affettivo e lo induce nell'altro che, inconsapevolmente, lo gestisce. Ciò ha un grosso potere sugli altri.

Tale assetto interno si è sviluppato nella primissima infanzia. Essendo tale struttura di personalità molto vicina alla psicosi, secondo Mc Dougall, è necessario procedere con molta cautela nell'analisi di questi pazienti; la perdita di queste rigide difese può provocare una destrutturazione della personalità con gravi conseguenze, sia in senso psichico che fisico.

Alcuni autori hanno condotto l'esame clinico dei pazienti psicosomatici mediante test che analizzano la capacità di verbalizzazione, l'attività fantasmatica e la simbolizzazione onirica confrontandole con quelle di pazienti nevrotici.

L'analisi del contenuto verbale di questi pazienti durante l'intervista psichiatrica (Overbeck G. 1977, Taylor G.J. 1984, 1985, Von Rad M. 1977, 1982) è stato effettuato mediante:

- il Giessen test per l'analisi delle pause di silenzio e della durata del discorso del paziente e dell'intervistatore;
- il Gottschalk test per l'analisi del contenuto affettivo del discorso in termini di angoscia e di aggressività;
- l'Affect Vocabulaire Score (AVS), con risposte a 5 tavole di TAT per valutare il numero totale delle parole e il numero delle parole che esprimono affetti.

Tale analisi è stata confrontata con quella di pazienti nevrotici evidenziando nei pazienti psicosomatici la tendenza a usare maggiormente pronomi impersonali, verbi ausiliari, periodi brevi, pause di silenzio. L'andamento dell'intervista vede la necessità di maggiori interventi da parte del terapeuta e minore emergenza di contenuti di carattere affettivo e espressioni vissuti di angoscia.

Il deficit della funzione simbolica è stato evidenziato con il test di Rorschach (Safar M.E. 1978, Stephanos S. 1975) e mediante l'AT9 (Demers-Desrosiers L.A. 1983, 1985; Cohen K. 1983, 1985). Il secondo è basato su 9 stimoli simbolici: la caduta, il mostro divorante, la spada, il rifugio, qualcosa di ciclico (che gira, che si riproduce o che progredisce), il personaggio, l'acqua, l'animale, il fuoco.

A livello onirico, oltre la constata povertà della produzione onirica, l'indagine effettuata da Levitan (Levitan H.L. 1978, 1980, 1981, 1982) sui sogni ricorrenti nei pazienti psicosomatici, ha rilevato sogni contenenti atti di estrema crudeltà agiti o subiti dal soggetto, sogni di incesto, sogni con affetti proiettati su un personaggio senza la consapevolezza di tale proiezione.

Il filo conduttore comune a tutte le ricerche finora esposte sulla sindrome alexitimica sembra fornirci una ipotesi eziopatogenetica riassumibile in un deficit della strutturazione della personalità. Tale modalità deficitaria è interpretata, a seconda dell'orientamento dei diversi ricercatori, come fondamentale carenza nello sviluppo delle fasi precoci della vita, più vicino al modo psicotico che a quello nevrotico, dovuta alla relazione con le figure di accudimento (Marty P., Mc Dougall J., Freyberger H.), oppure a deficit strutturale in senso neurofisiologico come ipotizzato da Sifneos e Nemiah.

Per ulteriori approfondimenti si rimanda a: N. Lalli "Lo spazio della mente. Saggi di psicosomatica" Liguori Napoli 1997