

INTRODUZIONE

La mole di letteratura sviluppata dagli anni 70 in poi intorno alla tematica della regolazione affettiva e a quella dell'alessitimia è notevole: pensando al costrutto dell'alessitimia e alla necessità degli individui di dare senso, CORPO e struttura ai propri vissuti emozionali, definendo nel tempo un senso di sé ed un pensiero narrativo sul proprio essere in relazione al mondo, l'interesse riscontrato da tale tematica risulta essere piuttosto chiaro.

Tale dimensione, infatti, rimanda all'idea che un'alterazione dell'elaborazione emotiva, necessaria per rendere "pensabili le emozioni" e per fornire continuità al senso di sé, possa condurre gli individui a voler regolare la propria affettività non mentalizzata tramite forme e modalità eterogenee (Fonagy P., Gergely G., Jurist EL, Target M 2005: "Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé" Raffaello Cortina Editore). In tale ottica l'uso di sostanze o di alcol, l'impulsività, i disturbi psicosomatici, le "abbuffate alimentari", nonché alcuni peculiari comportamenti potrebbero essere visti come aspetti di uno stesso fenomeno: il tentativo disperato di regolare un'emotività non mentalizzata e quindi spesso dolorosa.

In maniera analoga, la scarsa capacità di gestire le emozioni o di comprendere i propri e altrui stati emotivi, difficoltà che si ritrova spesso nei soggetti alcolisti e tossicodipendenti sotto forma di "basso quoziente di empatia", potrebbe da un lato condurre all'emergere di tratti impulsivi, dall'altro portare il soggetto ad utilizzare la sostanza come forma di integrazione sociale (Martinotti G., Di Nicola M., Tedeschi D., Cundari S., Janiri I., 2009: "Empathy ability is impaired in alcohol-dependent patients" Am J Addict).

Diverse ricerche hanno provato la presenza di una percentuale significativa di soggetti alessitimici in un campione di tossicodipendenti (Haviland, Hendryx, Cumming, Shaw, Henry, 1994 "Alexithymia in women and men hospitalized for psychoactive substance dependence" Compr Psychiatry), e diversi studi hanno dimostrato una relazione tra alessitimia e disturbi psicosomatici in pazienti dipendenti da sostanze (es: Taylor, Parker, Bagby, 1990 "A preliminary investigation of alexithymia in men with psychoactive substance dependence" Am J Psychiatry).

In questi studi i soggetti affetti da sindrome da dipendenza avrebbero difficoltà ad esprimere, identificare o descrivere i propri vissuti emozionali che il corpo somatizza nel

tentativo di “DAR CORPO” ad un’emotività senza voce. Sempre secondo la presente ipotesi, inoltre, l’incapacità di esprimere, identificare, descrivere i propri stati emotivi sarebbe alla base del tentativo di regolare l’affettività attraverso l’uso di sostanze.

Partendo da un’analisi classica seguendo l’insegnamento colto dalla letteratura esistente sulla possibile relazione *causa-effetto* tra alessitimia - disturbi psicosomatici - persona dipendente, l’indagine svolta presso il Ser.T del Distretto 6 dell’ASL MI 1 ha approdato ad una riflessione e ridefinizione dei significati di senso e dei legami di senso sottostanti alle categorie nosografiche di “*alessitimia*”, di “*disturbo psicosomatico*”, di “*persona dipendente*” secondo il modello della psicologia analitica Junghiana.

Tali riflessioni hanno stimolato l’avvio di un’ipotesi d’intervento seguendo una *metodologia integrata* di presa in carico dell’utente che porti alla formulazione di percorsi terapeutici di maggior successo secondo una *visione olistica del paziente*.

1. CAP I: CONCETTI classici

1.1.ALESSITIMIA

DEFINIZIONE

Alessitimia deriva dal greco “a”, per mancanza, “lexis” per parola e “thymos”, per emozione; letteralmente “mancanza di parole per le emozioni”, ad indicare una sorta di “analfabetismo emozionale”, una marcata difficoltà nel riconoscere, esplorare ed esprimere i propri vissuti interiori.

Per alessitimia si intende la difficoltà di identificare, descrivere, comunicare le emozioni e di distinguere i vissuti emotivi dall’attivazione fisiologica sottostante. Include anche la povertà dei processi immaginativi, lo stile cognitivo orientato verso la realtà esterna e l’adattamento sociale di tipo conformistico.

Essere “affetto da alessitimia” significa “un disturbo specifico nelle funzioni affettive e simboliche”, spesso presente nei pazienti psicosomatici.

Il costrutto dell’alessitimia si basa su osservazioni cliniche condotte all’inizio su pazienti che soffrivano di uno o più di quei disturbi tradizionalmente classificati come psicosomatici. Per molti anni i problemi psichici di questi pazienti sono stati concettualizzati sulla base del modello freudiano della patologia psiconevrotica, ed i medici cercavano, dunque, di alleviare i sintomi somatici dei pazienti identificando e interpretando conflitti tra desideri inconsci collegati alle pulsioni. Alcuni fondatori della medicina psicosomatica ritenevano tuttavia che i disturbi psicosomatici non potessero essere spiegati per mezzo di un’analogia con le psiconevrosi; essi riferivano delle osservazioni in base alle quali la predisposizione al disturbo psicosomatico sarebbe dipesa più da un malfunzionamento dell’elaborazione cognitiva delle emozioni che da un conflitto intrapsichico.

McLean (1949) osservava ad esempio che molti pazienti psicosomatici mostravano un’evidente incapacità di verbalizzare i sentimenti; egli ipotizzava che le emozioni dolorose, invece di essere trasmesse alla neocorteccia ed esprimersi nell’uso simbolico del linguaggio,

trovassero invece un'espressione immediata lungo i percorsi del sistema nervoso autonomo, dando così origine a cambiamenti fisiologici capaci di condurre a lungo termine a delle malattie somatiche.

Un decennio più tardi, tuttavia, gli psicoanalisti francesi Marty e de M'Uzan (1963) descrivevano in pazienti affetti da malattie somatiche delle caratteristiche simili: stile di pensiero utilitaristico e notevole mancanza di fantasia. Essi attribuivano però queste caratteristiche ad un deficit dell'organizzazione della personalità piuttosto che a delle difese nevrotiche. Essi chiamarono questo stile cognitivo *pensée opératoire* e introdussero in seguito l'espressione *viè opératoire* per descrivere il corrispondente stile di vita esternalizzato.

Il significato di queste prime osservazioni non fu pienamente compreso se non a partire dall'inizio degli anni settanta, dalle ricerche sistematiche di Sifneos e Nemiah – Sifneos sullo stile cognitivo e affettivo dei pazienti affetti da disturbi psicosomatici classici. I risultati delle loro ricerche e di quelle dei ricercatori successivi confermarono che molti pazienti affetti da disturbi psicosomatici classici presentavano una marcata difficoltà nell'esprimere i propri sentimenti soggettivi, uno stile comunicativo caratterizzato da un'estrema attenzione per i più piccoli dettagli degli eventi esterni e da un'assenza o forte riduzione di fantasie legate alle pulsioni.

Fu proprio Sifneos (1973) a coniare il termine alexithymia per denominare questo insieme di caratteristiche cognitive e affettive.

Riconoscendo il crescente interesse per il costrutto, l'alessitimia fu scelta come tema principale dell'undicesima Conferenza Europea sulle Ricerche Psicosomatiche, svoltasi ad Heidelberg nel 1976. In questa conferenza fu riconosciuta la necessità di una definizione precisa del costrutto dell'alessitimia e la necessità di sviluppare strumenti validi e affidabili per la sua misurazione.

Dopo la conferenza di Heidelberg il costrutto dell'alessitimia è stato raffinato da un punto di vista teorico, soprattutto grazie ad un programma di ricerca finalizzato a validare il costrutto attraverso l'elaborazione di uno strumento di misurazione valido ed affidabile.

Secondo la sua definizione attuale il costrutto dell'alessitimia si compone delle seguenti caratteristiche:

1. Difficoltà nell'identificare i sentimenti e nel distinguerli dalle sensazioni corporee che si accompagnano all'attivazione emotiva;
2. Difficoltà nel descrivere agli altri i propri sentimenti;
3. Processi immaginativi limitati, evidenziati dalla povertà delle fantasie;
4. Stile cognitivo legato allo stimolo ed orientato all'esterno.

Si tratterebbe quindi di un deficit "sia nel dominio cognitivo-esperenziale dei sistemi di risposta emotiva sia a livello della regolazione interpersonale delle emozioni" (Taylor, Bagby e Parker, 1997/2000).

Se le caratteristiche salienti possono essere distinte da un punto di vista concettuale, esse sono tuttavia collegate tra loro da un punto di vista logico: la capacità di identificare e comunicare i sentimenti è ovviamente dipendente dalla capacità di distinguerli dalle sensazioni corporee che accompagnano gli stati emotivi; uno stile cognitivo orientato all'esterno riflette inoltre un'assenza di pensieri e fantasie, così come una gamma ristretta di espressività emotiva.

A prima vista tuttavia alcuni soggetti classificati come alessitimici sembrano contraddire questa definizione di costrutto, in quanto presentano una disforia cronica o manifestano accessi di pianto, collera o rabbia.

Un'indagine approfondita mostra però che essi sanno molto poco sui propri sentimenti e in molti casi sono incapaci di collegarli con ricordi, fantasie, affetti di livello superiore o situazioni specifiche.

In effetti Sifneos, in un resoconto delle sue osservazioni cliniche preliminari, notava che questi pazienti affermavano di solito di essere ansiosi o depressi ma, interrogati più nel dettaglio sulla loro ansia, parlavano solo di nervosismo, agitazione, irrequietezza, irritabilità e tensione; se gli si chiedeva della loro depressione parlavano di sensazioni di futilità, vuoto, noia e disagio.

Sulla base di altre osservazioni cliniche, diverse caratteristiche addizionali sono state associate con il costrutto dell'alessitimia, tra cui una tendenza al conformismo sociale, una tendenza a ricorrere all'azione per esprimere le emozioni o per evitare conflitti, una scarsa capacità di ricordare i propri sogni, una postura piuttosto rigida ed una certa povertà nell'espressione facciale delle emozioni.

Il costrutto dell'alessitimia è definito in termini di caratteristiche cognitive identificabili: queste caratteristiche riflettono dei deficit sia nel dominio cognitivo-esperienziale dei sintomi di risposta emotiva, sia nella regolazione interpersonale delle emozioni.

Essendo incapace di identificare accuratamente i propri sentimenti soggettivi, il soggetto alessitimico ha una scarsa capacità di comunicare verbalmente agli altri il proprio disagio emotivo e non riesce quindi ad utilizzare le altre persone come fonti di aiuto e di conforto.

Questa scarsa capacità di identificare e descrivere i sentimenti soggettivi, è stata messa in relazione, all'interno del modello dello sviluppo affettivo di Lane e Schwartz (1987), con il mancato passaggio delle emozioni, da un livello preconcettuale ad uno concettuale d'organizzazione delle rappresentazioni mentali.

La scarsità dell'immaginazione limita, inoltre, la misura in cui i soggetti alessitimici sono in grado di modulare l'ansia e le altre emozioni mediante la fantasia, i sogni, l'interesse e il gioco. Il fatto che i soggetti alessitimici siano privi della conoscenza delle loro stesse esperienze emotive, insieme alla preesistenza di una scarsa capacità di riconoscere le espressioni facciali delle emozioni, spinge a pensare che l'alessitimia potrebbe coinvolgere anche dei deficit del dominio comportamentale-espressivo dei sistemi di risposta emotiva.

Se alla base dell'alessitimia ci sono delle menomazioni della capacità di elaborare e regolare le emozioni, non è sorprendente che essa sia stata concettualizzata come un possibile fattore di rischio per molti disturbi somatici e psichiatrici che hanno a che fare con problemi di regolazione affettiva. Per esempio l'ipocondria e i disturbi di somatizzazione potrebbero almeno in parte essere considerati come un risultato della limitata consapevolezza soggettiva delle emozioni da parte del soggetto alessitimico, che lo induce a concentrarsi sulle sensazioni fisiche che accompagnano l'attivazione emotiva, amplificandole e interpretandole in modo scorretto; ciò corrisponde al livello senso-motorio riflesso del modello di Lane e Schwartz.

Un'incapacità di modulare le emozioni per mezzo dell'elaborazione cognitiva, potrebbe anche spiegare la tendenza dei soggetti alessitimici a scaricare la tensione causata da stati emotivi sgradevoli, mediante atti impulsivi o comportamenti compulsivi, quali l'abbuffarsi al cibo, l'abuso di sostanze, il comportamento sessuale perverso o l'inedia volontaria

caratteristica dell'anoressia nervosa. Ciò corrisponde invece al modello senso-motorio attivo.

Inoltre, come suggerito originariamente da MacLean (1949), la mancata capacità di elaborare cognitivamente le emozioni dolorose può dare origine a delle risposte esasperate del sistema nervoso e dei sistemi neuroendocrini, creando le condizioni per lo sviluppo dei disturbi somatici.

Oltre ad una disposizione agli stati affettivi negativi indifferenziati, i soggetti Alessitimici mostrano una scarsa capacità di provare emozioni positive come gioia, felicità e amore. In effetti Krystal e Sifneos hanno descritto molti di questi soggetti come anedonici. Una ricerca preliminare condotta da Prince e Berenbaum nel 1993 su un campione di soggetti non psichiatrici ha mostrato che l'alessitimia è correlata all'anedonia sociale, ma non alle situazioni fisiche gradevoli, anche dopo aver preso in considerazione la depressione e gli altri affetti negativi. Secondo Krystal la presenza dell'anedonia in un soggetto Alessitimico è segno di un'origine traumatica del problema.

Secondo la visione dei teorici dell'attaccamento, è logico aspettarsi che le rappresentazioni difettose del sé e dell'oggetto, costruite dai soggetti Alessitimici nel corso dell'infanzia, così come anche i loro deficit di regolazione affettiva, influenzino fortemente il tipo di relazioni interpersonali che essi stabiliscono nella vita adulta. I clinici affermano che i soggetti Alessitimici tendono a stabilire relazioni di marcata dipendenza, ma che queste relazioni hanno un'alta interscambiabilità; in alternativa, essi preferiscono restare da soli ed evitare del tutto gli altri. Queste osservazioni cliniche suggeriscono che gli stili di attaccamento insicuro-evitante ed insicuro-ambivalente permangono oltre l'infanzia. Uno studio condotto da Schaffer nel campo della ricerca sull'attaccamento dell'adulto ha dimostrato che l'alessitimia è fortemente associata, in primo luogo, con uno stile di attaccamento insicuro caratterizzato da una ricerca compulsiva di cure (sottotipo dell'attaccamento ambivalente) e, in un secondo luogo, con uno stile di attaccamento indipendente compulsivo (sottotipo attaccamento evitante). Lo studio mostrava che indipendentemente dal tipo di attaccamento, i soggetti fortemente Alessitimici tendono ad impiegare uno stile di regolazione affettiva orale e somatica. Al contrario, i soggetti dall'attaccamento sicuro mostrano un basso livello di Alessitimia ed utilizzano il comportamento interpersonale e la fantasia di parlare con una persona amata come metodo di regolazione affettiva.

Anche se i risultati degli studi empirici indicano che l'alessitimia è fortemente associata con le difese immature, ciò non significa tuttavia che l'alessitimia stessa debba essere concettualizzata semplicemente come una difesa primaria. L'alessitimia va piuttosto considerata come un costrutto più complesso, e bisogna chiedersi quali siano gli elementi strutturali evolutivi e psichici che impediscono al soggetto alessitimico di utilizzare le difese nevrotiche o mature per gestire i propri affetti.

A questo riguardo è importante sottolineare l'osservazione di Dorpat secondo la quale il funzionamento difensivo di un individuo è influenzato da molte cause, tra le quali lo stato di sviluppo del proprio Io e Super-Io, i conflitti inconsci e le conseguenze psichiche di traumi e deficit evolutivi.

Come abbiamo mostrato fino ad ora, il costrutto dell'alessitimia possiede un particolare schema di relazioni con altri tratti e dimensioni di base della personalità, il quale fa pensare ad un disturbo fondamentale nell'area degli affetti. Inoltre, l'affidarsi a difese di tipo immaturo per regolare gli affetti, concorda con l'idea in base alla quale l'alessitimia rifletterebbe un basso livello di funzionamento in un modello gerarchico dello sviluppo e dell'autorganizzazione degli affetti. Questo livello di funzionamento basso implica dei deficit dello sviluppo dell'Io, tra i quali un'incapacità di sviluppare difese di livello superiore adeguate e altre capacità cognitive di regolazione degli affetti.

Come è stato affermato da Grotstein esistono deficit non solo nella capacità di regolare gli affetti per mezzo di difese mature dell'Io, ma anche nella capacità di mitizzare affetti e pulsioni primitivi sotto forma di sogni e fantasie. Al contrario, vengono impiegate difese immature nel tentativo di organizzare il caos interno che accompagna attivazioni affettive e pulsionali interne, ma scarsamente differenziate. Come per altri tratti di personalità, tuttavia, devono anche essere presi in considerazione i processi biologici che sono alla base dell'alessitimia, tra cui possibili fattori ereditari e variazioni nel sistema nervoso centrale che potrebbero predisporre a quei comportamenti affettivi e cognitivi che caratterizzano il tratto.

Il gruppo di Toronto nel tentativo di spiegare l'elevata comorbidità tra vari disturbi del DSM, ha sviluppato il costrutto di regolazione affettiva ed ha considerato l'alessitimia come un aspetto di questo fenomeno. Secondo questo paradigma diversi disturbi sarebbero indotti

da una difficoltà a regolare l'affettività ovvero di contenerla tollerando vissuti emotivi negativi.

Considerando l'alessitimia come un'alterazione del percorso che porterebbe l'affiorare delle emozioni alla coscienza, rendendo impossibile la loro discriminazione e verbalizzazione, sarebbe utile interrogarsi su quale parte del processo di elaborazione emozionale sarebbe alterato nei soggetti alessitimici.

Il processo emozionale è costituito da una serie di reazioni dell'organismo agli eventi o agli oggetti e si completa con la produzione di mappe neuronali e immagini mentali che consentono l'acquisizione del sentimento. Il sentimento è l'idea che il corpo sia in un certo modo, ossia del suo interno, quando è perturbato dall'emozione. In linea con il pensiero di Damasio (2003), la rappresentazione del sé quando il corpo è perturbato dall'emozione,, darebbe luogo al sentimento che a sua volta, legato ad ulteriori esperienze transitorie, porterebbe ad una coscienza estesa di sé. Secondo Damasio (1999), il processo che genererebbe l'affiorare delle emozioni alla coscienza, condurrebbe alla formazione di immagini storiche di sé date da "esperienze nucleari" legate tra loro e registrate nella memoria. Seguendo le teorie precedentemente definite, un difetto nella capacità di sintetizzare "elementi beta" dando luogo a rappresentazioni, sogni o fantasie condurrebbe ad un'alterazione del "sentire le emozioni", della loro simbolizzazione e quindi della formazione di immagini di sé legate alle esperienze emotive. Seguendo questo paradigma, prima della verbalizzazione, le emozioni emergerebbero alla coscienza sotto forma di sentimenti; il difetto sarebbe dunque ben prima delle parole.

Anche Bucci (1997) sottolinea che i soggetti alessitimici non sarebbero senza parole per descrivere gli stati somatici, bensì senza simboli (verbali e non verbali). Secondo Bucci, il sistema di elaborazione di emozioni passerebbe da una fase di elaborazione subsimbolica non verbale (sentire le emozioni guardando il volto dell'altro) ad una fase simbolica non verbale (emozioni ancora traducibili in parole) fino ad arrivare alla modalità simbolica verbale. L'essere "senza simboli" condurrebbe, quindi, al tentativo di regolare la propria affettività mediante l'uso di droghe, alcol e altro.

Anche Le Doux (1996) ipotizza che la maggior parte dell'elaborazione emotiva avvenga al di fuori della consapevolezza cosciente e che i sentimenti soggettivi rappresentino solo la "ciliegina sulla torta emotiva" dove i fatti fondamentali sono rappresentati da stati del

cervello e risposte del corpo. Secondo Le Doux i circuiti coinvolti nell'elaborazione motiva sarebbero due:

1. La via breve che dal talamo raggiungerebbe l'amigdala, responsabile delle risposte emotive più immediate e rapide;
2. La via lunga, dal talamo alla neocorteccia e poi all'amigdala, che condurrebbe ad una risposta emotiva più modulata legata alle esperienze passate, alle immagini e ai ricordi.

Secondo LeDoux, la qualità della regolazione emotiva deriverebbe dalla forza delle vie neuronali che vanno dalla corteccia prefrontale all'amigdala. Il sentimento nascerebbe dall'integrazione, nella memoria di lavoro, delle rappresentazioni effettuate dall'amigdala e dalla neocorteccia, insieme alle rappresentazioni degli stimoli scatenanti, integrate con quelle delle esperienze passate e del sé. Il sistema della memoria di lavoro coinvolgerebbe la corteccia cingolata anteriore, la corteccia orbito frontale e la corteccia prefrontale laterale. Dunque, LeDoux, sottolinea come una parte di elaborazione cosciente delle emozioni richieda lo sviluppo di sistemi di rappresentazioni, pensieri ed immagini che porterebbero al sentimento.

Di nuovo altri studiosi affermano che l'incapacità nel verbalizzare le proprie emozioni non va considerata quindi come una difficoltà di tipo esclusivamente espressivo ma come una vera e propria limitazione nella possibilità di elaborare le emozioni e di costruire un proprio mondo interno (Ricci Bitti e Caterina, 2001).

In linea con il paradigma di LeDoux, Caretti e La Barbera (2005) ipotizzano la presenza, negli individui con bassa intelligenza emotiva, costruito altamente correlato all'alessitimia, di una bassa integrazione interemisferica e di una ridotta attività della corteccia cingolata anteriore responsabile della memoria di lavoro.

Come sottolineano i succitati modelli teorici e le moderne impostazioni neuroscientifiche, l'elaborazione delle emozioni, necessaria per sviluppare un'immagine stabile di sé e dell'altro, si completerebbe con il sentimento dato dalla rappresentazione del corpo quando è perturbato dall'emozione, immagine che porterebbe a sua volta alla verbalizzazione delle emozioni. Nei soggetti alessitimici il difetto di regolazione affettiva, che poi sarebbe alla base di una vasta gamma di comportamenti o disturbi, sarebbe connesso con un alterato processo di mentalizzazione emotiva o di formazione di immagini, rappresentazioni o

fantasie, difetto che troverebbe le proprie radici in una serie di alterazioni neurobiologiche responsabili a loro volta dell'elaborazione cosciente delle emozioni.

Esistono relazioni e sovrapposizioni chiaramente visibili tra l'Alessitimia e altri costrutti quali l' "Intelligenza Emotiva" di Goleman(1995/1996) e l' "Intelligenza Intrapersonale" di Gardner (1993).

Al contrario degli alessitimici, gli individui "emotivamente intelligenti", hanno una buona autoconsapevolezza emotiva, sanno riconoscere precocemente i segnali fisiologici che accompagnano l'emozione, hanno capacità di auto introspezione e autoregolazione.

Essi non tendono a reprimere i loro vissuti (che continuerebbero comunque a produrre i loro effetti), ma fanno il primo passo verso una gestione adattiva e efficace delle emozioni mediante un'attribuzione di significato a ciò che gli accade, resa possibile dalla mediazione operata dal linguaggio con cui definiamo quello che proviamo.

Questa operazione è fondamentale perché dota di senso l'esperienza emozionale, la arricchisce con la "valutazione" cognitiva (ad esempio in termini di novità, pericolosità, capacità di farvi fronte, possibili risposte, relazione con i propri valori e le norme sociali...), la collega più saldamente con i propri vissuti e la propria storia soggettiva, e (non ultimo) apre la strada alla comunicazione interpersonale.

Svariate ricerche hanno mostrato come la comunicazione emotiva interpersonale abbia benefiche ripercussioni sullo stato di salute dell'individuo (ad esempio in presenza di lutti e situazioni traumatiche) in quanto protegge dagli "effetti a lungo termine" del disagio emozionale; dando la possibilità di rivivere, rievocare, condividere e quindi, in qualche modo, "sistemare" le emozioni (Pennebaker & O'Herron, 1984; Rimè, 1989; come citato in Ricci Bitti & Caterina).

Altre caratteristiche si sono rivelate spesso associate all'alessitimia, anche se non fanno parte del nucleo centrale del costrutto, tra queste: la tendenza al conformismo sociale, la tendenza all'azione per la gestione delle tensioni e dei conflitti, una certa povertà nell'espressione facciale delle emozioni, la difficoltà nel ricordare i sogni o materiale onirico caratterizzato da pochi dettagli visuo-immaginativi e scarsa bizzarria, la scarsa capacità di empatizzare con gli stati emotivi altrui.

“Bisogna sottolineare che l’alessitimia non è concettualizzata come un fenomeno categoriale (del tipo “tutto o niente”), ma come un costrutto dimensionale (o tratto di personalità) che è distribuito in modo normale nella popolazione generale” (Taylor & al, 1994).

Oltre che come tratto di personalità relativamente stabile, l’alessitimia può emergere come fenomeno secondario, come stato reattivo in conseguenza di gravi traumi o di malattie fortemente invalidanti o in cui c’è pericolo di vita (cancro, dialisi, trapianto); in momenti particolarmente critici dell’esistenza l’ “anestesia emozionale” sembra avere finalità adattive, rappresenterebbe cioè un massiccio meccanismo di difesa verso la propria realtà interiore fonte di sofferenza e di grosso scopenso.

1.2.DISTURBI PSICOSOMATICI

DEFINIZIONE

Con il termine di “disturbi psicosomatici” si intende tradizionalmente quell’ampia fascia di patologie che si situano tra lo psichico ed il corporeo, con produzione di una sintomatologia di tipo funzionale ed organico in cui è possibile ravvisare una origine psicologica. Oggigiorno, con i ritmi di vita sempre più veloci ed il moltiplicarsi dei fattori di stress le malattie psicosomatiche sono in netto aumento e rappresentano le risposte estreme dell’organismo, inteso nella sua interezza di corpo-mente, di fronte a problematiche di natura affettiva e emotiva e sotto le pressioni di tipo socio-ambientale.

Il meccanismo della “somatizzazione” può essere inteso come il processo che è alla base del disturbo psicosomatico se, stando alla definizione classica del termine, intendiamo la somatizzazione stessa come il meccanismo trasformativo che, a partire da specifici contenuti psichici, opera un cambiamento a livello somatico, attraverso il coinvolgimento dei sistemi endocrino ed immunitario. Da un punto di vista neurologico, infatti, nello studio della malattia psicosomatica, è di primaria importanza il collegamento tra il cervello e di sistemi suddetti attraverso l’azione reciproca di ormoni e neurotrasmettitori, poiché studi sperimentali hanno accertato la correlazione tra stress e alterazione di alcuni ormoni.

Alcuni autori hanno poi ipotizzato in questo tipo di disturbi la presenza di una iperattività dei sistemi nervosi parasimpatico e simpatico, iperstimolati e condotti ad un disfunzionamento cronicizzato, unitamente ad alcuni altri fattori predisponenti tra i quali la specifica personalità del soggetto, una particolare “vulnerabilità d’organo”: ogni individuo può presentare un organo “bersaglio” sul quale vengono canalizzate di preferenza le tensioni interne, ed un certo tipo di ambiente esterno.

Da un’ottica più propriamente psicologica, le difficoltà esplicative presentate dalle malattie psicosomatiche sono altrettanto ardue e complesse; il meccanismo della somatizzazione, infatti, è il cardine sul quale si impernia la dinamica patologizzante veicolando contenuti di natura psichica che tuttavia si “prestano” ad un’ opera di traduzione-conversione sul versante corporeo.

Il meccanismo della somatizzazione assolve ad una duplice funzione: se da un lato attesta un avvenuto fallimento (antico o recente) della capacità di mentalizzazione, cioè della elaborazione psichica di certi vissuti affettivi ed emotivi, dall’altro costituisce il mezzo che consente comunque di esprimerli (e contenerli o “trattenerli”) all’interno della propria corporeità, in modo tale che abbiano un loro intrinseco valore di segnale, di comunicazione.

Se il concetto della eccessiva stimolazione o compressione di contenuti affettivi ed emotivi che “traboccano” nel sintomo psicosomatico non presenta quindi alcuna difficoltà alla comprensione (per esempio l’azione dello stress sull’apparato gastroenterico) le implicazioni ulteriori che la somatizzazione rivela ad una lettura più approfondita della propria fenomenicità pongono interrogativi che riguardano aspetti pressoché insondabili del duplice rapporto tra mente e corpo e tra coscienza e inconscio, e che risiedono nelle modalità di “registrazione affettiva” di eventi in età neonatale e nell’utilizzo del corpo quale primo “contenitore” delle pulsioni libidico-distruttive, prima che si strutturi la capacità di pensiero (D.Anzieu, J. McDougall, D.N. Stern).

Pertanto solo una visione integrata delle diverse aree di studio può permettere una sempre maggiore chiarificazione dei processi e dei meccanismi implicati nella genesi e nello sviluppo delle malattie psicosomatiche e dei sottostanti processi di somatizzazione: è necessario infatti che la dimensione neuro-biologica e quella psicologica siano affiancate e non reciprocamente escludentisi per una ricomposizione della natura unitaria dell’uomo nel suo complesso.

PRINCIPALI MALATTIE PSICOSOMATICHE

Da un punto di vista clinico le malattie psicosomatiche interessano con una certa incidenza le seguenti regioni:

- Sistema cardiovascolare
- Sistema respiratorio
- Apparato gastroenterico
- Superficie cutanea
- Sistemi endocrino ed immunitario

Nel sistema cardiovascolare i disturbi psicosomatici sono solitamente differenziati in disturbi “funzionali” minori (palpitazioni, aritmie, sensazioni dolorose, disturbi vasomotori) e disturbi maggiori dove si ha un vero e proprio danno dei tessuti (p.e. cardiopatia ischemica ed ipertensione essenziale). Per quanto riguarda la genesi dei primi, è stato più volte ribadito il ruolo predisponente di vissuti di tipo abbandonico e di precoci separazioni nella vita affettiva dei soggetti interessati. Per i disturbi maggiori, invece, lo stress psichico continuo unito ad alcune caratteristiche di personalità (tra cui forte competitività, ambizione, aggressività) sembra costituire il fattore predisponente alla cardiopatia ischemica, mentre un’eccessiva inibizione della propria aggressività potrebbe indurre cronici stati di ipertensione.

Tra i disturbi del sistema respiratorio, quello che presenta una alta correlazione con cause di natura psichica, soprattutto in termini di stati d’ansia d’intensità variabile, è l’asma bronchiale, seguita dagli “spasmi respiratori affettivi” e dalla “sindrome da iperventilazione”. L’asma, caratterizzata da periodi alterni di costrizione bronchiale ed asintomatici, presenta sintomi quali dispnea, tosse e respiro forzato, che sono il prodotto di una iperattività dovuta, oltre al fattore psicologico, anche a stimoli esterni (allergie, aria fredda, farmaci, infezioni...). Un ruolo importante nella genesi della patologia asmatica è svolto inoltre dal sistema nervoso autonomo, collegato alla muscolatura bronchiale.

Gli spasmi respiratori di natura affettiva sono contrazioni della respirazione che intervengono solitamente nei bambini piccoli (da pochi mesi a 4-5 anni), e che sono associabili ad episodi di intensa frustrazione o traumatici ai quali il bambino risponde con

manifestazioni di rabbia e pianto, seguiti da un'apnea respiratoria. In questo caso l'attenzione è solitamente orientata sulla qualità del rapporto genitore-bambino e sulla capacità della figura genitoriale di modulare sentimenti di collera e frustrazione provati dal bambino.

La sindrome da iperventilazione si caratterizza per la presenza di respiro accelerato e poco profondo che produce palpitazioni e senso di vertigine; è frequente l'associazione con l'attacco di panico e il disturbo d'ansia acuto.

Tra le malattie psicosomatiche che interessano l'apparato gastroenterico possiamo distinguere tra disturbi "psicogeni", che presentano una eziologia puramente psichica (anoressia, bulimia..) e disturbi "psicofisiologici", in cui contenuti di natura psicoaffettiva vengono progressivamente somatizzati nelle regioni interessate, producendo nel tempo sensazione di malessere ma anche lesioni strutturali dei tessuti organici. In questo senso è opportuno vedere il contesto generale di sviluppo della malattia e lo "stile di vita" del soggetto.

Tra i disturbi di questo secondo tipo troviamo numerose forme, dalle gastriti all'ulcera gastrica, dalle coliti ai disturbi dell'evacuazione, dalle turbe intestinali alla sindrome del colon irritabile, della retto colite ulcerosa e al Morbo di Crohn. La componente psicologica in questi casi si identifica con determinate strutture di personalità dei soggetti che presentano simili disturbi, sulla base del collegamento tra sentimenti di collera ed ostilità con ipersecrezioni gastriche e ipermotilità intestinale. Le problematiche psichiche presenti nei casi di lesioni della mucosa gastrica sembrano quelle connesse alla dipendenza (soggetti pseudo-indipendenti, che negano la propria dipendenza; soggetti passivo-dipendenti con possibili tratti aggressivi) mentre nelle patologie che interessano il colon appaiono in causa fattori collegati con una personalità di tipo rigido e tratti di ossessività-compulsione e tendenza all'inibizione dell'aggressività.

Tra le malattie dermatologiche il collegamento con le cause psicologiche sembra particolarmente frequente nelle dermatosi ricorrenti, dove il ruolo dei fattori emozionali inciderebbe sia nella genesi che nella cronicizzazione dei disturbi. E' poi importante considerare l'aspetto di "visibilità" che molte forme di dermatosi presentano, in quanto veicolano vissuti emotivi particolari riguardanti l'immagine di sé e la perdita dell'attrattiva fisica e che sono in rapporto con sentimenti di autosvalutazione, vergogna, punizione e

difficoltà nella modulazione dell'aggressività. In questi casi, la funzione della pelle come "primo contenitore" e come confine del senso di sé del bambino, può rimandare a scenari molto primitivi circa l'instaurazione della patologia ed a contenuti psichici originari prevalentemente centrati su dinamiche di natura fusionale-simbiotica ed esprimenti una conflittualità relativa ai processi primari di contenimento e di separazione dall'ambiente materno.

Tra le forme più frequenti riscontrate in questo ambito ricordiamo soprattutto le dermatiti atopiche, l'eczema, la psoriasi, ma anche forme collegate quali l'alopecia areata, il prurito, l'iperidrosi, fino ad arrivare –nei casi più severi- a condotte auto aggressive che sottendono un più intenso malessere psichico (lesioni autoindotte, tricotillomania, deliri di tipo ipocondriaco).

Per quanto riguarda le malattie dei sistemi endocrino e immunitario, alcune sembrano presentare un legame più stretto con la componente psicologica, per quanto tuttavia appaiono implicati nel complesso sia il sistema endocrino che il sistema nervoso centrale nella reciproca funzione di regolazione dei meccanismi di trasmissione cellulare: l'iperipotiroidismo (collegati ad una alterazione dei livelli di ormone tiroideo), il Morbo di Addison (insufficienza surrenalica con concomitanti stati depressivi e rallentamento psicomotorio), la Sindrome di Cushing (iperstimolazione surrenalica con stati alternati depressivo-ansiosi) e lo stesso diabete (anche se in maniera indiretta e come conseguenza della ipoglicemia) figurano tra le malattie a connotazione psicosomatica.

Studi recenti, poi, sui fattori che possono alterare le condizioni di funzionamento ottimale del sistema immunitario hanno indicato inoltre il ruolo centrale svolto da esperienze emotive collegate a sentimenti di perdita, abbandono, separazione ed isolamento, che inciderebbero in maniera determinante su alcuni meccanismi di risposta anticorpale mediate da alcuni ormoni (ACTH).

In conclusione, risulta chiaro quanto già detto in precedenza: un ulteriore progresso nella chiarificazione dei processi e dei meccanismi implicati nella genesi e nello sviluppo delle malattie psicosomatiche e dei sottostanti processi di somatizzazione deve necessariamente passare per una visione integrata delle diverse aree di studio, in cui la dimensione neurobiologica e quella psicologica siano affiancate e non reciprocamente escludentisi, e che tenda ad una ricomposizione della natura unitaria dell'uomo nel suo complesso.

CENNI STORICI

Nel XVII si assiste ad una rivoluzione scientifica grazie al pensiero filosofico di Cartesio, Newton e Galileo. Cartesio (1596-1626) afferma la netta separazione tra mente, o *res cogitans*, e corpo, *res extensa*, per cui il corpo, essendo solo materia, è misurabile come qualunque altro oggetto presente in natura.

Con Newton (1642-1727) si stabiliscono gli assiomi della fisica classica, come il concetto di spazio e tempo assoluti, il rapporto di causa-effetto tra gli eventi, il concetto di materia costituita dalla somma di elementi semplici.

Su tali fondamenti si basa il metodo sperimentale proposto da Galileo (1564-1642), secondo il quale può essere oggetto di osservazione solo ciò che è misurabile e che porti alla formulazione di ipotesi matematiche; ogni esperimento che dimostri la validità delle ipotesi è ripetibile infinite volte e darà il medesimo risultato.

Questi principi vengono ripresi dalla corrente filosofica del Positivismo nell'800 e applicati anche al sapere medico, creando un modello di medicina che resta invariato fino al XX secolo. Si tratta di un modello meccanicistico e riduzionistico che considera il corpo umano una *res extensa* misurabile, che funziona alla stregua di una macchina complessa, ma scomponibile in elementi più semplici, ossia gli organi e gli apparati, che costituiscono gli "ingranaggi".

La malattia è un cattivo funzionamento della macchina corpo, per questo motivo il malato non conta per il suo aspetto psichico, che è *res-cogitans*, bensì per il sintomo che porta.

La salute coincide con l'aspetto della malattia e la cura diventa un protocollo pressoché standard; perciò il processo di guarigione non appartiene al malato, ma è totalmente nelle mani del medico.

Alla fine dell'800 però si affaccia una nuova corrente di pensiero, che comincia ad avere uno sguardo globale sull'uomo, in cui non ha più senso scindere *res cogitans* e *res extensa*. Si tratta della prima forma di psicosomatica, ancora imbevuta di determinismo, perché figlia del Positivismo, essa infatti tenta di dimostrare scientificamente l'unione tra mente e corpo, senza tuttavia affermarne ancora l'identità.

Sarà Jung agli inizi del '900 a fornire la chiave di volta per la definizione della psicosomatica.

1.3.ADDICTION

DEFINIZIONE

La parola “addiction” significa “addizione”, cioè qualcosa di aggiunto. E’ il termine anglofono, internazionalmente utilizzato, per chiamare le “dipendenze”.

L’origine del termine addiction risiede nel meccanismo con il quale operano le dipendenze. I nostri equilibri psico-biologici sono mediati da reti neurali che utilizzano dei neurotrasmettitori per comunicare.

Le droghe, affinché vengano assorbite dall’organismo, devono essere compatibili con la struttura biologica che li assume. Cioè è necessario che il principio attivo di una droga (sia essa una medicina che una sostanza illegale che una sostanza legale) deve trovare spazio nell’organismo per agire.

Le sostanze psicoattive sono estremamente simili ai nostri neurotrasmettitori, altrimenti non potrebbero essere “psico-attive”. Cioè molte delle sostanze che chiamiamo droghe (ma che includono farmaci e molte sostanze legali come la caffeina del caffè, la teina del tè, la nicotina delle sigarette, l’alcol degli alcolici e via discorrendo...) si vanno ad aggiungere alle sostanze che già vengono autoprodotte dal nostro organismo. In tal modo ne alterano il funzionamento. Come chiavi false le droghe si inseriscono nelle porte neurali (i recettori) e vengono scambiate per chiavi originali.

Nel momento in cui il funzionamento regolare di certi apparati neurali è garantito dalla presenza delle sostanze assunte (le droghe), si dice che il soggetto è “addicted”, letteralmente significa “addizionato”.

In altre parole il funzionamento psico-biologico è divenuto dipendente da una sostanza “aggiunta” dall’esterno. Ovviamente l’equilibrio raggiunto in questa maniera determina alcune alterazioni importanti a livello psico-sociale poiché gli effetti delle chiavi false non sono gli stessi delle chiavi originali.

In italiano si usa maggiormente il termine “dipendenza” perché si focalizza l’attenzione sul fatto per cui il “dipendente” non può fare a meno della sostanza (la droga).

In realtà la dipendenza avviene in un momento successivo, cioè quando la sostanza è stata assunta per un tempo sufficientemente lungo da impedire la produzione della “chiave originale” da parte del cervello.

Il consumo patologico di sostanze è ripartito in due categorie: l’ABUSO di sostanze e la DIPENDENZA da sostanze.

Secondo la definizione del DSM IV la DIPENDENZA da sostanze è caratterizzata dalla presenza di almeno tre dei seguenti criteri ricorrenti in un periodo di 12 mesi:

1. L’individuo sviluppa TOLLERANZA, indicata da dosi notevolmente più elevate della sostanza necessarie per produrre l’effetto desiderato, oppure dagli effetti della sostanza che si fanno marcatamente meno evidenti con l’assunzione della quantità abituale;
2. I sintomi di astinenza cioè effetti fisici e psicologici negativi, si manifestano quando l’individuo smette di assumere la sostanza o ne riduce la quantità. L’individuo può anche servirsi della sostanza per attenuare o evitare i sintomi dell’astinenza;
3. L’individuo assume la sostanza in quantità maggiori o per periodi più prolungati di quanto aveva previsto;
4. L’individuo riconosce che il suo uso della sostanza è eccessivo; può anche aver cercato di ridurre l’assunzione, senza però riuscirci;
5. L’individuo dedica gran parte del suo tempo a procurarsi la sostanza o a riprendersi dai suoi effetti;
6. L’individuo fa un uso continuativo della sostanza nonostante i problemi psicologici o fisici da essa prodotti o esacerbati;
7. L’individuo interrompe o riduce la propria partecipazione a molte attività sociali, lavorative o ricreative a causa dell’uso della sostanza.

Per l'OMS la sindrome di dipendenza è caratterizzata dai seguenti elementi:

1. Consapevolezza della compulsione a usare droga, contro la propria volontà;
2. Desiderio di non usarla;
3. Abitudine relativamente stereotipata di assumere la droga;
4. Evidenti sintomi di neuro adattamento (tolleranza, astinenza);
5. Uso della droga per evitare o attenuare i sintomi di astinenza;
6. Salienda del comportamento di ricerca della droga rispetto ad altre importanti priorità;
7. Rapida reintegrazione della sindrome dopo un periodo di astinenza.

Per la diagnosi di ABUSO di sostanze, secondo il DSM IV l'individuo deve esperire una o più delle seguenti condizioni ricorrenti in un periodo di 12 mesi:

1. Incapacità di adempiere a obblighi e responsabilità importanti;
2. Esposizione a pericoli fisici;
3. Problemi di ordine legale o giudiziario;
4. Problemi sociali o interpersonali persistenti.

PERCHE' SI USANO SOSTANZE

Dagli studi epidemiologici e dall'esperienze clinica dei professionisti che si occupano di dipendenza e abuso di sostanze la maggior parte delle persone consuma sostanze per:

1. **Sentirsi bene:** molte sostanze d'abuso producono una intensa, breve ed innaturale sensazione di piacere. Questa iniziale sensazione di euforia è seguita da altri effetti, diversi a seconda della sostanza abusata. Per esempio, con sostanze stimolanti come la cocaina, la breve fase di euforia è seguita da sensazioni di forza, di aumentata

- energia e accresciuta stima di sé. Invece la breve euforia provocata da sostanze oppiacee come l'eroina, è seguita da sensazioni di soddisfazione e rilassatezza
2. **Sentirsi meglio:** persone che soffrono di ansia, di disturbi legati allo stress o di depressione, possono cominciare ad usare sostanze nel tentativo di alleviare la sensazione di sofferenza.
 3. **Per fare meglio:** l'accresciuta pressione che alcune persone vivono nei confronti di un continuo e innaturale miglioramento delle loro prestazioni sportive, lavorative e sociali può condurre alla sperimentazione e all'uso continuato di una sostanza d'abuso.
 4. **Per curiosità e "perché gli altri lo fanno":** sono soprattutto gli adolescenti ad essere particolarmente vulnerabili a questa evenienza. Essi vivono, più che in altre età, la pressione dei coetanei nella scelta di comportamenti che favoriscono l'identificazione e l'appartenenza sociale: questo spiega in particolare l'uso di ecstasi "la droga dell'empatia" consumata perché "fa sentire tutti insieme". Ricordiamo inoltre che la fase adolescenziale è caratterizzata da una maggiore attrazione per comportamenti rischiosi e temerari.

MODELLI INTERPRETATIVI

- a. Modello morale : secondo il modello morale le persone dipendenti sono considerate viziose, deboli, con un grande edonismo che li porta ad assumere un comportamento riprovevole e per questo solo esse stesse sono responsabili della loro malattia.
- b. Modello della malattia: le persone che fanno uso/abuso di sostanze hanno un'innata predisposizione alla dipendenza.
- c. Modello psicanalitico : secondo la psicoanalisi la persona che fa uso di sostanze mette in atto un meccanismo difensivo: quello della regressione
- d. Modello psicodinamico: secondo la visione psicodinamica è il fallimento del passaggio dalla posizione "paranoide" a quella "depressiva" (M.Klein) a portare alla dipendenza: nessuna introiezione dell'oggetto buono porta la persona a mettere in atto strategie di RIPARAZIONE per riappropriarsi dell'oggetto buono perduto

(accompagnato da sentimento di colpa e di vergogna) che diventa la sostanza . Ma è un meccanismo fallimentare: l'attaccamento "insicuro" sviluppato dalla persona nella sua relazione con la figura materna spiega la sfiducia nel mondo: la sostanza diventa per la persona tentativo inconscio di riprendere calore e fiducia con l'uso della sostanza (modello difensivo e adattivo).

Secondo tale modello l'alcolismo è il punto d'arrivo di una complessa e *personale* interazione di carenze strutturali, influenze ambientali e predisposizione genetica.

2. CAPITOLO II : ALCUNI STUDI SIGNIFICATIVI

ALESSITIMIA E USO DI SOSTANZE

L'idea secondo la quale i disturbi da uso di sostanze vadano concettualizzati come disturbi della regolazione degli affetti è supportata dal fatto ben assodato che gli alcolisti e i tossicodipendenti, oltre ad un alto livello di disagio emotivo, mostrano un alto tasso di altri disturbi sull'asse I del DSM IV e specialmente disturbi depressivi e ansiosi.

E' noto ad esempio che l'alcol ha un effetto bifasico sull'umore: dopo aver assunto una certa quantità di alcol si osserva generalmente un'elevazione del tono dell'umore che tende tuttavia gradualmente ad attenuarsi fino a trasformarsi in tristezza e irritabilità con il diminuire del livello di alcol nel sangue. In occasione di assunzioni prolungate e continuative di alcol molti soggetti sviluppano una depressione clinicamente significativa, che può apparire identica come presentazione clinica ad un episodio di disturbo depressivo maggiore, ma i cui sintomi scompaiono solitamente con qualche giorno o settimana di astinenza. Secondo Schuckit (1986) dal 20% al 30% dei pazienti gravemente depressi incrementano la loro assunzione d'alcol, ma solo una percentuale compresa tra il 5% e il 10% dei pazienti depressi con disturbi affettivi primari soddisfa i criteri per una diagnosi di alcolismo secondario. Esiste tuttavia un accordo generale sul fatto che l'alcolismo e la depressione siano disturbi indipendenti e che l'alta comorbidità rifletta l'elevata prevalenza di entrambi i disturbi nella popolazione generale. E' probabile che i disturbi da uso di sostanze e i disturbi affettivi siano fattori di rischio significativi gli uni per gli altri, oltre ad essere manifestazioni di sottostanti disturbi della regolazione affettiva.

La stessa conclusione può applicarsi alla comorbidità tra i suddetti disturbi e i disturbi d'ansia. E' assodato che gli individui in disintossicazione da alcol sviluppano una sindrome di astinenza acuta, caratterizzata da tremori, sensazione di tensione, irrequietezza e insonnia; ciò è spesso seguito da uno stato più protratto di ansia e instabilità emotiva che include a volte sintomatologia fobica o attacchi di panico. Tali sintomi regrediscono con il protrarsi del periodo di astinenza.

In un tentativo iniziale di valutare empiricamente la relazione tra alessitimia e disturbi da uso di sostanze, un gruppo di ricercatori polacchi ha studiato un campione di 100 pazienti maschi ricoverati per dipendenza da alcol, utilizzando la scala di autovalutazione Schalling-Sifneos Personality Scale per misurare l'alessitimia (1988). Il 78% del campione risultò essere alessitimico e i pazienti con alessitimia non differivano da quelli non alessitimici per quanto riguardava i fattori demografici e per la gravità della dipendenza dall'alcol.

In seguito all'introduzione della **Toronto Alexithymia Scale (TAS)** ulteriori studi su pazienti dipendenti da sostanze sono stati condotti in Canada dove Taylor e al. (1990) hanno studiato un gruppo di 44 pazienti maschi ricoverati con abuso di sostanze. Di questi, 17 soggetti avevano una storia di abuso cronico di alcol, 5 di abuso di sostanze e 22 abusavano sia di sostanze che di alcol. Oltre ad una scala pilota che conteneva item sia della TAS che **della TAS-20**, i soggetti compilarono anche il Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), IL Beck Depression Inventory (BDI), il Michigan Alcoholism Scening Test (MAST) E IL Drug Abuse Screening Test (DAST). Le diverse misure venivano somministrate dopo un periodo di astinenza da alcol e da altre sostanze variabile da uno a sette giorni. In base al punteggio soglia della TAS, il 50% dei pazienti del gruppo risultava alessitimico.

Contemporaneamente sono state selezionate alcune scale dell'MMPI al fine di valutare la forza dell'Io (scala della forza dell'Io), l'utilizzo di meccanismi di difesa del tipo della rimozione (scala della rimozione-sensibilità), l'ansia (scala dell'ansia manifesta), l'introversione/estroversione (scala dell'introversione Sociale), la depressione (scala della Depressione) e la tendenza a sviluppare sintomi somatici "funzionali" (scala dell'Ipocondria).

In accordo con la teoria in base alla quale l'alessitimia riflette una scarsa capacità di regolare e modulare gli stati emotivi dolorosi, i pazienti alessitimici erano molto più ansiosi e depressi dei non alessitimici e presentavano maggior disturbi fisici ed agitazione generale. Oltre a ciò i pazienti alessitimici mostravano una forza dell'Io nettamente inferiore ed un minimo utilizzo dei meccanismi di difesa basati sulla rimozione, ed erano molto più socialmente introversi dei pazienti non alessitimici.

A causa della metodologia trasversale degli studi sopra citati non è stato possibile determinare se l'alessitimia fosse un antecedente dell'abuso di sostanze o una conseguenza del disturbo dovuto alla recente astinenza. Tuttavia, il fatto di aver rilevato punteggi bassi sulla scala della forza dell'Io nettamente inferiore ed un minimo utilizzo dei meccanismi di

difesa basati sulla rimozione, ed erano molto più socialmente introversi dei pazienti non alessitimici.

A causa della metodologia trasversale degli studi sopra citati non è stato possibile determinare se l'alessitimia fosse un antecedente dell'abuso di sostanze o una conseguenza del disturbo dovuto alla recente astinenza. Tuttavia, il fatto di aver rilevato punteggi bassi sulla scala della forza dell'io e alti sulla scala della rimozione-sensibilizzazione e sulle scale che valutano l'agitazione psicologica generale, concorda con l'idea che l'alessitimia sia un fattore di rischio che predispone all'abuso di sostanze e che molti soggetti dipendenti utilizzano l'alcol e le sostanze per compensare carenze da parte della capacità dell'io di regolare e modulare emozioni e pulsioni (Taylor, Parker, Bagby e al. 1997).

Uno studio condotto da Caretti e al.(2005) evidenzia la presenza di una correlazione positiva significativa tra i punteggi ottenuti ai test DES e TAS-20, che misurano rispettivamente la dissociazione e l'alessitimia, in un campione di soggetti tossicodipendenti ed ex tossicodipendenti. La ricerca mostra la presenza di una relazione tra dissociazione ed alessitimia nei tossicodipendenti ed ex tossicodipendenti e gruppo di controllo. Considerando la dissociazione come una difesa "anti-riflessiva mediata da un attaccamento disorganizzato", gli autori considerano i dati come una conferma dell'ipotesi che vede la dipendenza patologica come un disturbo strettamente correlato a una significativa incapacità di regolare le tensioni emotive. Queste ultime sarebbero invece gestite mediante il rifugiarsi in una condizione dissociativa data dall'uso di un oggetto-droga.

Un ulteriore studio, condotto da Handelsman e al. (2000) tenta di avvalorare l'ipotesi che vede l'abuso di sostanze come un fenomeno legato ad un deficit emozionale delineato dall'incapacità di identificare ed esprimere le emozioni e da un'eccessiva vulnerabilità agli affetti legati alle esperienze negative. In particolare gli autori hanno effettuato un'analisi delle variabili latenti coesistenti nei deficit emozionali degli abusatori di sostanze considerando tre aspetti del fenomeno: alessitimia, ostilità e disturbo post-traumatico da stress. I risultati della ricerca supporterebbero l'ipotesi secondo cui l'alessitimia e l'ostilità costituirebbero una dimensione presente negli abusatori di sostanze e quella che vede tale fattore come un elemento comune ad una serie di manifestazioni psicopatologiche, incluse le risposte patologiche allo stress traumatico.

Il punto di vista alternativo, secondo il quale molti pazienti con disturbo da abuso di sostanze sviluppano l'alessitimia come risultato di ansia e depressioni gravi, è stato sostenuto con convinzione da Haviland e dai suoi colleghi (1988). In uno studio iniziale condotto su un campione di alcolisti in astinenza da poco tempo, Haviland e all. (1988) hanno sviluppato un modello causale, scoprendo che i punteggi sugli item della TAS che valutano la capacità di identificare o di comunicare i sentimenti (fattore 1 e 2) potevano essere predetti dalla depressione. Utilizzando la TAS-20 si è scoperto che l'ansia di stato è un predittore della depressione e di tutti e tre i fattori della TAS-20; la depressione è un predittore solamente del fattore 1 della TAS-20. Sulla base di questi risultati i ricercatori hanno concluso che in molti soggetti dipendenti da sostanze l'alessitimia è una risposta situazionale a quelle emozioni sgradevoli che spesso li spingono a richiedere un trattamento..

C'è da riflettere, quindi, sulla constatazione che l'alessitimia potrebbe essere una difesa contro il disagio affettivo soprattutto se prendiamo in considerazione, nelle popolazioni cliniche e non, l'associazione tra alessitimia ed affettività negativa; anche se un'altra associazione è stata trovata tra alessitimia e utilizzo di difese immature e non adattive.

Secondo quest'ottica la presenza di alessitimia in soggetti con disturbo da uso di sostanze dovrebbe essere vista non come una difesa, ma come segno di una carenza delle difese e come un'incapacità cognitiva di autoregolare gli affetti dolorosi.

L'apparente peggioramento dell'alessitimia che si accompagna ad alti livelli di ansia e depressione riflette la prospettiva della psicologia evolutiva e della psicoanalisi contemporanea secondo le quali l'organizzazione della personalità è qualcosa di fluido, soggetto a regressioni e progressioni nel modo di organizzazione predominante, all'interno dei modelli gerarchici di regolazione degli affetti proposti da Lane e Schwartz (1987) e da Wilson (1989).

Uno studio condotto da De Timary e al (2008), al fine di valutare se, nei soggetti alcolisti, l'alessitimia costituisca un tratto di personalità o un fenomeno stato dipendente correlato alla depressione e all'ansia, ne ha valutato la stabilità assoluta e relativa durante l'astinenza dall'alcol. La conclusione è stata che la stabilità relativa dell'alessitimia, in contrasto con la importante riduzione della sintomatologia depressiva ed ansiosa durante l'astinenza alcolica, supporta la teoria secondo cui l'alessitimia sarebbe un tratto di personalità stabile piuttosto che un fenomeno stato-dipendente.

Dodes (1990) ipotizza che l'iniziazione o la ricaduta nell'abuso di alcol o di sostanze serva in molti casi a tenere sotto controllo un senso di impotenza o vulnerabilità per mezzo del controllo e della regolazione degli stati affettivi del soggetto. Nella sua ottica la pulsione che è all'origine del comportamento di dipendenza è la rabbia narcistica, una rabbia derivante dalla sensazione di impotenza nel controllare i propri stati affettivi e che rappresenta un mezzo per ristabilire uno stato interno di autocontrollo.

In maniera simile Levin (1987) mette in relazione il comportamento di dipendenza con un disturbo dell'autoregolazione e della regolazione degli affetti che comprende un bisogno di potere e di controllo.

Sulla base della propria ampia esperienza nel trattamento dei tossicodipendenti, anche Khantzian (1993) ha concluso che i deficit dell'autoregolazione ed un bisogno di controllo sono le caratteristiche centrali dei pazienti con disturbo da uso di sostanze. Questa idea trova supporto empirico nel fatto che nei soggetti dipendenti certe funzioni dell'Io sono significativamente menomate.

Quanto alla correlazione tra alessitimia ed alcolismo (Taieb, 2002, e Thorberg 2009) è stato riscontrato che la gravità e la durata dell'alcolismo risultavano essere correlate con l'alessitimia.

In uno studio francese pubblicato nel 2004 condotto da Farges, Corcoa e al. Viene posta l'attenzione sulla correlazione esistente tra alessitimia, depressione e disturbo da uso di sostanze: i risultati dello studio propendono per un'associazione positiva tra depressione ed alessitimia nei soggetti con disturbo da uso di sostanze. In tal senso l'alessitimia e la depressione costituirebbero due dimensioni associate e detta associazione sarebbe spiegata dalla sola componente emozionale dell'alessitimia.

Il fatto che l'alessitimia non costituisca un fattore predittivo per lo sviluppo di un disturbo depressivo maggiore è stato più volte confermato in studi successivi (es. Honkalampi 2010).

Altri studi (Taylor 1990 e succ) hanno invece indagato la relazione tra alessitimia e impulsività, i risultati mostrano una correlazione assente nel campione totale e una correlazione significativa nel campione di soggetti tossicodipendenti.

La relazione tra le due dimensioni permette, dunque, di concludere che l'alessitimia può essere associata all'impulsività o che il primo fattore può predisporre, in determinati contesti, all'emergere del secondo. I soggetti alessitimici, infatti, sono incapaci di riconoscere

i motivi che li spingono ad esprimere determinate emozioni, hanno difficoltà a concepire la mente dell'altro e mancano di empatia. Vista l'alterazione del processo che li porterebbe a riflettere sul sé e sull'altro, sarebbero portati a passare all'atto senza la possibilità di sintetizzare le proprie esperienze emozionali in rappresentazioni mentali e senza potersi calare in una reale relazione di scambio.

ALESSITIMIA E DISTURBI PSICOSOMATICI IN SOGGETTI DIPENDENTI

Prima che il termine alessitimia fosse coniato, Krystal e Raskin (1970) avevano descritto caratteristiche cognitive e affettive di pazienti tossicodipendenti e alcolisti molto simili alle caratteristiche descritte da Nemiah e Sifneos (1977 e successivi) in pazienti affetti da disturbi psicosomatici classici. I primi osservarono che i tossicodipendenti avevano esperienza dei propri affetti principalmente in modo indifferenziato, globale e prevalentemente somatico, e che avevano grandi difficoltà nel tollerare gli affetti sgradevoli. Le persone affette da dipendenza riferivano i propri stati soggettivi in maniera vaga e non specifica, come se stessero esperendo una forma indifferenziata di precursori comuni degli affetti, così che i sentimenti separati di ansia e depressione non potevano essere descritti. Il fatto di esperire le emozioni in forma senso motoria primitiva sembrava amplificare la sofferenza conseguente all'astinenza dalla sostanza psicoattiva, creando il terrore di essere sopraffatti da emozioni negative e da un desiderio insaziabile di droga. Incapaci di verbalizzare adeguatamente gli affetti o di utilizzarli come segnali diretti a sé, i tossicodipendenti tendevano ad avere preoccupazioni ipocondriache riguardanti le sensazioni corporee che accompagnano l'attivazione emotiva e provavano un bisogno compulsivo di bloccare queste sensazioni mediante la droga. Krystal e Raskin (1970) hanno rilevato, nei loro pazienti dipendenti da sostanze, menomazioni delle capacità di prendersi cura di sé e di soddisfarsi da soli. Invece di considerare queste menomazioni dei deficit, Krystal ha concluso che esse derivano dall'isolamento della rappresentazione oggettuale materne e, all'interno di essa, delle modalità di aiuto e di confronto autonome. Questa incapacità di esercitare funzioni materne e di confronto contribuisce all'apparente necessità degli individui dipendenti da sostanze di utilizzare droghe al fine di ottenere un sollievo da affetti sgradevoli. Ciò spiega anche la dipendenza insicura, ma estrema, che molti di questi individui hanno nei confronti

di altre persone, così come la loro paura di intrusioni e di sfruttamento da parte degli altri.

Secondo Krystal (1979) l'isolamento della rappresentazione oggettuale materna è una manovra difensiva contro impulsi aggressivi estremi diretti contro di essa. E' associata con questa difesa l'idealizzazione di un oggetto esterno con il quale i pazienti con dipendenza da una sostanza desiderano ardentemente essere uniti e hanno allo stesso tempo il terrore di fondersi. Questa dinamica psichica è vissuta nel comportamento di dipendenza, nel quale il breve periodo di benessere o piacere conseguente all'assunzione di una droga è rapidamente seguito da disforia.

Come Krystal (1979) spiega, la droga è utilizzata sia come mezzo farmacologico per manipolare gli stati affettivi dell'individuo, sia come placebo che permette un recupero temporaneo delle parti che si prendono cura del sé, che sono state scisse e attribuite alla rappresentazione oggettuale. Il confronto finale con l'aggressione sottostante nel corso della psicoterapia psicodinamica è irto di difficoltà e richiede una cura e un'attenzione particolari al fine di evitare che il paziente sia sopraffatto dalla propria rabbia omicida o dalla colpa. Altri contributi importanti alla comprensione dell'associazione tra disregolazione degli affetti e abuso di sostanze sono stati forniti da Wurmser(1972-1984) il quale ha descritto il crollo delle difese affettive nei tossicodipendenti, che si accompagna spesso all'iposimbolizzazione. Quest'ultimo termine comprende un insieme di caratteristiche virtualmente identiche a quelle che definiscono il costrutto dell'alessitimia, in particolare un'incapacità di articolare i sentimenti, il fatto di esperire le emozioni come sensazioni somatiche, una vita di fantasia limitata ed una tendenza all'esternalizzazione. Secondo Wurmser gli individui soggetti a disturbi da uso di sostanze hanno perduto la capacità di empatizzare con gli affetti altrui. Egli ipotizza che essi abbiano imparato dai propri genitori come e perché non utilizzare l'empatia nei sentimenti, non accettare emozioni e conflitti e come nasconderli. Alcuni dati empirici preliminari sostengono, infatti, l'idea che lo sviluppo di caratteristiche alessitimiche sia influenzato dall'ambiente infantile, in particolare da una scarsa espressività familiare.

Wurmser attribuisce il manifestarsi dell'uso compulsivo di sostanze a una crisi acuta che si verifica tipicamente nel corso dell'adolescenza e nella quale potenti conflitti narcisistici sottostanti sono mobilitati insieme a un flusso di intense emozioni quali disillusione, rabbia, vergogna, solitudine, ansia e depressione. A causa di un crollo delle difese erette contro gli affetti e di un'associata iposimbolizzazione, queste emozioni sono esperite come opprimenti,

globali, arcaiche e non possono essere articolate per mezzo di parole, ma vengono percepite fisicamente. Questa massiccia rottura emotiva può condurre alla ricerca di sostanze, utilizzate come difesa surrogata o artificiale contro gli affetti che minacciano di sopraffare il soggetto.

3. CAPITOLO III: INDAGINE CONOSCITIVA SU UN CAMPIONE DI PAZIENTI GIOVANI ADULTI IN CARICO PRESSO IL SER-T DISTRETTO 6 ASL MI1:

3.1. ANALISI DEI TEST SOMMINISTRATI

3.1.1. LA SCELTA DI TESTS SELF-REPORT

Gli strumenti self-report risultano particolarmente utili laddove si intendono indagare percezioni, idee, emozioni, pensieri non direttamente osservabili.

Consentono di cogliere il punto di vista di ciascun soggetto: l'immagine che ha di sé, cosa intende per salute psicofisica, la sua idea di benessere/malessere.

Proprio per tali caratteristiche l'indagine è stata svolta con strumenti autosomministrati.

Gli strumenti di misurazione self report dovevano inoltre rispondere ai requisiti di: attendibilità, validità, (specificità nel misurare le variabili in gioco), facilità di comprensione che invogliasse il paziente a rispondere partecipando così all'indagine.

3.1.2. Inventario Multifasico della Personalità Minnesota 2 (MMPI-2). Hathaway & Mckinley, Comitato di Ristandardizzazione del MMPI della University of Minnesota Press (Butcher, Dalhstrom, Graham, Tellegen). Adattamento italiano di P.Panchieri e S. Sirigatti (1995).

L'**MMPI**, acronimo di **Minnesota Multiphasic Personality Inventory** è un test ad ampio spettro costituito per valutare le maggiori caratteristiche strutturali di personalità e i disordini di tipo emotivo. Grazie alla facilità di somministrazione questo strumento si è rivelato di grande aiuto nella formulazione di diagnosi psichiatriche e psicologiche e nel determinare la gravità del disturbo psicopatologico riscontrato nel soggetto. Si è inoltre

dimostrato utile ai fini del controllo terapeutico per la valutazione degli effetti di una terapia o altri eventuali mutamenti insorti successivamente. Il test comunque è frequentemente usato anche per valutare le attitudini e i comportamenti del candidato in concorsi e per accedere al servizio militare.

E' stato sviluppato negli anni '30 all'università del Minnesota, per opera di Hathaway e McKinley. L'intento principale del test, almeno all'inizio, fu di screening: discriminare tra normalità e psicopatologia. Venne identificata una serie di item che permettevano di differenziare dalla popolazione normale i pazienti con le diagnosi psichiatriche più comuni dell'epoca. Queste scale potevano essere raggruppate in tre macrocategorie di personalità: quella nevrotica, quella psicotica e quella sociopatica. A queste scale cliniche si aggiungevano quelle di controllo, per far fronte ad alcuni problemi, tipo: la persona che sta rispondendo al test tende a mentire e ad ingannare intenzionalmente l'esaminatore? Il paziente comprende ciò che gli viene chiesto e risponde con attenzione alle varie domande o risponde a casaccio? Il paziente è in uno stato confusionale o di alterazione che pregiudica la sua possibilità di rispondere con consapevolezza? Grazie ad una serie di regole interpretative lo psicologo riconosce ed eventualmente rigetta quei protocollo che sono scarsamente attendibili.

La versione corrente è studiata per adulti con età superiore ai 18 anni, chiamata MMPI-2, rilasciata nel 1989, e ricorretta su alcuni quesiti nel 2001. L'MMPI-2 è composto da 567 affermazioni a cui il candidato deve rispondere *vero* o *falso* a seconda se l'affermazione è prevalentemente vera o prevalentemente falsa, e impegna, normalmente, circa dai 60 ai 90 minuti per il completamento. Esiste inoltre una versione ridotta e più veloce composta solamente dalle prime 370 domande dell'MMPI-2.

Le scale cliniche del test sono dieci: ipocondria, depressione, isteria, deviazione psicopatica, mascolinità o femminilità che variano dal sesso del candidato, paranoia, psicoastenia, (particolare forma di nevrosi caratterizzata da stati ansiosi di vario tipo: ad esempio insicurezza, indecisione, facile esauribilità mentale e psichica), schizofrenia, ipomania (lieve stato maniacale) e introversione sociale; accostate a tre scale che comprendono la sincerità del candidato, la risposta non casuale alle domande e la presenza di ostilità nei confronti del test. Scale di validità

Le tre scale di validità, o *scale di base*, più una impropria, sono invece:

- Scala L (Lie) – Menzogna: è riferita ad alcune domande i cui comportamenti illustrati per la quasi totalità delle persone sono veri o falsi; la situazione rappresentata è difficilmente reale, ma ideale. Per essere giudicati più positivamente, si preferisce quindi falsificare la risposta.
- Scala F (Frequency) - Frequenza: indica la possibilità di esagerazione dei sintomi, che può essere dovuta a risposte casuali, simulazioni di malattia, o desiderio di anticonformismo. Inoltre indica il momento da cui si inizia a dare risposte senza attenzione alle domande, o per stanchezza o per scarso interesse.
- Scala K – Correzione: Indica un atteggiamento di difesa nei confronti del questionario, oppure una tendenza al non far trasparire alcuni problemi.
- Scala “senza risposta”: indica la frequenza, la quantità e l’entità delle domande a cui non è stata data alcuna risposta.

E’ stata inoltre elaborata una versione per adolescenti per età comprese tra i 14 e i 18 anni, denominata Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent (MMPI-A). Il questionario è composto da 478 affermazioni, e include le stesse 13 scale dell’MMPI e dell’ MMPI-2.

La somministrazione del test viene eseguita su pazienti affetti da disturbi della psiche e da candidati in concorsi in cui è richiesta una personalità salda (forse armate, forze di polizia militari e civili, studenti in alcune facoltà di medicina e studenti di seminari).

Consta di 6 scale di validità: Menzogna, Frequenza, Correzione-K, Back-F, Vrin, Trin.

Offre una gamma di ben 10 scale cliniche di base che coprono le tradizionali categorie psicopatologiche di riferimento: Ipocondria, Depressione, Isteria, Deviazione Psicopatica, Mascolinità/Femminilità, Paranoia, Psicoastenia, Schizofrenia, Ipomania, Introversione Sociale. Scale di contenuto, che permettono di descrivere e predire diverse variabili di personalità: Ansia, Paure, Ossessività, Depressione, Preoccupazioni per la Salute, Ideazione Bizzarra, Rabbia, Cinismo, Comportamenti Antisociali, Type-A, Bassa Autostima, Disagio Sociale, Problemi Familiari, Difficoltà sul Lavoro, Difficoltà di Trattamento.

Inoltre 12 scale aggiuntive facilitano l'interpretazione delle scale di base e approfondiscono la natura dei vari disturbi : Alcolismo, Tossicodipendenza Potenziale, Ammissione Tossicodipendenza, PTSD (disturbo da stress post-traumatico), Ostilità Ipercontrollata, Disagio Coniugale.

Lo strumento MMPI-2 è stato scelto per le seguenti caratteristiche:

- Strumento autosomministrato;
- Capacità di produrre dati significativi riguardanti le seguenti scale:

D: DEPRESSIONE
MA: IPOMANIA
PT: PSICOASTENIA
PD: DEVIAZIONE PSICOPATICA
HY: ISTERIA
PA: PARANOIA
HS: IPOCONDRIA
SC: SCHIZOFRENIA
SI: INTROVERSIONE SOCIALE

E dalle sopraelencate scale produrre le seguenti correlazioni importanti:

Asse timico : stato depressivo (scala D>Ma)

Asse valutazione del Sé: insicurezza e autosvalutazione (scala Pt>Pd)

Asse processi adattivi dell'io agli altri e al mondo-ambiente: struttura di personalità con disadattamento e lamentezioni somatiche (scala Hy >50), presenza di tratti psicotici che interferiscono con il funzionamento globale della persona (scala Pa>50)

Asse che evidenzia le modalità di comunicazione: soma percepito con punte ipocondriache (scala Hs>50) e tendenze psicotiche (scala Sc>50) (Hs=Sc)

- Strumento da diversi anni già in uso presso il SerT di Magenta proprio per la completezza delle informazioni riguardanti la personalità dei pazienti.

Tempo di completamento: 1 ora circa

3.1.3. Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R). Derogatis, I.(1983)

Il test SCL-90-R è un questionario autosomministrato composta da 90 item, su disturbi eventualmente provati nel corso dell'ultima settimana; il soggetto fornisce una valutazione da 0 (per niente) a 4 (moltissimo) [SCALA LIKERT].

La SCL-90 può essere utilizzata come strumento di screening non solo in un contesto psichiatrico ma anche in altri contesti, e può trovare collocazione anche nella ricerca dove ben si presta alla valutazione ripetuta della sintomatologia essendosi dimostrata sufficientemente sensibile ai cambiamenti. Dal punteggio vengono individuate dieci dimensioni sintomatologiche di diverso significato:

- I) Somatizzazione (SOM);
- II) Ossessione-Compulsione (O-C),
- III) Sensibilità Interpersonale (INT);
- IV) Depressione (DEP);
- V) Ansia (ANX);
- VI) Ostilità (HOS);
- VII) Ansia Fobica (PHOB);
- VIII) Ideazione Paranoide (PAR);
- IX) Psicoticismo (PSY);
- X) Disturbi del Sonno (SLEEP).

- I. Con Somatizzazione si intende la dimensione che riflette disturbi che sorgono dalla percezione di disfunzioni corporee;
- II. Con Ossessione-Compulsione: pensieri, impulsi, azioni sperimentate come incoercibili e non volute dal soggetto;
- III. Con Sensibilità Interpersonale: sentimenti di inadeguatezza e inferiorità nei confronti di altre persone;
- IV. Con Depressione: serie di sintomi concomitanti ad una sindrome depressiva;
- V. Con Ansia: insieme di sintomi e comportamenti correlati ad un'alta ansia manifesta;
- VI. Con Ostilità: pensieri, sentimenti e azioni caratteristici di uno stato di rabbia, irritabilità, risentimento;
- VII. Con Ansia Fobica: persistente risposta di paura irrazionale e non proporzionata nei confronti persone, luoghi ed occasioni specifici che conduce a comportamenti di evitamento/fuga;
- VIII. Con Ideazione Paranoide: disturbo del pensiero caratterizzato da sospetto, paura di perdita di autonomia misto ad ostilità ed idee di riferimento;

- IX. Con Psicoticismo è da intendersi come una dimensione continua dell'esperienza umana caratterizzata da ritiro, isolamento e stile di vita schizoide pur includendo alcuni sintomi primari della schizofrenia (allucinazioni, estraneità del pensiero);
- X. Con Disturbi del Sonno: insonnia, sonno disturbato, risveglio precoce.

Lo strumento SCL-90R è stato scelto per le seguenti caratteristiche:

- Strumento autosomministrato;
- Capacità di produrre dati significativi riguardanti le seguenti dimensioni:
SOMATIZZAZIONI, SENSIBILITA' INTERPERSONALE, ANSIA FOBICA, DEPRESSIONE, DISTURBI DEL SONNO;
- Sensibilità dello strumento a registrare i cambiamenti (nell'ottica di una ripetizione della valutazione dopo sei mesi dalla prima somministrazione);
- Strumento da diversi anni già in uso presso il SerT di Magenta proprio per la completezza delle informazioni riguardanti la personalità dei pazienti.

Tempo di completamento: 12-15 minuti circa.

3.1.4. Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20). Gruppo di Toronto : Bagby, Parker e Taylor (VERSIONE ORIGINALE 1985; VERSIONE TAS-20 1994)

Fino a poco tempo fa, è stata ignorata la necessità di provvedere ad una adeguata validazione e misurazione del costrutto , “forse a causa del fatto che esso trova origine in osservazioni psicoanalitiche e la psicoanalisi è un campo in cui la ricerca empirica è stata relativamente trascurata” (Taylor & al, 1994).

I problemi di validità, attendibilità e debolezza psicométrica degli strumenti self-report esistenti negli anni novanta (SSPS: Schalling-Sifneos Personality Scales; BVAQ: Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire; MMPI- A : MMPI Alexithymia Scale) hanno indotto un gruppo di ricercatori di Toronto a costruire una nuova scala che potesse superare i limite

delle precedenti. La Toronto Alexithymia Scale (TAS) è divenuta, nelle sue successive versioni, la scala più diffusa e utilizzata in ambito clinico e di ricerca, come dimostrato dalla traduzione in numerose lingue. La sua diffusione in diversi Paesi ha contribuito ad una solida validazione statistica.

Il gruppo di Toronto ha dato nuovo fervore scientifico al costrutto dell'ALESSITIMIA che negli anni precedenti era stato al centro di numerose critiche a causa dei limiti metodologici degli strumenti che l'avevano valutato. Dal 1985 in poi, infatti, la messa a punto di una scala in grado di valutare più attendibilmente il costrutto dell'alessitimia ha prodotto un notevole incremento della sua applicazione nella ricerca e un marcato aumento delle pubblicazioni scientifiche. Nella sua prima versione tale scala era costituita da ventisei item, mentre nella revisione successiva gli item sono stati ridotti a venti (TAS-20), il cui scoring è basato su una scala Likert a cinque punti.

La revisione della scala (passaggio da 26 a 20 item) ha avuto lo scopo di colmare alcune lacune metodologiche emerse nel corso degli studi di validazione. La prima versione della TAS, TAS -26, era costituita da quattro fattori: capacità di identificare e di descrivere i sentimenti (Fattore 1), capacità di comunicare i sentimenti (Fattore 2), capacità di sognare ad occhi aperti (Fattore 3); Tendenza a concentrarsi su eventi esterni più che su esperienze interiori (Fattore 4). I primi tre fattori individuano le caratteristiche principali dell'alessitimia, il quarto fattore faceva riferimento al concetto di pensiero operatorio descritto dal gruppo francese di Marty e M'Uzan. Negli studi di validazione è emerso che gli item del Fattore 3, che individuano la capacità di sognare ad occhi aperti, hanno una bassa correlazione con gli altri item della scala. L'analisi fattoriale ha inoltre rilevato che gli item del Fattore 3 mostrano una maggiore dispersione, saturano meno varianza. La revisione della scala è, quindi attualmente, basata sugli altri tre fattori individuati nella precedente versione, i quali si ritiene misurino la stessa variabile del costrutto di alessitimia. Diversi studi hanno contribuito alla validazione di tale self-report, rilevando che questa scala risponde pienamente ai criteri di validità (costrutto, convergente, divergente) e di attendibilità (test-retest, inter-rater). Ciò anche in ragione del fatto che non è uno strumento dispendioso né in termini di risorse né in termini di tempo richiesto per la somministrazione e lo scoring. Come già detto prima, la TAS-20 è stata validata e tradotta in diverse lingue: italiano, francese, inglese, tedesco, danese, greco, norvegese,

polacco, ungherese, svedese, olandese, coreano, giapponese, lituano, cinese, ebraico. Per quanto riguarda la validazione italiana, la scala è stata somministrata, in un progetto di ricerca multicentrico, a un campione non clinico di 206 soggetti adulti e a un campione con disturbi medici e psichiatrici composto da 642 soggetti. Anche la traduzione italiana dello strumento ha confermato la solidità psicometrica della scala.

La traduzione della scala in diverse lingue ha ulteriormente dimostrato la stabilità della sua struttura fattoriale e ha consentito di ottenere una misura omogenea del costrutto di Alessitimia. Nel testo curato da Caretti e La Barbera è dedicata un'ampia parte alla validazione italiana delle scale e sono presentate diverse ricerche che indagano la relazione tra Alessitimia e patologie psicosomatiche. Questa scala è la più utilizzata dai ricercatori e ciò comporta il vantaggio di poter raccogliere, analizzare e confrontare diversi dati empirici misurati in modo omogeneo con la stessa scala.

Lo strumento TAS-20 è stato scelto per le seguenti caratteristiche:

- Strumento autosomministrato;
- STRUMENTO di VALIDITA' e ATTENDIBILITA' maggiore rispetto agli altri strumenti fino ad ora esistenti di "misurazione" del costrutto.
- Possibilità di sottoanalisi dei seguenti aspetti:
 - a. Fattore 1: difficoltà di identificare e descrivere i sentimenti
 - b. Fattore 2: difficoltà di comunicare i sentimenti
 - c. Fattore 3: "pensiero orientato all'esterno" ovvero: tendenza a concentrarsi su eventi esterni più che su esperienze interiori.

Tempo di completamento: 12-15 minuti circa.

3.2. IPOTESI

Diverse ricerche hanno provato la presenza di una percentuale significativa di soggetti Alessitimici in un campione di tossicodipendenti (Haviland, Hendryx, Cumming, Shaw, Henry, 1994" *Alexithymia in women and men hospitalized for psychoactive substance*

dependance” Compr Psychiatry), e diversi studi hanno dimostrato una relazione tra alestitimia e disturbi psicosomatici in pazienti dipendenti da sostanze (es:Taylor, Parker, Bagby, 1990 “*A preliminary investigation of alexithymia in men with psychoactive substance dependence*” Am J Psychiatry).

L’indagine svolta con l’utilizzo del materiale testistico parte sostenendo l’ipotesi secondo la quale i soggetti affetti da sindrome da dipendenza avrebbero difficoltà ad esprimere, identificare o descrivere i propri vissuti emozionali che il corpo somatizza nel tentativo di “DAR CORPO” ad un’emotività senza voce. Sempre secondo la presente ipotesi, inoltre, l’incapacità di esprimere, identificare, descrivere i propri stati emotivi sarebbe alla base del tentativo di regolare l’affettività attraverso l’uso di sostanze (da verificare nella II° parte dell’indagine- retest-)

3.3. IL SERVIZIO PER LE TOSSICODIPENDENZE DEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO N.6 –ASL

MI1-

I Ser.T.(Servizi Territoriali per le Tossicodipendenze) e i N.O.A. (Nuclei Operativi per le Alcoldipendenze) sono stati istituiti in ottemperanza alla l.n. 309/90 e accreditati secondo i criteri previsti dalla D.G.R. n. 12621 del 07/04/03.

I Ser.T. si occupano di prevenzione, trattamento e riabilitazione di persone con uso problematico, abuso o dipendenza da sostanze psicoattive (legali o illegali) o di situazioni di dipendenza legati a comportamenti quali il gioco d’azzardo patologico . Obiettivi fondamentali della loro azione sono prevenire la diffusione dell’abuso di sostanze legali e illegali e intervenire a favore della salute psico-fisica delle persone che abusano di droghe legali e illegali o ne sono dipendenti.

Con riferimento a quanto definito dal D.P.R n. 309/90 “Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza”, dall’ accordo Stato-regioni per la “Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti” del 21/1/1999 e della D.G.R. 7/4/2003 n. 12621

“ Determinazione dei requisiti standard per l’autorizzazione al funzionamento e l’accreditamento dei servizi privati e pubblici per l’assistenza alle persone dipendenti da sostanze illecite e lecite(art. 12 comma 3 e 4 l.r. 31/97) e indirizzi programmatici e

direttive sull' organizzazione dei servizi territoriali dipendenze nelle A.S.L.: Progetto Regionale Dipendenze" le seguenti 10 funzioni costituiscono i Livelli Essenziali di Assistenza e sono garantite presso ogni Ser.T. o N.O.A.:

1. Garantire pronta accoglienza, diagnosi e presa in cura del paziente.
2. Predisporre, per ogni singolo utente, un programma terapeutico riabilitativo con valutazione diagnostica multidisciplinare iniziale e monitoraggio periodico delle variazioni dello stato di salute, in relazione ai risultati degli interventi effettuati, in termini di uso di sostanze, qualità della vita, abilità e capacità psicosociali, evoluzione delle patologie correlate.
3. Effettuare terapie farmacologiche specifiche, compreso il monitoraggio clinico, tossicologico, ematochimico, secondo le linee guida elaborate dal Dipartimento Dipendenze.
4. Svolgere attività di psicodiagnosi, di counseling, di sostegno psicologico.
5. Svolgere attività di prevenzione, screening, counseling e collaborazione con altri servizi specialistici specificamente accreditati, per la cura delle patologie correlate all'uso di sostanze.
6. Svolgere specifiche e strutturate attività per la prevenzione delle principali cause di morte e di inabilità correlate all'uso di sostanze.
7. Attivare specifici programmi destinati alle donne gravide con problemi di dipendenza e a genitori affetti da dipendenze patologiche, in collaborazione con altri servizi specialistici.
8. Rilevare, sulla base delle indicazioni stabilite a livello nazionale, regionale e locale, i dati statistici ed epidemiologici relativi alle attività e al territorio di competenza
9. Svolgere attività di riabilitazione e di prevenzione delle ricadute.
10. Promuovere ed attivare anche in collaborazione con altri servizi aziendali e con organizzazioni od enti impegnati nell'ambito della prevenzione primaria e secondaria, iniziative e progetti mirati alla riduzione ed al controllo dei fattori di rischio più prossimi al consumo ed all'abuso di sostanze.

Prestazioni integrative:

1. Trattamento disassuefacente mediante agopuntura auricolare.

2. Trattamento del gioco d'azzardo patologico

3. Interventi dedicati ai familiari degli utenti tramite counselling individuale.

4. Interventi specifici per la fascia di utenti dai 15 ai 20 anni.

Prestazioni complementari:

1. Collaborazione con l'amministrazione penitenziaria a fini trattamentali preventivi e di reinserimento detenuti.
2. Collaborazione con la prefettura per l'intervento preventivo su soggetti di cui all'art. n. 75 e n. 121 del D.P.R. 309/90
3. Collaborazione con istituzioni pubbliche e altre agenzie territoriali (compreso l'Ufficio Scolastico Regionale) per attività di prevenzione e promozione della salute.
4. Collaborazione con le C.M.L.P. (Commissione Medica Locale Patenti) per gli accertamenti medico legali finalizzati al giudizio di idoneità alla guida.
5. Collaborazione con i medici competenti per gli accertamenti di secondo livello relativi ai lavoratori adibiti alle mansioni a rischio.

3.4.CARATTERISTICHE DEL CAMPIONE ESAMINATO

La scelta del campione esaminato è "caduta" sulle nuove "prese in carico" presso il SerT, Servizio per le Tossicodipendenze dell'ASL MI1 del distretto Socio Sanitario n.6 con sede a Magenta, nel periodo febbraio/luglio 2014 di età compresa tra i 25-40 anni.

Condizione comune al loro arrivo al servizio è la situazione di dipendenza da sostanze tale da spiegare l'inizio del percorso di presa in carico e di cura presso il SerT.

3.5.METODOLOGIA DI SOMMINISTRAZIONE

L' autocompilazione del materiale testistico avviene nel primo e secondo colloquio di accoglienza a seguito di rilascio di dichiarazione favorevole alla partecipazione allo studio da parte dell'esaminato.

La collaborazione è stata richiesta per “due step” (il lavoro di tesi sintetizza solo i risultati del primo step):

1. Somministrazione batteria testistica al momento della presa in carico (non astinenti)
2. Re-test dopo sei mesi di astinenza

E' infatti previsto il re- test, attualmente non ancora in atto, con la finalità di valutare l'ipotesi sopra menzionata secondo la quale l'incapacità di esprimere, identificare, descrivere i propri stati emotivi sarebbe alla base del tentativo di regolare l'affettività attraverso l'uso di sostanze.

Pertanto in situazione di astinenza si attende un cambiamento dei pazienti nella propria “regolazione emotiva” che non si appellano più alla sostanza ed hanno beneficiato in questi mesi di un *percorso motivazionale e di sostegno* ambulatoriale.

Corrisponde con il momento di valutazione e di riflessione di come e quanto l'applicazione di un trattamento per il singolo paziente secondo una *visione olistica mente-corpo* della persona possa dare concreto riscontro nella percezione che ogni paziente ha di sé, del proprio stato di maggior benessere globale, di maggior “SALUTE” (OMS, 1948 “*la SALUTE è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o di infermità*”).

3.6.ANALISI COMPIUTE

3.6.1.ANALISI QUALITATIVA

Il numero esiguo di “nuovi pazienti” che hanno aderito all’indagine ha favorito un’analisi di tipo *qualitativo e individuale*.

1. PAZIENTE 1

Dai test somministrati e dal colloquio anamnestico narrativo emerge il seguente quadro clinico:

il paziente A.B. presenta tratti psicoastenici e forte insicurezza ansiosa accanto a una notevole incidenza di comportamenti ostili a livello sociale.

L’equilibrio timico è fondamentalmente compreso nei limiti della norma: il tono dell’umore è stabile.

Nelle situazioni di gruppo tende ad interagire in maniera aggressiva e scarsamente controllata: difficili quindi i rapporti sociali anche se essi non vengono a priori rifiutati.

Oscilla tra momenti in cui ha un’eccessiva fiducia in sé ad altri in cui ha seri dubbi sulla proprie reali capacità.

Tende ad esprimere l’ansia sotto forma di preoccupazioni ipocondriache utilizzando cioè schemi interazionali finalizzati ad ottenere attenzione.

Sono presenti tendenze alla dipendenza sul piano relazionale e alla continua ricerca di conferme e gratificazioni emotive nei rapporti interpersonali. Possibili le somatizzazioni.

A volte preferisce chiudersi in se stesso evitando d'interagire per sentimenti di diffidenza come reazione alla frustrazione.

I sistemi di difesa nei confronti di eventuali situazioni di disagio psicologico non appaiono sufficientemente strutturati: in situazioni di particolare stress possono manifestarsi tendenze alla labilità emotiva con incertezze relativamente al controllo della sfera delle pulsioni. Ciò può influire negativamente sulle scelte affettive e comportamentali.

Sul piano psicosomatico il paziente riporta di soffrire saltuariamente di dolori al petto e al cuore e sempre saltuariamente di non avere appetito: nel colloquio anamnestico narrativo A.B. racconta di una relazione per lui molto significativa avuta con una ragazza, relazione di breve ma intensa durata, finita da due anni ma ancora "*Nel cuore*. La fine della storia mi è difficile *da digerire* tanto da condizionarmi il presente e non sentire il desiderio di avere altre ragazze".

Il tono è quello di rabbia misto a delusione: questo aspetto si correla con la difficoltà del paziente ad orientare un pensiero positivo verso l'esterno tendendo così a ritirarsi in se stesso e a nutrire sentimenti ostili e aggressivi verso gli altri.

Mostra sufficienti capacità di identificare e descrivere i propri sentimenti.

2. PAZIENTE 2

Dai test somministrati e dal colloquio anamnestico narrativo emerge il seguente quadro clinico:

Il paziente D.B. dichiara apertamente la sua tendenza al rifiuto delle norme previste dalle convenzioni sociali dando vita a comportamenti ostili e a volte scarsamente controllati a livello sociale quasi sempre preceduti da una fase di insicurezza ansiosa. Equilibrio timico compreso nei limiti della norma: tono dell'umore stabile.

Nelle situazioni di gruppo tende ad interagire in maniera aggressiva e scarsamente controllata: ricerca tuttavia l'inserimento al gruppo al fine di evitare l'isolamento sociale.

Tende ad avere una eccessiva fiducia nelle proprie possibilità e ad ipervalutare se stesso.

Polarizza l'attenzione su disturbi somatici senza una base organica dimostrabile (tratto isterico).

Forte tendenza e bisogno di approvazione e consenso nei rapporti interpersonali che vengono vissuti con sentimenti di tensione ed insicurezza.

Tende a somatizzazioni e a vere e proprie reazioni di conversione nel caso di fallimento della propria ricerca di gratificazioni sociali.

Presenta difficoltà di controllo emotivo tanto da chiudersi in se stesso sviluppando idee inconsuete: nel colloquio parlerà della sua paura della morte e di avere una grave malattia.

Sul piano psicosomatico nel colloquio D.B. porta un disturbo che lo assilla: *il sonno*, fatica ad addormentarsi e a riprendere sonno quando si sveglia: l'ansia e le idee negative non gli danno pace.

Attualmente separato vive solo ma la sua famiglia d'origine emerge nel colloquio "di anamnesi" come molto presente e "capace" di motivarlo ad un cambiamento: il pensiero di cambiare anche per loro (in particolare il fratello) è un pensiero ricorrente che riempie

“notte e giorno”, così come il pensiero di cambiare perché consapevole della caducità della vita che lo spaventa ...o dell’arrivo improvviso di una malattia...fatale. Si definisce spesso confuso nel saper identificare i propri sentimenti e di conseguenza parlarne è difficile: vorrebbe poter avere relazioni *“a pelle”* dove parlare è praticamente superfluo perché ci si sente vicini nel silenzio.

3. PAZIENTE 3

Dai test somministrati e dal colloquio anamnestico narrativo emerge il seguente quadro clinico:

il paziente F.B. ha positivi sentimenti inerenti l’autostima, la produttività.

Vi è piena disponibilità e capacità da parte del soggetto di accedere al versante emotivo. L’asse timico appare compreso nella norma.

Possono prevalere tendenze all’azione impulsiva a volte caratterizzate da scarso controllo.

Le capacità di inserimento nel gruppo e di socializzazione non appaiono compromesse anche se, nelle situazioni di interazione sociale, possono verificarsi comportamenti scarsamente controllati a connotazione aggressiva.

Valuta se stesso in modo sufficientemente realistico: nel colloquio verbalizza la sua consapevolezza di *“aver superato i limiti”* , in questo è sorretto dalla famiglia d’origine.

Il paziente riferisce una presenza generica di sintomatologia fisica: è preoccupato per la propria salute fisica in quanto è molto frequente l’interpretazione non realistica di segni fisici come patologici.

Sul versante emotivo non emergono difficoltà nella lettura e verbalizzazione delle emozioni, qualche difficoltà sul piano emotivo nel *“pensiero orientato all’esterno”* vale a dire

4. PAZIENTE 4

Dai test somministrati e dal colloquio anamnestico narrativo emerge il seguente quadro clinico:

Il paziente F.C. appare depresso.

Si rileva una notevole incidenza di comportamenti ostili a livello sociale, psicoastenìa, notevole quota di insicurezza sociale. Nelle situazioni di gruppo tende ad interagire in maniera aggressiva e scarsamente controllata: i rapporti sociali sono, di conseguenza, alquanto ridotti in quanto fonte di situazioni disagiati.

Presenta un basso livello d’autostima, sono evidenti temi di autosvalutazione e vi è riluttanza a prendere nuove iniziative in cui tende ad assumere un ruolo passivo.

L’ansia si esprime prevalentemente sotto forma di una tendenza a polarizzare la propria attenzione su disturbi somatici, senza base organica dimostrata, ed a utilizzare ciò come mezzo di comunicazione non verbale.

Nel rapporto interpersonale può rivelarsi la tendenza a mostrarsi compiacente nel tentativo di soddisfare le aspettative percepite nell’altro.

Nei rapporti interpersonali tende a ricercare conferme e gratificazioni emotive attraverso lo sviluppo di manifestazioni somatiche: ciò si accompagna alla tendenza a vivere più a livello delle proprie fantasie interiori che a livello dei rapporti reali.

Presenta difficoltà accentuata a comunicare i propri vissuti : il soggetto è orientato alla chiusura in se stesso con una tendenza allo sviluppo di fantasie quale meccanismo difensivo.

Poco integrato nelle relazioni: la mancanza di integrazione è probabilmente sottesa da una difficoltà strutturale ad interagire con un adeguato livello di sintonia.

Sul piano psicosomatico il paziente lamenta una sintomatologia localizzata prevalentemente allo *stomaco*, alla *testa* oltre a *dolori muscolari* e a un *sonno disturbato*.

Nel colloquio anamnestico emerge il desiderio e la volontà di *“smetterla per sempre”* con l’uso di cocaina che *“Mi ha procurato troppi guai”*. Come per A.B. anche per F.C. la situazione è diventata *“indigesta”*, procura ricorrenti pensieri fallimentari che *“riempiono la testa”* e tolgono al sonno l’effetto ristoratore così che tutto il corpo è poi dolorante e stanco.

Desidera un vero cambiamento.

Presenta una diagnosi di alessitimia positiva con i dati più significativi nel fattore 1: difficoltà di identificare i sentimenti.

5. PAZIENTE 5

Dai test somministrati e dal colloquio anamnestico narrativo emerge il seguente quadro clinico:

il paziente G.d.M. tende a presentare variazioni disforiche del tono dell'umore e labilità emotiva. E' presente un buon grado di ansia e tensione. Alterna fasi di irrequietezza motoria a fasi di apparente rallentamento a sfondo depressivo.

Nei comportamenti quotidiani possono prevalere le tendenze all'azione piuttosto che alla riflessione, anche se, talvolta, ciò può essere accompagnato da note di insicurezza.

Presenta tratti di insofferenza nei confronti delle norme e delle convenzioni sociali.

Non predilige situazioni d'interazione sociale: ha qualche difficoltà d'inserimento nel gruppo anche se non è soggetto completamente passivo. Riesce ad interagire in maniera diretta stabilendo così relazioni sociali sufficientemente soddisfacenti.

Il paziente ha di sé complessivamente una valutazione positiva: possono emergere, tuttavia, dubbi o scrupoli in situazioni frustranti.

Ridotte le capacità di controllo e di difesa.

Sul piano psicosomatico lamenta frequenti *dolori alla schiena e dolori muscolari*, quando si sveglia fatica poi a riaddormentarsi. Nel colloquio anamnestico narrativo racconta di avere moglie e due figli, la casa con un mutuo da sostenere e attualmente è disoccupato: le preoccupazioni per un presente e per il futuro, soprattutto dei figli, dice, sono molte tanto da sentire *pesantezza su tutto il corpo e in particolare alla colonna che stenta a reggere*. Anche il sonno è disturbato dalle preoccupazioni.

Sul piano delle emozioni presenta evidenti difficoltà nel fattore 3: "pensiero orientato all'esterno", come confermato dai dati dell'MMPI-2.

6. PAZIENTE 6

Dai test somministrati e dal colloquio anamnestico narrativo emerge il seguente quadro clinico:

il paziente D.G. presenta un tono dell'umore depresso.

Presenti irritabilità e tensione: può infatti alternare nel comportamento fasi di rallentamento a fasi d'irrequietezza motoria.

Notevole incidenza di comportamenti ostili a livello sociale, sottesi da tratti psicastenici e da insicurezza ansiosa.

Nelle situazioni di gruppo tende ad interagire in maniera aggressiva e scarsamente controllata: i rapporti sociali sono pertanto difficili. E' possibile lo sviluppo di disturbi somatici finalizzati alla strumentazione dei rapporti interpersonali rispetto ai quali si dimostra, generalmente, sospettoso e rigido.

Mostra fiducia nelle sue reali possibilità: può tuttavia presentare momenti in cui esprime sentimenti di autosvalutazione.

Si rileva un'accentuata tendenza al distacco autistico, alla perdita della capacità di distinguere tra realtà interna e realtà esterna.

Le capacità di effettuare un corretto giudizio di realtà sembrano essere compromesse: la mancanza di controllo sulla sfera emotiva può provocare la perdita delle capacità critiche nei confronti dei propri vissuti e dei propri comportamenti.

Sul piano psicosomatico il paziente non riporta sintomatologie particolari ma una sintomatologia fisica "generale" e una forte preoccupazione per la propria salute fisica in quanto è molto frequente l'interpretazione non realistica di segni fisici come patologici. Nel colloquio anamnestico verbalizza uno stato costante e ormai incontenibile di agitazione, e avverte una profonda solitudine: solo a seguito della decisione della compagna di interrompere la convivenza per l'uso di lui delle sostanze decide spontaneamente di rivolgersi al Servizio per poter risolvere il

problema. Questa decisione lo fa sentire solo e “fallimentare” nella sua progettualità di vita ma allo stesso tempo lo sprona finalmente ad un cambiamento.

Sul piano emotivo è significativo il risultato al Q TAS 20 per il fattore 2 riguardante la difficoltà a comunicare le emozioni.

7. PAZIENTE 7

Dai test somministrati e dal colloquio anamnestico narrativo emerge il seguente quadro clinico:

Il paziente L.L. presenta una profonda depressione del tono umorale, notevole astenia, povertà d’iniziativa e uniformità ideativa: molto probabilmente elabora in senso depressivo le situazioni vitali poco soddisfacenti. E’ probabile un quadro di rallentamento motorio.

La scarsa previsione circa le conseguenze delle proprie azioni e il rifiuto delle norme previste dalle convenzioni sociali, possono dar vita a comportamenti decisamente ostili e scarsamente controllati a livello sociale, talvolta preceduti da insicurezza ansiosa.

Nelle situazioni di gruppo tende ad interagire in maniera aggressiva e scarsamente controllata: i rapporti sociali sono, di conseguenza, alquanto ridotti in quanto fonte di situazioni disagiati.

Ha scarsa fiducia nelle proprie capacità: è dubbioso sulle possibilità di successo e tende a colpevolizzarsi nelle condizioni di frustrazione.

Appare accettare con difficoltà e disagio i rapporti con persone dell'altro sesso. E' possibile che si sviluppino sintomi somatici in rapporto con l'ansia generata dalle situazioni sessuali.

Di fronte a situazioni di disagio psicologico l'assenza di sistemi di difesa strutturati può portare ad acting-out o al ritiro interpersonale.

Sul piano psicosomatico la paziente accusa frequentemente *un nodo alla gola*, con conseguente affaticamento nel respirare: dal colloquio anamnestico emerge un susseguirsi di esperienze affettive abbandoniche a partire dalla madre che lasciò la famiglia quando la paziente aveva 18 anni "*Non ho mai avuto spiegazioni...*". Ora è in comunità con tre figli, senza compagno...verbalizza la sua angosciata solitudine, il senso di vuoto, la fatica enorme del vivere (*e del respirare*) e di trovarne un senso.

Sul piano emotivo sono presenti difficoltà sia nell'identificare che nel descrivere le proprie emozioni.

8. PAZIENTE 8

Dai test somministrati e dal colloquio anamnestico narrativo emerge il seguente quadro clinico:

il paziente A.P. presenta notevoli problemi somatici o di dolore cronico e si lamenta di essere fisicamente malato. In particolare lamenta dolori costanti *allo stomaco* e *alla testa*.

Appare eccessivamente preoccupato per la propria salute tendendo a reagire in maniera esagerata al minimo disturbo fisico. Appare depresso.

Presente psicastenia. Assenza di iniziativa.

Stato ansioso notevole che il paziente esprime prevalentemente sotto forma di una patologica tendenza a polarizzare la propria attenzione su disturbi somatici, senza base organica dimostrata, e ad utilizzare ciò come mezzo di comunicazione non verbale.

Tendendo costantemente al soddisfacimento delle proprie pulsioni istintuali e, mostrandosi scarsamente capace di prevedere le conseguenze dei propri atti, può manifestare comportamenti ostili e non controllati nei riguardi dell'ambiente.

Sul piano psicosomatico *accusa stanchezza generale, dolore ai muscoli, costanti dolori allo stomaco e alla testa*: nel colloquio anamnestico narra un'infanzia e un'adolescenza molto difficile: padre violento (ucciso in un agguato nel 2003) dal quale, solo in età più adulta, è riuscito a ribellarsi e a prendere le distanze. Madre inesistente, succube del marito. Cresce in un quartiere di Milano ad alto tasso di delinquenza, impara a sopravvivere. Oggi è agli arresti domiciliari, diversi precedenti. Non si sente solo: ha moglie e due figli..ma i pensieri sul suo passato e sul presente complesso non gli danno pace *"mi riempiono la testa di notte e di giorno..non riesco a dormire"*. Si sente senza forze, chiede un programma alternativo al carcere, realtà che non vuole più affrontare. Chiede supporto psicologico.

Sul piano emotivo risultano dati significativi per il fattore 1 e 3: difficoltà di identificare le emozioni; pensiero orientato all'esterno ovvero tendenze a concentrarsi su eventi esterni più che su esperienze interiori.

9. PAZIENTE 9

Dai test somministrati e dal colloquio anamnestico narrativo emerge il seguente quadro clinico:

Il paziente A.S. presenta un equilibrio timico nella norma: il tono dell'umore tende ad essere stabile. Il soggetto sembra orientato a vivere con piena disponibilità i comuni sentimenti base. Mostra scarsa tolleranza alla frustrazione e tendenze oppositive nei confronti dell'ambiente.

Presente stato ansioso.

Mostra scarsa aderenza alle norme e alle convenzioni sociali e, probabilmente, in situazioni di interazione, può manifestare aggressività.

La valutazione di sé e delle proprie capacità operative sembra essere tendenzialmente positiva: possono emergere tuttavia dubbi in situazioni frustranti.

Le difese risultano adeguate: adeguate capacità di controllo nei confronti della propria sfera pulsionale.

Sul piano psicosomatico il paziente avverte una *debolezza su tutto il corpo e dolori muscolari*. Dal colloquio anamnestico emerge il desiderio di collaborazione per poter liberarsi da una dipendenza che *“E' saltuaria da quando avevo 25 anni, ma adesso, con l'incidente e il ritiro della patente mi rendo conto che non riesco a controllare..”*.

In questi anni avverte che la sostanza l'ha reso più fragile, senza energie: accorgersi di non poterla controllare è valso ad accorgersi delle sue debolezze e della distruttività delle droghe.

Sul piano emotivo il paziente ha diagnosi di Alessitimia negativa: riconosce l'importanza di sentire, parlare, condividere le proprie emozioni.

10. PAZIENTE 10

Dai test somministrati e dal colloquio anamnestico narrativo emerge il seguente quadro clinico:

Il paziente M.S. mostra una marcata noncuranza dei valori e degli standard sociali.

Il tono dell'umore appare tendenzialmente elevato e labile con possibilità di variazioni disforiche.

Mostra impulsività, frequente irritabilità, inquietudine. Necessita di non rimandare la soddisfazione dei bisogni mostrando scarsa tolleranza alle situazioni di frustrazione e sembra non riuscire a trarre profitto dalle esperienze precedenti.

Emerge un notevole bisogno di affetto e di attenzione ma tiene accuratamente a distanza gli altri per evitare legami emotivi che ritiene non essere in grado di gestire.

Tende ad ipervalutare se stesso.

Si può mostrare scarsamente capace di pianificare il proprio comportamento e di prevedere le conseguenze a medio e lungo termine dei propri atti. Può manifestare comportamenti oppositivi nei riguardi delle figure percepite "autoritarie".

Sul piano psicosomatico accusa a volte *tremori e dolori alla schiena*. Nel colloquio anamnestico emerge una forte fragilità sul piano affettivo-relazionale: la dipendenza da sostanze e la dipendenza affettiva dal marito vanno di pari passo: l'uso/abuso era infatti condiviso. Dopo l'arresto e la comunità per furto aggravato dice di aver fatto solo uso di alcool ma verbalizza la sua fragilità per la presenza del marito abusante. Esprime il suo desiderio di "*reggersi*" (la schiena) da sola e potersi responsabilmente occupare dei suoi tre figli.

Sul piano emotivo da rilevare il dato significativo del fattore 3: "pensiero orientato all'esterno" che indica la tendenza a concentrarsi su eventi esterni più che su esperienze interiori.

3.7.RISULTATI

L'analisi qualitativa svolta nel dettaglio per i 10 esaminati tossicodipendenti ha evidenziato nella lettura "tradizionale" l'esistenza di correlazioni significative nella maggior parte dei casi tra alessitimia, insicurezza ansiosa, psicastenìa e tendenza a somatizzazioni.

Inoltre, sempre nella maggior parte dei casi, è emerso che i pazienti affermano di solito di essere ansiosi o depressi ma, interrogati più nel dettaglio sulla loro ansia, parlano solo di nervosismo, agitazione, irrequietezza, irritabilità e tensione; se gli si chiede della loro depressione parlano di sensazioni di futilità, vuoto, noia e disagio: essi sanno poco sui propri sentimenti, presentano una disforia cronica o manifestano accessi di pianto, collera, rabbia e in molti casi sono incapaci di collegarli con ricordi, fantasie, affetti di livello superiore o a situazioni specifiche (Sifneos, 1973).

4. CAPITOLO IV : IL MODELLO JUNGHIANO: concetti fondamentali

La lettura degli aspetti psicosomatici così come del concetto dell'alessitimia e del concetto di "persona dipendente" secondo il modello della psicologia analitica junghiana ha comportato la presentazione e "condivisione" con i colleghi dei suoi concetti cardine:

a. LA VISIONE ANALOGICA DELLE FUNZIONI ORGANICHE

Lo studio del simbolismo degli organi del corpo umano fa riferimento a una concezione olistica della natura che cerca di superare tale dicotomia concettuale e si serve del metodo analogico per cogliere il legame di senso che unisce fenomeni apparentemente distanti come energia e materia.

Soma e psiche, materia e spirito, conscio e inconscio divengono quindi, all'interno di questo approccio conoscitivo, fenomeni che esprimono a livelli diversi un unico fluire.

Se consideriamo l'uomo come un fenomeno unitario in cui corpo e mente sono solo manifestazioni diverse di una stessa unità, ecco che il simbolo diviene la possibilità di avvicinarci a ciò che per la logica della coscienza è ineffabile.

L'uomo contiene in sé il precipitato del processo filogenetico, la memoria e la ritualizzazione continua, attraverso l'ontogenesi, della storia dell'essere. Biologico e psichico coesistono in lui come le facce di una stessa medaglia: nel biologico, ossia nel corpo, ha sede l'intelligenza creatrice che informa di sé l'intera realtà; e nello psichico, ossia nella mente cosciente, essa trova la possibilità di auto comprendere.

L'unità dell'essere, scrive Bateson, ci indica che la filogenesi somatica coesiste con la filogenesi psichica e così pure con l'ontogenesi. Che non vi è separazione tra la comunicazione numerica e analogica, tra l'inconscio personale e collettivo, tra la psiche e il corpo, ma che tutte queste strutture ripetono, a livelli di diversa quantificazione, i "momenti informativi" dell'esistere utilizzando le strutture a loro più adatte.

Ne consegue che il corpo umano costituisce il luogo dove il linguaggio dell'intelligenza filogenetica si esprime e prende forma comunicando, come l'inconscio, attraverso il simbolo.

Il linguaggio del corpo e il linguaggio dell'inconscio sono la stessa cosa, dunque, in quanto entrambi si muovono sul registro dell'analogia. Osservare e descrivere il funzionamento del corpo, da questo punto di vista, significa rintracciare il senso profondo, ossia il linguaggio specifico di ciascun organo in riferimento ad un insieme di significati universali che vanno oltre l'approccio conoscitivo di tipo logico. Al linguaggio della coscienza, che per sua natura disseziona e categorizza, viene perciò contrapposto quello dell'analogia, che collega, amplifica e comprende. E il simbolo diviene il tramite di questo processo.

Jung nel 1956 arriva ad elaborare il concetto di "sincronicità" e pubblica il "Mysterium coniunctionis" in cui tratta a fondo l'unità di psiche e materia e formula l'ipotesi dell'unus mundus.

La violazione del concetto di separabilità sembra implicare dunque, che tutte le cose costituiscono un'unità indivisibile. Si rompe anche il rapporto tra soggetto e oggetto, in nome di un "legame sotterraneo" che terrebbe uniti tutti gli oggetti del mondo...

a) JUNG E L'UNITA' PSICOSOMATICA

...Per poter comprendere tutto questo occorre un tipo di ragionamento che prescindano dai vincoli spazio-temporali e che raccolga, a livello macro e microcosmico, il linguaggio proprio dell'unità.

Un tipo di ragionamento cioè che non prevede una causa e un effetto ma che colga l'immediatezza del mondo, oggetto e soggetto di se stesso.

in questo senso si può dire che non vi è separazione tra il colore rosso, il fuoco, il sangue, il vino, l'ebbrezza, il calore, il sole, la luce, lo Spirito. Così come tra il calice, il vaso, il femminile, l'utero...

"tutto è in tutto", questo è il senso del pensiero analogico che ha preceduto di millenni la nascita della fisica moderna. Anche nell'organismo umano, non più separato dal mondo, le antomo-funzioni possono essere studiate con la medesima chiave analogica.

Il "sistema psicosomatico" è un'unità le cui forme non sono chiuse ma in collegamento con tutte le forme analoghe sia interne che esterne. Così la "qualità essenziale", il "senso" di ogni organo, è correlato a infiniti sensi analoghi che abitano l'unità psicofisica e il mondo (es.

fegato, collera, legno, colore verde, primavera, est, e così via) e la presenza di un'alterazione d'organo diviene rilevabile, non soltanto nel suo stesso segno (il sintomo localizzato), ma in una serie di costellazioni compresenti (l'uso di metafore nel linguaggio, i sogni, gli atteggiamenti, ecc).

b) JUNG: IL CONCETTO DI PSICOSOMATICA ALL'INTERNO DI UN PARADIGMA UNITARIO: LA SINCRONICITA'

1. IL CORPO "simbolo"

Secondo Groddeck non esiste una differenza di principio tra processi psichici e processi organici e così come il sogno è impregnato di materiale organico, così il sintomo organico è condizionato dal materiale psichico di cui è pregno. L'unica differenza, difficilmente spiegabile, se non del tutto inspiegabile, consiste nel manifestarsi dell'ES una volta piuttosto nella sfera psichica e un'altra piuttosto in quella organica.

In questa prospettiva come ogni parte somatica può svolgere una vasta gamma di funzioni , a seconda del significato che la psiche gli attribuisce, allo stesso tempo è possibile agire a livello delle varie strutture corporee allo scopo di influenzare i processi psichici. Ed ecco che, in una visione globale, l'intestino diviene l'organo escretore non più soltanto del materiale fecale ma anche di tutti quei contenuti mentali che analogicamente possono essere considerati come "feci della mente". Questo spiega perché gli attacchi diarroici dei colitici possono essere considerati a volte il sostituto analogico di una "ideorrea aggressiva" ritenuta inaccettabile per il benessere e l'igiene mentale dell'individuo.

Ma se l'analogia tra contenuti mentali e contenuti intestinali da eliminare appare chiara, la duttilità dei processi inconsci è tale che la stessa operazione può essere condotta altrettanto efficacemente anche da altre funzioni organiche, purchè in grado di soddisfare i requisiti richiesti. Questo spiega come sia possibile il passaggio da una forma di somatizzazione all'altra.

Tutte le funzioni organiche sono tra loro armonicamente correlate e servono a realizzare l'omeostasi corporea. Analogicamente, dunque, anche la psiche avrà la sua omeostasi e molto fa pensare che questo si verifichi secondo gli stessi modelli che il corpo più grossolanamente ci mostra: anabolismo, catabolismo, crescita, estensione, ritmo, assimilazione, escrezione, ecc

In una visione psicosomatica olistica non è più possibile parlare di psiche e di corpo, dunque, se non considerandoli come i poli estremi di quella continuità che esprime la contemporanea presenza di tutte le funzioni, laddove ogni organo ha un suo corrispettivo mentale.

Gli organi simboleggiano le diverse funzioni mentali così come queste diventano "carne" nell'organo corrispondente, quale espressione concreta e manifesta dei contenuti archetipici. In questo senso tutto il corpo deve essere inteso come un grande simbolo archetipico, un "grande sogno della mente".

Partendo dal presupposto che tutto quanto prodotto dall'uomo, attraverso comportamenti, immagini, espressioni verbali, sintomi, ecc., possiede un'assoluta realtà psichica, qualsiasi analogia, in quanto contenente in sé aspetti archetipici, serve a precisare, chiarire e a convalidare l'interpretazione. In questo senso l'"amplificazione" rappresenta quindi un nuovo metodo scientifico non solo per la comprensione dei processi psichici ma anche per lo studio dei processi organici.

2. L'APPROCCIO AL SINTOMO E ALLA MALATTIA: la centralità dei simboli

Il sintomo di cui il paziente soffre è davvero il suo problema? Che cos'è un sintomo in psicosomatica? Se la malattia è anzitutto una risorsa che il corpo può utilizzare in ogni situazione, occorre superare una visione riduzionista che vede il sintomo solo come un ostacolo da abbattere sulla via della guarigione.

Il sintomo e la malattia sono infatti un evento centrale nella storia della persona e spesso rappresentano le uniche parti di essa in grado di raccontare un sottostante accadimento esistenziale. Ecco perché spesso il malato resiste a liberarsene. Non sappiamo e non sa se può viverli e comunicarli in altro modo.

Gli “errori” del corpo sono la via di transito lungo cui scorre il cambiamento dell’individuo, la trasformazione della specie, il cammino della filogenesi: ridurli a “sbagli da estirpare”, come spesso fa la medicina moderna, equivale a chiudere la porta in faccia alla vita.

Considerare la malattia come una fase di adattamento chiarifica quanto sia essenziale la sua esistenza: essa rappresenta un “momento flessibile” in cui la salute può ridisegnarsi verso un nuovo equilibrio.

Per questo bisogna essere capaci anche di ammalarsi.

Perdere la flessibilità equivale a perdere la salute.

Guarire significa darsi nuove forme di vita, non tornare allo stato di salute precedente.

L’evoluzione non ha estinto la possibilità di ammalarsi proprio per questo: perché la malattia è utile, è il motore della crescita e dell’evoluzione della coscienza.

L’umanità non può fare a meno della malattia che, più che essere combattuta, dovrebbe quindi essere *guidata*.

Il sintomo ha la caratteristica quindi di essere un simbolo.

Ma cosa significa simbolo?

La parola simbolo deriva dal greco e vuol dire “tenere insieme, nello stesso momento”. Ma un simbolo psicosomatico che cosa tiene insieme? Gli aspetti del nostro essere che secondo logica non potrebbero stare insieme.

Sappiamo che mentre siamo al massimo della felicità può comparire melanconia, che a volte sul fondo della disperazione compare la serenità, che si può essere grati alla vita e al contempo arrabbiati con il destino. Allo stesso modo un sintomo è simbolico nel senso che, per esempio, può esprimere il desiderio e l’avversione di qualcosa, un bisogno di autonomia ma anche di dipendenza, la voglia di amare e l’urlo per non essere stati amati.

Il corpo, inteso come simbolo, ritorna così ad essere la sede in cui gli opposti sono compresenti, come avviene, in modo sincronico, a livello psichico.

E *sincronicità*, come detto sopra, è la parola introdotta da Jung (1956) per chiarire questo aspetto: qualcosa che non solo avviene nello stesso tempo ma che ha pure lo stesso senso.

Così, se una persona soffre di gastrite, anche a livello psichico troveremo atteggiamenti che, per analogia, sono simili a quello dello stomaco infiammato...

3. JUNG E IL CONCETTO DI SINCRONICITA’

E' Jung a portare per primo le prove psicologiche della sincronicità, che egli definisce come *la coincidenza temporale di due o più eventi non legati da un rapporto causale, ma che hanno uno stesso o un analogo contenuto significativo.*

L'autore usa il termine "sincronicità" in opposizione a "sincronismo":

- Sincronicità significa simultaneità di uno stato psichico con uno o più eventi esterni che paiono paralleli e significativi della condizione momentaneamente soggettiva,
- Mentre sincronismo è la semplice contemporaneità temporale di due eventi.

Scrive Jung in *"la sincronicità"* (Ed Bibl Bollati Boringhieri, ristampa febbraio 1996, pag 35), *il problema della sincronicità mi tiene occupato ormai da parecchio tempo. Ho cominciato a dedicar mi seriamente intorno al 1925 circa (anche se già alcuni anni prima mi erano sorti alcuni dubbi sull'applicazione illimitata del principio causale in psicologia) quando durante le mie ricerche sui fenomeni dell'inconscio collettivo continuavo ad urtare contro nessi che non potevo più spiegare come "raggruppamenti causali" o come "effetti di accumulazione". Si trattava infatti di "coincidenze" legate tra loro quanto al significato, ma **in maniera acausale**, in modo che il loro coincidere casuale comportasse un'improbabilità di grandezza incommensurabile.*

La sincronicità correla fatti interiori ed exteriori presupponendo un "senso condiviso" svincolato da ogni base causale.

La noia, la diffidenza e la mancanza d'interesse, fungono da ostacolo al realizzarsi dell'evento sincronico, favorito invece da un abbassamento del livello della coscienza razionale in favore di quello della cosiddetta coscienza "aurorale" (tipica ad esempio del dormiveglia).

Secondo Jung ci sono tre tipi di sincronicità:

1. Coincidenza di uno stato psichico (un'immagine inconscia che si presenta direttamente o indirettamente alla coscienza come sogno, idea, sensazione improvvisa o presentimento) con un evento esterno contemporaneo e obiettivo che ha lo stesso o un analogo contenuto significativo, laddove tra stato psichico ed evento esteriore non sia visibile alcun rapporto di causalità;
2. Coincidenza di uno stato psichico con un evento esterno corrispondente (più o meno contemporaneo), il quale però si svolge al di fuori della sfera della percezione dell'osservatore (è quindi distanziato nello spazio) e può essere verificato soltanto in un secondo tempo;

3. Coincidenza di uno stato psichico con un evento esterno corrispondente ma non ancora esistente, cioè futuro (e quindi distante nel tempo), che può essere verificato soltanto a posteriori.

Il concetto di sincronicità si inserisce secondo Jung in una visione degli eventi quali “partecipanti a un tutto strutturato”.

4. LA DIMENSIONE D'ORGANO

L'uomo è un sistema di organi in relazione ognuno dei quali ha una specifica funzione e si esprime con uno specifico linguaggio pur funzionando in armonia con tutti gli altri: quando uno di essi si ammala e cambia quindi il ritmo della sua attività, irradia il senso della sua patologia a tutti gli altri organi e alla coscienza, portandoli a *vibrare sincronicamente* al suo stesso ritmo malato, in funzione di un ritrovato equilibrio patologico. La sua alterazione, cioè, riecheggia in tutta l'unità psicosomatica (linguaggio, comportamenti, sogni..) creando una distorsione funzionale per cui l'individuo, nella sua totalità, viene calato nella dimensione dell'organo malato.

5. LE EMOZIONI: IL SISTEMA LIMBICO

L'area del cervello, responsabile dell'origine e della gestione delle emozioni, si chiama SISTEMA LIMBICO. Esso è costituito da un insieme di strutture, situate tra il tronco encefalico e la corteccia cerebrale, che funzionano come un sistema che media memoria, apprendimento, comportamento ed emozioni.

Il tronco encefalico è la parte più primitiva del cervello umano che abbiamo in comune con tutte le specie dotate di un sistema nervoso sviluppato. Era la parte dominante del cervello nell'era dei rettili.

Esso circonda l'estremità encefalica del midollo spinale. Le sue funzioni sono: il controllo del tono muscolare, il mantenimento della postura, dello stato di coscienza, del ciclo sonno-veglia. Inoltre regola funzioni come la circolazione del sangue, la respirazione, la digestione.

Da questa struttura primitiva derivano poi i centri emozionali da cui, dopo milioni di anni, si evolsero le aree del cervello pensante: la neocorteccia.

Le radici più antiche della nostra vita emotiva affondano nel senso dell'olfatto (lobo olfattivo o rinencefalo), fondamentale ai fini della sopravvivenza.

Dal lobo olfattivo, incominciarono ad evolversi gli antichi centri emozionali che, nel corso dell'evoluzione, divennero abbastanza grandi da circondare l'estremità cefalica del tronco cerebrale.

Questa nuova parte del cervello, chiamata sistema limbico, dal latino *limbus* che vuol dire anello, aggiunse al repertorio cerebrale le reazioni emotive legate alle quattro funzioni della sopravvivenza (lotta, fuga, nutrizione, riproduzione): ira, rabbia, paura, piacere, desiderio. Con l'evoluzione, il sistema limbico perfezionò altri due strumenti, l'apprendimento e la memoria, che consentivano di modulare le proprie risposte in modo più adeguato a esigenze e situazioni mutevoli e, quindi, di garantire una migliore sopravvivenza.

Il sistema limbico è strettamente interconnesso con la neocorteccia. Infatti, mentre i centri emozionali del sistema limbico hanno il potere di influenzare il funzionamento di tutte le altre zone del cervello, compresi i centri del pensiero, la neocorteccia impedisce al sistema limbico di causare crisi emozionali anormali e incontrollabili. Quindi, la normale espressione delle emozioni richiede il contributo delle aree più evolute del cervello.

Dal punto di vista anatomico e funzionale, se si tiene conto dello sviluppo embriologico, il sistema limbico fa parte del prosencefalo che, a sua volta, è suddiviso in diencefalo e telencefalo. Nel diencefalo si trovano il talamo, l'ipotalamo e l'ipofisi, mentre nel telencefalo si trovano l'amigdala, l'ippocampo e la corteccia prefrontale.

Il **talamo** raccoglie gli stimoli sensoriali provenienti dai recettori esterni (occhi, orecchie, pelle) ne fa una prima elaborazione, poi invia i risultati alle aree specializzate del cervello che, a loro volta, inviano informazioni all'amigdala per organizzare la risposta dell'organismo all'evento esterno.

Se, invece, è necessaria una risposta rapida dell'organismo (es: attacco/fuga) il talamo invia i risultati della sua elaborazione direttamente all'**amigdala** senza passare per la mente razionale della corteccia.

L'amigdala è la parte del sistema limbico specializzata nelle questioni emozionali. Essa funziona come un archivio della memoria emozionale ed è, quindi, depositaria del significato

stesso degli eventi. Infatti, se viene asportata, il risultato è l'incapacità di valutare il significato emozionale degli eventi.

I segnali in entrata provenienti dagli organi di senso consentono all'amigdala di analizzare ogni esperienza, facendone una sorta di "cane da guardia" che scandaglia ogni emozione e ogni percezione, guidata da domande che hanno radici nella notte dei tempi: "E' qualcosa che temo, è qualcosa che odio, è qualcosa che mi ferisce, è qualcosa che desidero?"

Se la risposta è affermativa, l'amigdala reagisce immediatamente inviando un messaggio di allerta a tutte le parti del cervello. In questo modo, stimola la secrezione degli ormoni che innescano la reazione di combattimento, fuga o piacere, e attiva il sistema cardiovascolare e muscolare.

Questa reazione dell'organismo può essere organizzata secondo due percorsi diversi:

- a. Il **percorso diretto talamo-amigdala** comporta un'elaborazione veloce, ma imprecisa, che consente di rispondere a stimoli potenzialmente pericolosi, prima di sapere esattamente che cosa siano.
- b. Il percorso **talamo-precorteccia-amigdala** consente invece, una risposta emotiva mediata dalla razionalità perché vengono codificati i particolari degli stimoli provenienti dal talamo, per creare una rappresentazione dettagliata e accurata che consente una valutazione e una risposta emotiva più ponderata rispetto al percorso talamo-amigdala.

Quindi, se l'intervento immediato dell'amigdala è utile nelle situazioni pericolose, l'intervento della precorteccia impedisce all'amigdala di scatenare emozioni dannose, come la rabbia o l'aggressività spropositate.

Le emozioni non nascono solo come risposta ad un evento che stiamo vivendo, ma anche come risposta ad un ricordo emotivamente carico oppure ad un contesto legato a uno stimolo particolare (es: ripercorrere una strada in cui siamo stati derubati in passato). Questo significa che le emozioni sono strettamente legate alla memoria e all'apprendimento. L'organo che esercita queste due funzioni è l'**ippocampo** il quale ha il compito di creare una rappresentazione del contesto contenete i rapporti tra l'evento esterno e la risposta emozionale.

Un altro organo connesso, anatomicamente, con il talamo e il sistema limbico è l'**ipotalamo**, struttura del sistema nervoso centrale, che svolge una duplice funzione:

- Una funzione di controllo del sistema nervoso autonomo (attraverso il quale modifica la motilità viscerale, i riflessi, il ritmo sonno-veglia, il bilancio idrosalino, il mantenimento della temperatura corporea, l'appetito e le emozioni);
- Una funzione di controllo del sistema endocrino attraverso l'ipofisi con il quale è collegato da neuroni che formano l'asse ipotalamo-ipofisario.

6. LE EMOZIONI E LA DIMENSIONE D'ORGANO (le emozioni principali : rabbia, paura, dolore gioia dove si esprimono)

Culturalmente riconosciamo nel CUORE l'organo del MOVIMENTO EMOTIVO: nel linguaggio psicosomatico secondo un'azione dinamico/cinetica il cuore:

- “ Si allarga di gioia”
- “Si stringe d'angoscia”
- “Si muove a compassione” (la mano sul cuore)

Tanti gli aggettivi attribuiti al cuore e indicativi del movimento emotivo:

- Cuore di ghiaccio
- Cuore di pietra
- Cuore gonfio d'ira
- Cuore pieno di paura

Nelle malattie cardiovascolari più significative sul piano emotivo va ricordata l'*angina pectoris*: dove le emozioni in gabbia cercano, lottano per avere spazio e ...il cuore “si spacca”.

LA GIOIA: “Il cuore si allarga di gioia” “si riempie di gioia” “pulsava di gioia”. Gioia come nutrimento dell'organo del coraggio etico. Quando la gioia è troppo contenuta: disturbi del ritmo (tachicardia, extrasistole, bradicardia), pericardite, scompenso cardiaco.

LA PAURA: l'emozione della paura chiama in causa l'apparato circolatorio: la vasocostrizione, IL PALLORE AL VOLTO, sensazione del cuore in gola, aumento o riduzione del battito cardiaco. In caso di FORTE paura è l'apparato MUSCOLARE ad

essere coinvolto : effetto paralizzante. A ciò si può aggiungere la perdita dei sensi quale difesa del corpo.

IL DOLORE: l'emozione del dolore è associata all'esperienza della *perdita/separazione* e fa "*mancare l'aria*". interessa l'apparato respiratorio (albero respiratorio: legame con la vita, la natura). Le grandi separazioni affettive sono paragonabili *all'assenza aria-vita* (asma bronchiale, broncopolmonite) con conseguente sintomatologia cutanea (la pelle *respira*): "*Non c'è niente di più profondo di ciò che sta in superficie*"
(O.Wilde)

LA RABBIA: l'emozione della rabbia è un sentimento *negato* del *fegato*: aggressività, irritabilità, intolleranza, collera repressa o una certa malinconia (delusione rabbiosa) con "rimuginazione" di pensieri che a lungo andare si *CALCIFICA* (calcoli).

"HAI CONQUISTATO IL MIO FEGATO" disse la donna berbera, in Marocco alla fiera delle spose, per esprimere il suo consenso all'uomo che la chiese in moglie.

In una terra dove la vita è una lotta quotidiana, la donna offre al marito più che il suo amore, la forza, il coraggio del fegato. (Prometeo e l'ira di Zeus)

5. CAPITOLO V: ALESSITIMIA, DISTURBI PSICOSOMATICI E ADDICTION SECONDO IL MODELLO DELLA PSICOLOGIA ANALITICA JUNGHIANA

5.1. ALESSITIMIA

Dal punto di vista archetipico l'*alessitimia* è un concetto inesistente perché inesistente è l'analfabetismo emotivo: ogni essere umano esprime con una modalità sua, unica, singolare le emozioni: è compito del terapeuta entrare in questo suo sentire e modo di esprimere e sarà la relazione "magica", il crearsi di una situazione empatica a consentire al paziente di sentirsi accolto e capito: passaggio necessario per l'avvio di un cambiamento.

Permettersi di pensare che esista l'analfabetismo emotivo vuol dire fermarsi ai luoghi comuni della cosiddetta "psicologia standardizzata" che utilizza categorie nosografiche "ristrette" perché attribuiscono *pre-giudizio* impedendo alla mente del terapeuta di accogliere il paziente andando oltre la presenza segnica verso una *ricerca di senso, di apertura*.

Il concetto di *alessitimia* rimanda innanzitutto al concetto di *emozione*.

Le emozioni sono la voce dell'anima, sono energie creative che ci indicano qual è la strada che ci porta verso il nostro benessere. Soffocarle o ignorarle produce malattia.

La rabbia, la paura, la tristezza hanno il significato salvifico di muovere la persona verso un cambiamento, verso un nuovo equilibrio per poter stare meglio.

Il corpo esprime in ogni istante e in molteplici sfaccettature il mondo emotivo. In particolare il viso "non sa nascondere" le emozioni: il volto riflette la nostra natura, il nostro carattere, è la cartina di tornasole dei nostri cambiamenti. Il volto è come un palco di teatro su cui recitano gli attori: rappresentano le forze che ci animano, gli istinti e le emozioni che prorompono e che possiamo riconoscere proprio grazie alla forma, ai tratti, al colorito dell'incarnato, alle espressioni, alle rughe: Giovan Paolo Lomazzo rifacendosi ad alcune intuizioni leonardesche relative allo studio dei volti per le arti pittoriche, sul finire del '500 scriveva: "*l'invidia, crudelissimo dolore di animo per il bene altrui, fa ritirar tutte le membra, ed offuscar le ciglia, stringere i denti, ritirar le labbra, torcersi con certa passione di sguardo...E la vergogna fa i gesti come di chi teme d'errare..ovvero di aver fatto errore..*".

5.2.DISTURBI PSICOSOMATICI

Come precedentemente detto, Jung ai primi del '900 propone una visione simbolica dell'uomo che ammette la compresenza di aspetti opposti apparentemente incompatibili per il pensiero razionale, visione che NON si oppone alla scienza ma l'accompagna.

L'approccio psicosomatico in chiave simbolica sostiene che tutto ciò che avviene in natura, e quindi anche nell'uomo, è regolato da equilibri così complessi che la relazione di causa-effetto è INSUFFICIENTE a spiegarle.

Jung introduce il concetto di sincronicità, vale a dire la coincidenza temporale di due o più eventi che abbiano un analogo significato, ma che non siano legati da un rapporto causale, bensì da sintonie, da "simpatie".

Egli quindi afferma che in natura il legame che esiste tra gli eventi è spesso di tipo sincronico. L'evento sincronico è favorito da un abbassamento del livello mentale, ossia della coscienza razionale, da un particolare interesse, da intense emozioni, mentre la noia, la diffidenza e il disinteresse sono di ostacolo. Gli elementi spazio e tempo non esercitano alcuna influenza, perché in sé non esistono, ma sono posti dalla coscienza.

Parallelamente, nello stesso periodo in cui Jung espone le sue idee, la fisica quantistica sta mostrando come le leggi causali fino ad allora ritenute valide, siano applicabili solo a grandezze macroscopiche, mentre risultino inadeguate studiando la materia a livello subatomico.

Le esperienze di laboratorio inoltre fanno cadere la validità del concetto di ripetibilità dell'esperimento e di neutralità dello sperimentatore, come se tra lo scienziato e l'oggetto dell'osservazione si creasse una relazione, una compartecipazione, che ricorda molto la sincronicità di cui parla Jung.

In particolare, con uno sguardo microscopico alla materia, la natura stessa della materia sfugge perché diventa onda. Il concetto di "quanto", il mattoncino elementare che costituisce la materia è inafferrabile e bivalente: è contemporaneamente corpuscolo e onda. Dato che la materia nella forma più intima è identica in tutti gli esseri, anche l'uomo ha questa natura bivalente ed è contemporaneamente materia ed energia. In altre parole si può dire che l'uomo è un evento sincronico di psiche e corpo, decretandone finalmente l'identità.

Un concetto fondamentale introdotto dalla medicina psicosomatica è quello della dimensione d'organo, che può essere definita come la predisposizione che ognuno ha nell'esprimere un sintomo con uno o più organi. Ma è ancora di più: è un modo di essere al mondo, che analogicamente è paragonabile ad un organo o a un tessuto, in quanto essi esprimono un certo tipo di dimensione psichica.

E' la patologia che si esprime con il "linguaggio" di un certo organo, la dimensione psichica che si palesa a livello fisico.

E' l'archetipo che si somatizza.

In questa visione psicosomatica la malattia diventa un evento centrale nella storia dell'individuo perché racconta parte della vita stessa della persona. La malattia non colpisce un organo, ma coinvolge sincronicamente tutto lo psicosoma.

Inoltre, se la *malattia* accompagna gli esseri viventi da quando sono comparsi e non è stata eliminata con l'evoluzione, deve avere un senso, deve essere in qualche modo "utile" all'uomo per crescere e per ridisegnare un nuovo equilibrio nella sua vita, perché l'esistenza è un equilibrio dinamico, è ciclicità.

Guarire non significa eliminare i sintomi per tornare allo stato precedente la malattia, ma è accompagnare l'individuo verso il nuovo equilibrio.

La migliore salute possibile quindi non è il benessere assoluto, inteso come assenza di malattia, è invece l'alternanza di salute/malattia perché implica trasformazione e non altera la naturale ciclicità della vita.

La malattia, in conclusione, è un'opportunità per l'individuo. Anche se sembra un'affermazione paradossale, bisogna essere capaci anche di ammalarsi.

I SIGNIFICATI SIMBOLICI DEI PRINCIPALI APPARATI

Abbiamo precedentemente visto come da un punto di vista clinico le malattie psicosomatiche interessano con una certa incidenza le seguenti regioni:

- Sistema cardiovascolare
- Sistema respiratorio
- Apparato gastroenterico
- Superficie cutanea
- Sistema immunitario
- Sistema endocrino
- Organi di senso

L'apparato cardiocircolatorio: l'equilibrio cardiocircolatorio corrisponde all'equilibrio generale della persona, le forze in gioco sono emozioni e razionalità, sotto forma di sangue circolante e di vasi canalizzanti. Se la razionalità tende a predominare sulle emozioni, se c'è un'accentuazione dei meccanismi di controllo, cioè se, analogicamente, si verifica una prevaricazione del contenente (i vasi sanguigni) sul contenuto (il sangue) si può instaurare la patologia pressoria. Il simbolo dell'ipertensione è dunque la lotta tra il vaso e il suo contenuto che analogicamente corrisponde alla lotta tra Io ed Es, tra ragione e pulsione, tra principio di realtà e principio di piacere.

L'apparato digerente: il percorso che il cibo segue all'interno dell'organismo – dall'antro scuro della bocca, poi lungo l'esofago per ritrovarsi nella cavità buia delle profonde trasformazioni e di seguito nel luogo tortuoso e misterioso dal quale, sotto forma rinnovata, raggiunge il sangue informando così tutta la persona di questo nuovo stato, rimanda per analogia al Viaggio dell'Eroe.

Ogni patologia legata all'assunzione del cibo indica quindi a partire dal suo deglutire, una fatica ad avviare il viaggio di trasformazione : la presenza di situazioni ad alta valenza emotiva proprio "non vanno giù".

La pelle: organo di frontiera tra mondo interno e mondo esterno la pelle si presta meglio di altri organi ad esprimere sentimenti, stati d'animo e simbolicamente anche i conflitti psichici inconsci.

Per gli stati d'animo: il rossore quale espressione della vergogna, il pallore della paura, il sudore dell'angoscia..."Avere la pelle d'oca" o "essere lividi di rabbia" sono espressioni comuni che testimoniano del ruolo della cute come medium di contenuti psico-emotivi.

Nel suo significato simbolico la pelle rappresenta l'archetipo del finito, è analogica alla membrana cellulare, è l'"Io" del corpo, l'identità corporea, la continuità: la cute fa nel corpo ciò che l'Io fa sul piano psichico (Mito di Marsi); il polmone rappresenta la delimitazione modale, una vera e propria "pelle mobile". La pelle rappresenta simbolicamente il cambiamento "cambiar di pelle" così come è comunicazione attraverso abiti, trucco, tatuaggi e relazione "sentir l'altro a pelle", soprattutto nell'intesa sessuale dove l'odore della pelle ha un grande significato.

L'apparato endocrino: il termine ormone deriva dal greco "*Ormào*" che significa mettere in movimento, stimolare. Ogni ormone è un codice comunicativo, una "parola" del linguaggio con cui il corpo informa se stesso non solo di cosa sta accadendo, ma anche di ciò che deve accadere. La sua funzione è quella di cambiare lo stato fisico della materia, di mediare il passaggio dall'energetico al materiale, un tramite tra la spiritualità e la fisicità. Il nostro corpo, il suo allungarsi, allargarsi, restringersi, femminilizzarsi, mascolinizzarsi, ovvero tutto ciò che riguarda la forma del corpo, riguarda il mondo ormonale.

La Tiroide produce ormoni che esplicano azioni diverse nelle varie fasi della vita accompagnando sincronicamente il processo di sviluppo del corpo e di evoluzione della coscienza: rappresenta l'archetipo della Via e, mantenendo l'equilibrio del corpo e della psiche si configura come "una porta verso il Sé". La malattia della tiroide è il venir meno di tale equilibrio.

L'apparato respiratorio: *respiro* in latino si dice *anima* ed è propriamente ciò che differenzia la cosa animata da quella inanimata, in tutte le lingue abbiamo la parola *respirare* come sinonimo di *vivere*. Ogni malattia dell'apparato respiratorio simboleggia un momento in cui la persona mette in discussione la vita.

il sistema immunitario: svolge la funzione di *saper riconoscere ciò che è proprio e ciò che è estraneo, l'io dal non-io*, distinzione necessaria per il processo d'individuazione. Il fallimento (es: cancro) è il simbolo di una individuazione capovolta cioè mancata.

gli organi di senso:

- a. Il senso della vista: l'isomorfismo che lega la vista al sole, alla luce e a Dio la rende una rappresentazione simbolica della coscienza. Le lacrime quindi rappresentano le pulsioni che si sciolgono, la coscienza liquida che consente le trasformazioni. La relazione occhio-luce-coscienza è presente in molti mitologemi, ad indicare il livello di maturità raggiunto dall'eroe. In tal senso il mito più significativo è quello di Medusa: chiunque ne incrociava lo sguardo rimaneva pietrificato. Solo Perseo, aiutato da Atena, dea della coscienza, riuscirà a decapitarla. Tutte le patologie dell'occhio riportano simbolicamente al significato di una fatica a "vedere chiaro", a volte riguarda una pulsione rimossa (corpo estraneo delle congiuntiviti) a volte un evento (retinopatie) sul quale stendere "un velo pietoso".
- b. Il senso dell'udito: di tutti i 5 sensi l'organo uditivo è quello che maggiormente si avvicina al mondo spirituale, alla "fecondazione divina". Esso infatti è in grado di percepire il suono, che nella tradizione orientale, è considerato l'origine di tutte le cose, Dio stesso. Se seguiamo il percorso che il suono compie all'interno di quest'organo, riscontriamo molte analogie con il viaggio che lo sciamano effettua per raggiungere la caverna delle sue pratiche magiche, il re egizio per giungere nell'altra vita e l'eroe per trovare il tesoro. Quindi catturato dal padiglione auricolare il suono inizierà un processo di "purificazione" e di "iniziazione".

Solo l'ascolto interno, alla base della pratica yoga, porta alla *vera conoscenza*: l'organo uditivo svolge una funzione mistica, spirituale, e comunque si leggano le analogie simboliche (orecchio-vagina, orecchio-conchiglia, orecchio-caverna, orecchio-labirinto, ecc) si giunge allo stesso senso simbolico: quello della potenziale capacità di cogliere l'essenza della propria personalità (tramite l'ascolto interno, dei suoni altrimenti inaudibili) e quella dell'universo che ci circonda. In questo senso l'organo dell'orecchio è responsabile dell'equilibrio: le patologie dell'udito riconducono simbolicamente sempre ad un viaggio "iniziatico" alla ricerca di un

nuovo equilibrio che “tenga conto” dei contenuti profondi, emozionali, passionali della propria esistenza.

- c. Il senso dell'olfatto: l'olfatto è il più arcaico e primitivo dei 5 sensi. L'odore è l'essenza delle cose: anche nell'uomo la sede del SNC risiede nella parte più antica in senso filogenetico: il rinencefalo. Esso, costituito da un complesso di centri, in armonia con settori specializzati della corteccia cerebrale, coordina gli impulsi olfattivi con altri per la realizzazione di attività psicoaffettive.

Il movimento dell'aria attraverso l'inspirazione e l'espiazione nasale, che feconda il “nuovo sangue”, con l'aria che “accoglie” (maschile-femminile) riporta alla funzione sessuale di cui il naso diventa simbolo. Incarnando i due aspetti maschile e femminile, essendo collocato tra la bocca (orifizio che conduce al basso, alla parte inferiore) e gli occhi (la coscienza che viene alla luce) il naso diviene tramite tra cielo e terra, il mediatore, il dio Mercurio.

- d. Il senso del gusto: ha una funzione protettiva e di piacere: nel primo caso le papille gustative ci salvano dall'ingestione di prodotti pericolosi per la nostra salute, nel secondo la ricerca di cibi piacevoli porta a soddisfazione orale. È quindi al cibo e all'alimentazione che si collega il simbolismo del senso del gusto.
- e. Il senso del tatto: il tatto è l'unico senso che percepisce gli stimoli meccanici. E' il primo senso che si sviluppa nel feto. Il vero e proprio organo del tatto è la pelle, ed è ad essa che si collega il simbolismo del senso del tatto.

5.3.ADDICTION

Secondo la visione junghiana l'uomo ha sempre sentito il bisogno archetipico di ascendere in se stesso: il bisogno di INIZIAZIONE è quindi qualcosa di preconstituito, qualcosa che sta nella nostra mente: questo spiega il motivo per cui l'uso delle sostanze è sempre storicamente esistito ma con un senso e per una ritualità che aveva un suo significato nel contesto in cui si posizionava.

Nelle società primitive l'uso delle sostanze era:

- Un consumo ritualizzato: le sostanze erano la chiave necessaria per entrare in contatto con le DIVINITA';
- Un consumo quantitativamente contenuto, guidato da sciamani che somministravano ad altri la sostanza;
- Un consumo non distruttivo spesso a fini curativi: Anche del vino non si abusava: sostanza pregiata che si beveva in caso di cerimonie (Nozze di Cana: una festa senza vino non è festa)
- Qualitativamente un consumo slegato da malattie individuali

NON è dunque l'uso in sé della sostanza la questione, il focus dell'attenzione, ma lo è LA RELAZIONE tra *persona-sostanza-ambiente* in cui la persona vive.

La DIPENDENZA nasce quindi dalla necessità di soddisfare il bisogno di INIZIAZIONE.

E' possibile tracciare alcune tappe fondamentali del percorso iniziatico:

1. La condizione di insignificanza: la persona si vive sperduta, omologata, passiva..l'uso della sostanza la fa sentire protagonista, creativa;
2. La morte iniziatica: è la fase di chiusura al mondo, rinuncia alla precedente identità, ritiro libidico dagli investimenti usuali;
3. La rinascita iniziatica: fase della "condivisione dell'esperienza", dei rituali di assunzione ed accompagnamento, delle fantasie di assunzione controllata.

Per la persona tossicodipendente la morte iniziatica è solo un "abbassamento dell'Io" NON è una vera e propria morte iniziatica anzi, paradossalmente è quasi "un'inversione": per il tossicodipendente è il quotidiano ad essere identificato con la morte. In questo senso la dipendenza "rovescia" il rito dell'Iniziazione e cioè rovescia il processo trasformativo

nascere-morire-rinascere avviando un'Iniziazione Fasulla e quindi fallimentare. Ma di questo la persona tossicodipendente NON è consapevole: quello che sa è che cambia lo stato di coscienza, infatti afferma "La droga non mi fa pensare".

Il bisogno d' INIZIAZIONE, il bisogno d'EROISMO soffocato dalla società attuale, rimosso da una cultura razionale che non dà spazi alla persona e alla sua soddisfazione , ritorna in modo inconscio secondo una modalità archetipica: è il bisogno arcaico di rinnovamento che spinge la persona tossicodipendente ad intraprendere il Viaggio dell'Eroe...(Newman, "Amore e Psiche")...un viaggio dell' "Eroe Negativo" dove la trasformazione è fasulla per l'azione immaginifico- fantasmatica della sostanza, ma comunque un viaggio necessario là dove un gesto eroico distruttivo è pur sempre "meglio" del *nulla* offerto alla persona nell'attuale società.

E' una necessità di trascendenza ma è anche... un viaggio pericoloso: opporsi ad una cultura razionale porta a rendere perseguibile penalmente chi fa uso di sostanze.

Secondo Jung "*l'anima non può stare ferma*":le soste, gli intoppi dell'anima non sono utili al nostro benessere. Anche nel viaggio dell'Eroe Negativo c'è sempre una ricerca, la ricerca della *completezza del Sé*.

La comprensione della tossicodipendenza non può ignorare significato etimologico del lessico con cui vengono nominate le droghe:

- Alcol: da Al-Kuhl (polvere sottile, essenza)
- Droga : da Droog (mercanzia secca)
- Oppio: succo di pianta Opos
- Tossicodipendenza: toxicum lat (veleno); Toxikon (faretra, veleno per frecce); Such ted (malattia)
- Addiction: da addictus: ridotto in schiavitù (senso del legame schiavistico)
- Stupefacente: da stupeo lat (ammirazione, meraviglia –passività priva di intelligenza)
- Craving: to crave, ingl (desiderare con intensità)

Né tantomeno ignorare la distinzione tra uso, abuso,dipendenza, tossicomania:

- Uso: rapporto normale con la sostanza. Piacere flessibile e interscambiabile. Controllo completo sulla gestione della sostanza e neutralizzazione della sua capacità trasformativa (es. bevitori sociali);
- Abuso: evidente impatto sul comportamento sociale. Cambia il rapporto con la sostanza che diventa preferenziale e trasformativo. I piani emotivo, cognitivo, personale non sono ancora profondamente compromessi;
- Dipendenza: rapporto obbligatorio con la sostanza. La vita è resa possibile dalla sostanza, senza la quale la persona non può “funzionare” normalmente. Azione trasformativa sul mondo interno dell’individuo, plasmato e modificato dalla sostanza. Effetto gratificante e compensatorio. temporanea sazietà;
- Tossicomania: rapporto patologico e non più compensante con la sostanza. Progressivo scompensamento critico. Insaziabilità bulimica.

Quando l’assunzione di droga si ripete ossessivamente indipendentemente dalla sua funzione archetipica (tossicodipendenza)

Secondo l’approccio psicosomatico comprendere pienamente il problema della dipendenza richiede essere a conoscenza non solo degli aspetti psicologici ma anche fisiologici e neurobiologici connessi:

“Per una comprensione funzionale della persona dipendente, talvolta è il linguaggio della psicologia e talvolta quello della fisiologia e della biochimica ad essere più appropriato; e, quando siamo fortunati, possiamo occasionalmente intravedere le complesse interazioni tra questi due modi del discorso”Nemiah J.C. (Foundations of Psychopathology)

a. Cervello e dipendenza

Le aree cerebrali su cui agiscono alcol e droghe sono:

- Midollo allungato (funzione di sopravvivenza: muscoli e movimento)

- Sistema limbico (funzione: regolazione emozionale)
- Corteccia cerebrale (funzione: pensare, pianificare, risolvere problemi)

A livello cerebrale l'alcolista e la persona tossicodipendente subiscono per l'uso delle sostanze *modificazioni irreversibili*: le connessioni nervose si rompono, si "perdono" le sinapsi: l'elaborazione degli stimoli, emozioni, pensieri, sentimenti è povera.

Prevenire è necessario: la malattia non è infatti guaribile.

La persona dipendente può essere curata, ma non guarisce: tutte le sostanze devono essere tolte completamente: il suo sistema nervoso è stato trasformato. Per alcuni aspetti il quadro che si presenta può essere simile ad una malattia deficitaria come il diabete. E' una realtà fisiologica.

b. Ipotesi neurobiologiche della dipendenza da sostanze

Sono coinvolti i seguenti sistemi:

- Sistema mesolimbico dopaminergico (arce della gratificazione: nucleo talamico ventrale tegmentale, amigdala)
- Sistema degli oppioidi endogeni (endorfine, encefaline, dinorfine)
- Sistema Gabaergico
- Sistema del Glutammato
- Sistema serotoninergico
- CRF ed asse ipotalamo- ipofisi- surrene

Essere a conoscenza di tutti questi aspetti è importante per poter trattare la dipendenza.

Il trattamento della dipendenza implica:

- Disintossicazione (ambulatoriale/ricovero ospedaliero)
- Psicoterapia Individuale
- Educazione e Psicoterapia in gruppo (o "gruppo di sostegno")
- Medicinali
- Comunità (intervento specifico solo per alcuni con indicazione specifica)

Nei diversi tipi di trattamento è utile fissare obiettivi osservabili.

Intanto quando la persona dipendente inizia l'astinenza sarà importante capire che ci si trova davvero davanti a una *sindrome d'astinenza*: i sintomi evidenti non sono dovuti ad una condizione medica generale né spiegabili con altro disturbo mentale.

Nel lavoro psicoterapico va messo innanzitutto a fuoco *come mai* la persona ha cercato nella sostanza di colmare un vuoto. In secondo luogo va tenuto conto che iniziata l'astinenza la persona "sposterà" su altro la sua dipendenza: nel migliore dei casi dipenderà dal terapeuta.

Nel trattamento la psicoterapia individuale è indicata a patto che la persona sia veramente astinente (verifica esami urine-capello) e disposta a "dire la verità".

Nel trattamento la psicoterapia di gruppo o un gruppo di sostegno, ha sempre un aspetto di maggior efficacia rispetto al lavoro individuale: aiuta la stabilizzazione dell'astinenza e il reinserimento sociale.

La psicoterapia di gruppo è anche più efficace rispetto al lavoro individuale per il recuperare il significato esoterico di "rito iniziatico" dell'assunzione di sostanza in modo positivo e sano.

5.4. CONSIDERAZIONI

La lettura della casistica indagata presso il SerT secondo l'approccio della psicologia analitica junghiana, al di là di una semplicistica relazione causa-effetto, afferma l'esistenza sincronica di aspetti quali: somatizzazioni, un mondo emozionale confuso, a volte espresso verbalmente, a volte espresso con il linguaggio del corpo, e in particolare con il *linguaggio d'organo*, in persone abusanti di sostanze: il tutto ad esprimere secondo un legame di senso il malessere complesso e complessivo del paziente, il suo disagio esistenziale: LA SUA IDENTITA' FRAMMENTATA.

In particolare le dimensioni d'organo interessate nella casistica sono state: *Il cuore, lo stomaco, l'apparato respiratorio* con i loro significati simbolici importanti per una comprensione e presa in carico *olistica* del paziente.

Il corpo, il gruppo, la ricerca di un piacere illusorio, i frammenti dell'identità che ricercano unità sono elementi della scena in cui si produce e realizza il teatro tossicomano. Da essi bisogna ripartire ogni qualvolta ci si occupa di cura e di prevenzione. Entrare nel delirio del paziente dipendente mantenendo la distanza necessaria a tirarlo fuori è l'unica condizione che ci consente di avvicinarci realmente alla sua patologia per comprenderla e curarla.

Ridare senso al corpo che viene annullato dal corto circuito "olfatto-recettori centrali" o "vena-recettori centrali", partire dal gruppo adolescenziale dove si è insinuata la droga ed è nata l'abitudine, ricercare, giocare con il paziente il senso di un piacere vero e umano evitando le strade della persecuzione fine a se stessa, aiutarlo a ricongiungere e contenere i propri frammenti dando identità al piacere e contemporaneamente costruendo il solo piacere che vince la droga, quello di IDENTITA', deve essere l'obiettivo.

6. CAPITOLO VI: PROPOSTE TERAPEUTICHE

La lettura junghiana della casistica indagata ha suscitato interesse accanto a proposte operative pensate seguendo una metodologia integrata d'intervento che cerchi di "raccolgere" e abbracciare la complessità psiche-soma del paziente abbandonando una visione troppo riduttiva nel trattare la tossicodipendenza, quella che si focalizza sugli aspetti tossicomani (con i successivi interventi farmacologici), e abbandonando una visione "settoriale" di lavoro dove troppo spesso il dualismo mente-corpo trova corrispondenza nel dualismo *interventi del personale medico – interventi del personale psicosociale*.

E' stata individuata innanzitutto la necessità di raccogliere maggior informazioni del paziente in termini psicosomatici: un'informazione più puntuale e dettagliata della complessità psiche-soma del paziente ha la finalità di condurre all'individuazione della DIMENSIONE D'ORGANO del paziente sulla quale focalizzare il lavoro multidisciplinare di sostegno al paziente e il lavoro più specificatamente psicoterapeutico.

A questo proposito è stata messa a punto uno schema per un colloquio iniziale di conoscenza dove l'oggettività del tradizionale metodo anamnestico narrativo dà spazio alla soggettività del vissuto del paziente. La bozza nasce prendendo spunto e materiale da altri schemi già conosciuti e in uso e arricchiti con l'indagine sul vissuto del soma e dei disturbi somatici fino ad ora ignorata.

In secondo luogo è stata condivisa la considerazione secondo la quale un approccio terapeutico al paziente basato solo sull'uso dello strumento del colloquio clinico sia un approccio riduttivo oltre che limitato per un approccio olistico mente-corpo del paziente.

A questo proposito si è ipotizzato integrare con una tecnica a focalizzazione corporea lo strumento del colloquio clinico: la tecnica della distensione immaginativa.

La terapia centrata sul corpo potrà essere attuata solo dopo un primo periodo di "colloqui motivazionali" che abbiano permesso il crearsi di una buona *alleanza terapeutica*.

Inoltre, per l'esperienza positiva e la formazione nell'ambito dei gruppi AMA della scrivente, per quanto molto recente e tuttora in corso, è stata avanzata la proposta di attivazione di piccoli gruppi di Auto Mutuo Aiuto presso il Servizio, sempre nell'ottica di una metodologia d'intervento integrata maggiormente efficace sulla complessità del paziente e in un'ottica di prevenzione di recidiva.

6.1. DALL' OGGETTIVITA' DELL'ANAMNESI ALLA SOGGETTIVITA' DEL VISSUTO DEL PAZIENTE: l'accoglimento del sintomo

Al momento della presa in carico, i pazienti che giungono per la prima volta presso il Servizio vengono sottoposti ad un colloquio con finalità anamnestica.

E' cioè una prima raccolta di dati e informazioni in modo "narrativo" riguardante una serie di punti: l'autonomia della persona, il suo inserimento nel tessuto sociale, i rapporti con la legge, i dati medici, la carriera scolastica, le relazioni intime/familiari, la "storia" con le sostanze.

Una prima riflessione porta immediatamente alla considerazione che questo primo momento informativo sul paziente "pecca" di scarsa attenzione alla dimensione "psico-somatica" mentre è molto centrato a raccogliere informazioni circa l'uso/abuso di sostanze.

Da qui si è lavorato per dare focus alla dimensione somato-psichica e alla presenza/assenza di sintomi significativi indicativi dello stato psicosomatico percepito dal paziente.

In ambito psicosomatico l'accoglimento del *sintomo* permette d' individuare la dimensione d'organo in cui il paziente è collocato, l'organo attraverso il quale sta comunicando.

Va tenuto conto : la prima comparsa del sintomo (anche se spesso accade che il paziente non ricordi bene), la localizzazione corporea, l'evoluzione oppure la sua sparizione repentina da collegarsi alla sua storia tossicomana e non solo; il tutto ha lo scopo di consentire la costruzione di quella "sincronicità degli eventi" di cui va individuato il *senso*. Se la storia è comunque importante ancor di più lo è il PRESENTE del paziente: curare la sua *anima* richiede di porre l'attenzione sull'oggi perché è lì che l'anima vive.

Non esiste disparità psiche-corpo: se questo emerge è indicativo dell'esistenza di resistenze ben consolidate difficilmente superabili quando si limita il lavoro terapeutico all'utilizzo del solo colloquio clinico. Spostando il dialogo su un piano diverso da quello verbale e introducendo una tecnica di rilassamento, o un'altra tecnica analogica, è possibile instaurare l'alleanza terapeutica che vinca le resistenze del paziente: la distensione immaginativa a focalizzazione corporea.

SERT MAGENTA

COLLOQUIO DI CONOSCENZA (BOZZA)

DATA

NOME E COGNOME

NATO/A IL.....

NAZIONALITÀ.....

IMMIGRATO/A.....

RESIDENTE A..... VIA.....

TEL.....

TESSERA SANITARIA N..... COD FISC.....

STATO CIVILE.....

MILITARE.....

LEGALI.....

.....

.....

PENALI.....

.....

.....

INTERESSI.....

.....

RELIGIONE.....

ABITA CON

ABITAZIONE DI CHI.....

DECISIONI ECONOMICHE.....

MENAGE.....

PARTNER ETÀ/SESSO INFO.....

.....

.....

INFO FIGLI

.....

ANAMNESI FAMILIARE

ORIGINE MADRE.....

ORIGINE PADRE.....

TRASFERIMENTI.....

DATI PADRE.....

DATI MADRE.....

DATI FRATELLO/SORELLA.....

DATI FRATELLO/SORELLA.....

DATI FRATELLO/SORELLA.....

DATI FRATELLO/SORELLA.....

DATI FRATELLO/SORELLA.....

DATI FRATELLO/SORELLA.....

NONNO MATERNO.....

NONNA MATERNA.....

NONNO PATERNO.....

NONNA PATERNA.....

MALATTIE PSICHICHE DEI FAMILIARI.....

.....

MALATTIE NEUROPSICHICHE DEI FAMILIARI.....

.....

MALATTIE GENETICHE.....

.....

.....

.....

.....

MALATTIE IMPORTANTI DEI FAMILIARI E LORO DECORSO.....

.....

.....

VISSUTO INERENTE LE MALATTIE DEI FAMILIARI.....

.....

.....

.....

PROBLEMI DI RELAZIONE CON I FAMILIARI.....

.....

.....

.....

ANAMNESI PERSONALE

MALATTIE PSICHICHE E NEUROPSICHICHE.....

.....

.....

MALATTIE GENETICHE.....

.....

.....

IMPORTANTI MALATTIE DEL PASSATO.....

.....

.....

VISSUTO IN RELAZIONE ALLE MALATTIE QUI SOPRA DESCRITTE:

.....

.....

.....

MALATTIE DEL PRESENTE (SINTOMATOLOGIA).....

.....

.....

.....

VISSUTO IN RELAZIONE ALLE MALATTIE DEL PRESENTE

STRUTTURA RESID PASS.....

TENTATI SUICIDIO.....

.....
VISSUTO IN RELAZIONE AL TRATTAMENTO.....

TRATTAMENTO PSICOLOGICO ATTUALE:

COLLOQUI DI SOSTEGNO.....

PSICOTERAPIA.....

VISSUTO IN RELAZIONE AL TRATTAMENTO.....

TRATTAMENTO FARMACOLOGICO.....

TRATTAMENTO AMBULATORIALE.....

RICOVERI PSICHICI ATT.....

STRUTTURA DIURNA ATT.....

STRUTTURA RESID ATT.....

TENTATI SUICIDIO.....

VISSUTO IN RELAZIONE AL TRATTAMENTO.....

6.2.LA TECNICA D.I.: LA DISTENSIONE IMMAGINATIVA

Dopo un periodo di astensione dall'uso di sostanze di almeno sei mesi, astensione certa e verificata, si è ipotizzato proporre al singolo paziente, a seguito di valutazione di assenza di elementi "di ostacolo" all'applicazione, una tecnica di rilassamento a focalizzazione corporea: la DISTENSIONE IMMAGINATIVA.

La tecnica è sorta dalle esigenze e dalle esperienze connesse al lavoro clinico, alle esperienze didattico-formative in ambito psicosomatico dove si è giunti all'affermazione che le terapie a livello esclusivamente verbale sono altrettanto inadeguate di quelle esclusivamente somato-farmacologiche.

Si applica suddivisa in fasi o momenti: partendo dalla fase A –esterno interno ricalco- e poi, a seconda del procedere della "risposta" del paziente in relazione con il terapeuta, passare alle fasi successive: p B- contrazione-distensione agita, C- contrazione-distensione immaginata, D-inventario corporeo, E: contrazione-distensione immaginata, F: deep mind.

Il passaggio alle fasi in cui si lavora "con immagini" sarà possibile solo se è accertata l'assoluta astensione dall'uso di sostanze.

LA TECNICA si ritiene utile ai fini di un intervento olistico della persona in quanto, a partire dalla fase A, è possibile avviare il paziente verso una presa di coscienza del proprio corpo ottenuta attraverso la *focalizzazione dell'attenzione* sulle sensazioni collegate ai punti di contatto del corpo col supporto che lo accoglie. Inizia così il *viraggio dell'orientamento mentale* che sposta il paziente dalla percezione dei dati della realtà esterna verso una sempre maggiore soggettività dei vissuti.

6.3. IL GRUPPO A.M.A.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce l'Auto Mutuo Aiuto come *“l'insieme di tutte le misure adottate da figure non professioniste per PROMUOVERE, MANTENERE O RECUPERARE LA SALUTE, intesa come completo benessere fisico, psicologico e sociale di una comunità”*.

In questo senso l'A.M.A. non è un'attività ma una risorsa.

Si tratta di piccole strutture di gruppo, volontarie, focalizzate sul mutuo aiuto e sulla realizzazione di obiettivi particolari. Sono generalmente formate da pari che si uniscono per rispondere ad un bisogno comune, identificando comuni strategie di soluzione.

In questi gruppi sono accentuate le relazioni “faccia a faccia” e l'assunzione di responsabilità da parte dei membri. Ciò che li contraddistingue è una condizione di assenza di potere come base di partenza.

L'operatore che gestisce il gruppo, solitamente a cadenza quindicinale, non ha il ruolo di conduttore ma di facilitatore della comunicazione.

Per le caratteristiche che presenta il gruppo AMA per i partecipanti è possibile la condivisione e la partecipazione emotiva intensa e significativa delle loro problematiche. E' quindi un valido strumento per aiutare a far emergere le emozioni sia attraverso il linguaggio verbale che corporeo.

Il gruppo A.M.A. con persone dipendenti: la storia dei gruppi A.A.

Alcolisti Anonimi: LE DODICI TRADIZIONI

- 1 *Il nostro comune benessere dovrebbe venire in primo luogo; il recupero personale dipende dall'unità di A.A..*

- 2 *Per il fine del nostro gruppo non esiste che una sola autorità ultima: un Dio di amore, comunque Egli possa manifestarsi nella coscienza del nostro gruppo. I nostri capi non sono altro che servitori di fiducia: essi non governano.*
- 3 *L'unico requisito per essere membro di A.A. è il desiderio di smettere di bere.*
- 4 *Ogni gruppo dovrebbe essere autonomo tranne che per le questioni riguardanti altri gruppi oppure A.A. nel suo insieme.*
- 5 *Ogni gruppo non ha che un solo scopo primario: trasmettere il suo messaggio all'alcolista che soffre ancora.*
- 6 *Un gruppo di A.A. non dovrebbe mai avallare, finanziare o prestare il nome di A.A. ad alcuna istituzione simile o organizzazione esterna, per evitare che problemi di denaro, di proprietà e di prestigio possano distrarci dal nostro scopo primario.*
- 7 *Ogni gruppo A.A. dovrebbe mantenersi completamente da solo, rifiutando contributi esterni.*
- 8 *Alcolisti Anonimi dovrebbe rimanere sempre non professionale, ma i nostri centri di servizio potranno assumere degli impiegati appositi.*
- 9 *A.A., come tale non dovrebbe mai essere organizzata; ma noi possiamo costituire dei consigli di servizio o comitati, direttamente responsabili verso coloro che essi servono.*
- 10 *Alcolisti Anonimi non ha opinioni su questioni esterne; di conseguenza il nome di A.A. non dovrebbe mai essere coinvolto in pubbliche controversie.*
- 11 *La politica delle nostre relazioni pubbliche è basata sull'attrazione più che sulla propaganda; noi abbiamo bisogno di conservare l'anonimato personale a livello di stampa, radio e filmati.*
- 12 *L'anonimato è la base spirituale di tutte le nostre tradizioni che sempre ci ricorda di porre i principi al di sopra delle singole personalità.*

Alcolisti Anonimi: I DODICI PASSI

1. *Noi abbiamo ammesso la nostra impotenza di fronte all'alcool e che le nostre vite erano diventate incontrollabili.*
2. *Siamo giunti a credere che un Potere più grande di noi avrebbe potuto riportarci alla ragione.*
3. *Abbiamo preso la decisione di affidare la nostra volontà e le nostre vite alle cure di Dio, come noi potemmo concepirLo.*
4. *Abbiamo fatto un inventario morale profondo e senza paura di noi stessi.*
5. *Abbiamo ammesso di fronte a Dio, a noi stessi e a un altro essere umano la natura esatta dei nostri torti.*
6. *Eravamo completamente pronti ad accettare che Dio eliminasse tutti questi difetti di carattere.*
7. *Gli abbiamo chiesto umilmente di eliminare le nostre deficienze.*
8. *Abbiamo fatto un elenco di tutte le persone che abbiamo leso e abbiamo deciso di fare ammenda verso tutte loro.*
9. *Abbiamo fatto direttamente ammenda verso tali persone, laddove possibile, tranne quando, così facendo, avremmo potuto recare danno a loro oppure ad altri.*
10. *Abbiamo continuato a fare il nostro inventario personale e, quando ci siamo trovati in torto, lo abbiamo subito ammesso.*
11. *Abbiamo cercato, attraverso la preghiera e la meditazione, di migliorare il nostro contatto cosciente con Dio, come noi potemmo concepirLo, pregando solo di farci conoscere la Sua volontà nei nostri riguardi e di darci la forza di eseguirla.*
12. *Avendo ottenuto un risveglio spirituale come risultato di questi Passi, abbiamo cercato di trasmettere questo messaggio agli alcolisti e di mettere in pratica questi principi in tutte le nostre attività.*

Attraverso il GRUPPO diventa possibile restituire alla persona una dimensione ritualizzata di esoterismo, di "rito iniziatico" e di "divino" in modo POSITIVO E SANO.

