

Soffrire senza patire: limiti e potenzialità individuali e sociali

Paola Manfredi
Università degli Studi di Brescia

I CONTRIBUTI

ABSTRACT

In this paper are investigated the common elements of prevalent diseases in our society. In particular the statistic correlation between addiction and alexithymia, the storical evolution from a common somatic dimension to a emptiness, the comorbidity to depression and the importance of traumatic experiences, the mentalisation and affect regulation.

After analysing these elements we focus on the question: could the difficulty to draw the suffering and problems of identity be a vulnerability both at individual and social levels?

Limitations and potentialities are highlighted.

Keywords: addiciton, alexithymia, affect regulation, mind

Soffrire senza patire: limiti e potenzialità individuali e sociali

Introduzione

In Anna Karenina (1877) Lev Tolstoj scriveva che “Tutte le famiglie felici si somigliano; ogni famiglia infelice è invece disgraziata a modo suo.” Non so se avesse ragione, o se il problema sia l’assenza di concetti e strumenti per leggere la felicità e apprezzarne le declinazioni, ma viene da pensare che potremmo assumere la stessa citazione per applicarla alle diverse società. Sembra più facile cogliere la tristezza di una famiglia così come la sofferenza o il disagio di una società, piuttosto che apprezzare la felicità e leggerne le variazioni. Sebbene sia noto come anche la felicità sia legata a valori differenti in culture diverse (Uchida et al. 2013), essa sembra presentare una minore varietà rispetto alle forme del nostro *star male*, che cambiano invece nei tempi, segnalando aspetti di fragilità che, certamente hanno una più compiuta espressione nei singoli pazienti, ma che caratterizzano l’intera società. L’opportunità di rivolgere l’attenzione del clinico al sociale prima ancora che all’individuo era già in Foulkes che nel 1948 scriveva come l’individuo sia «un astrazione artificiale [...] essenzialmente e inevitabilmente determinato dal mondo in cui vive, dalla comunità, dal gruppo di cui egli costituisce una parte» (1948, p. 38). La corrispondenza tra interno ed esterno, fra individuo e società, può allora aiutare a cogliere limiti e risorse delle nostre organizzazioni umane, attraverso la diversa incidenza e prevalenza di nuove, piuttosto che di obsolete, forme di psicopatologia.

È, ad esempio, di tutta evidenza come le pazienti isteriche della società vittoriana che Freud poteva incontrare siano oggi assai rare, come in generale rari sono i pazienti nevrotici, mentre sempre più frequenti sono varie forme di depressione, lungo l’intero arco di vita, dal post partum, con pesanti ripercussioni sullo sviluppo infantile, fino alla senescenza. Secondo i dati dell’OMS, soffrirebbero di depressione più di 350 milioni di persone e, sulla base dei dati epidemiologici ri-

levati dal progetto europeo European Study on the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED 2004), in Italia una persona su cinque sarebbe affetta da un disturbo mentale; in particolare la depressione maggiore, le fobie specifiche e la distimia sarebbero i più comuni disturbi, con percentuali di prevalenza rispettivamente pari al 10,1%, al 5,7% ed al 3,4%, seguiti dal DPTS, dalla fobia sociale e dal disturbo d'ansia generalizzata, con una prevalenza del 2%.

Oltre alla frequenza di specifici disturbi mentali, un significativo indicatore delle caratteristiche del nostro tempo può essere il rilievo di disturbi precedentemente non diagnosticati. (Poco importa, in questa sede, valutare se non esistesse proprio il disturbo o non ci fossero gli strumenti concettuali per rilevarlo, resta in ogni caso un'espressione storicamente determinata).

In questo scritto si pone in particolare l'attenzione sulla crescente presenza dell'alessitimia e di varie forme di addiction.

Per quanto concerne l'alessitimia esiste una precisa data di "nascita", il 1970, anno in cui Nemiah e Sifneos coniarono il termine utilizzando l'etimologia greca, alfa privativo- lexis- thimos = assenza di parole per le emozioni. Le caratteristiche più rilevanti sono: difficoltà nell'identificazione dei sentimenti e nella distinzione tra questi e le sensazioni fisiche di attivazione, difficoltà nel descrivere ad altri i sentimenti, ridotte capacità di immaginazione e di fantasia, stile cognitivo orientato all'esterno. Nella letteratura attuale si considera l'alessitimia come un costrutto multidimensionale, normalmente distribuito nella popolazione e in connessione con la regolazione affettiva.

Poiché la risposta e la regolazione delle emozioni risulta dall'interazione di tre sistemi – neurofisiologico, motorio-espressivo, cognitivo-esperienziale – si può quindi leggere nell'alessitimia l'espressione di un deficit nell'elaborazione cognitiva e nella regolazione delle emozioni. Queste appaiono poco connesse alle immagini, al linguaggio simbolico e ciò emerge con evidenza nelle difficoltà di fantasticare, di sognare, di giocare e in un pensiero attento ai dati concreti, pratici e poco incline alla riflessione e allo sguardo interiore.

Per quanto riguarda la dipendenza o addiction, dal 1884 esiste la Society for the Study of Addiction, ma è negli ultimi decenni che il fenomeno, gli studi e le riviste del settore, si sono moltiplicati e accanto alle tradizionali forme di dipendenza da sostanza – droghe e alcool – sono state individuate una grande varietà di dipendenze compor-

tamentali: dipendenza da internet, work addiction o workaholic, shopping compulsivo (compulsive buying), sex addiction, love addiction, gioco d'azzardo (pathological gambling), exercise addiction.

Vi è una certa eterogeneità nella definizione dell'addiction in ragione dei diversi approcci teorici, ma vi è un certo accordo nella sua descrizione come modalità di comportamento. Similmente a quanto avviene per la dipendenza da sostanze anche per le dipendenze sociali o new addiction possono essere evidenziati i seguenti sintomi: dominanza dei pensieri rispetto all'attività da svolgere, modifica dell'umore, craving, compulsività, tolleranza, astinenza, conflitto personale e ricaduta.

1. Addiction e alessitimia: elementi comuni

È interessante osservare come, pur nascendo in contesti teorici differenti, sia il costrutto dell'alessitimia, sia quello dell'addiction abbiano significativi punti di contatto. La ricerca e l'analisi di connessioni fra i due trova ragione nell'esistenza di correlazioni statistiche: numerosi studi evidenziano infatti come le persone che soffrono di una qualche forma di addiction sovente abbiano tratti alessitimici.

Nello specifico, già a partire dalla fine degli anni Ottanta diversi studi hanno indagato l'associazione tra alessitimia e la dipendenza da alcool e sostanze (Taylor, Parker, Bagby, 1990; Ziolkowski et al. 1995; Loas, Otmami, Fremaux, 1996; Loas et al. 2000; Speranza et al. 2004; Farges et al. 2004, De Rick, Vanheule, 2007, Evren et al. 2008, De Timary et al. 2008, De Berardis et al. 2009; De Rick et al. 2009; Thorberg et al. 2009). Più recentemente, soprattutto nell'ultimo decennio, spostandosi l'interesse verso le dipendenze senza sostanza, l'associazione con l'alessitimia è stata verificata nei giocatori d'azzardo patologici (Lumley et al., 1995; Parker et al., 2005), specialmente nei giocatori di slot machines (Bonnaire, Varescon, Bungener, 2010), nei soggetti con internet addiction (De Berardis et al., 2009) e negli exercise addicted (Manfredi, Gasparini, 2015).

Tali evidenze, se supportano l'esistenza di legami fra alessitimia e addiction, non li spiegano. In primo luogo è aperta la questione sulla valutazione della direzione di tali associazioni – se cioè sia l'alessitimia a creare le condizioni per lo sviluppo di una dipendenza o non piut-

tosto i comportamenti dipendenti ad incentivare lo sviluppo di tratti alessitimici. È, inoltre, auspicabile una più accurata valutazione di quali componenti alessitimiche siano implicate nell'associazione: ad esempio potrebbero essere significative solo le componenti affettive e non quelle cognitive (Laquatra et al. 1994; Farges et al. 2004). È anche possibile che esistano altri fattori intervenienti a mediare la relazione, ma al di là di questi interrogativi, resta il dato statistico che ci consegna una forte associazione.

Cerchiamo, pertanto, di enucleare alcuni elementi comuni fra l'alessitimia e l'addiction, che possano, se non rendere ragione del legame esistente, almeno evidenziare i punti di contatto e le affinità processuali.

Un primo punto di convergenza è nell'evoluzione storica dei due costrutti. Possiamo, infatti, osservare come sia per l'addiction sia per l'alessitimia la dimensione somatica fosse originariamente piuttosto rilevante: nell'addiction perché le prime forme conosciute erano legate all'abuso di sostanze (alcol e droghe) con inevitabili e rilevanti ricadute sulla salute fisica, nell'alessitimia perché essa inizialmente è stata evidenziata in pazienti con due disturbi psicosomatici (Nemiah, Sifneos 1970) ed è stata indagata come fattore predisponente l'insorgenza di malattie psicosomatiche (Taylor, Bagby, Parker, 1991).

Pur rimanendo convalidata anche in recenti ricerche la correlazione con disturbi somatici (Taylor, 2010; Tominaga et al. 2013), contributi recenti (Lumley 2004) suggeriscono che l'alessitimia sia un fattore di rischio nel vissuto di malattia, nel comportamento e nel ricorso all'assistenza sanitaria, più che nell'espressione biologica della malattia; è stata inoltre evidenziata la sua presenza anche in popolazioni non cliniche (Joukamaa et al. 1996) e soprattutto l'alessitimia è ora assunta come indicatore di scarsa mentalizzazione e carente regolazione affettiva, che possono o meno accompagnarsi a patologie somatiche.

Per quanto riguarda le dipendenze, pur rimanendo le forme più tradizionali (alcol e droga) assumono rilievo le dipendenze "senza" sostanza, che, in vari casi, non interessano affatto la dimensione corporea.

È inoltre significativo che non sia possibile individuare una traiettoria: il "teatro" in cui rappresentare questa sofferenza è in qualche modo "assente" perché non è propriamente nel corpo, né propriamente nella mente.

Per quanto riguarda l'addiction, già Khantzian nel 1987 vi indivi-

duava un significato di auto cura e anche McDougall leggeva nelle attività compulsive una “qualità di analgesico, o meccanismo che aiuta a dissipare il dolore” (2003, p. 138).

Si tratterebbe quindi di una cura alternativa alla rappresentazione e all’elaborazione della sofferenza mentale: attraverso una qualche forma di dipendenza il paziente riesce a trovare una situazione di relativo equilibrio, rispetto ad un disagio che rimane “sotto-soglia”.

Caretti e La Barbera (2006) chiariscono che non si tratta di una patologia che interviene casualmente, ma accade a fronte di una vulnerabilità del soggetto: “quando il Sé risulta annientato da sensazioni ed emozioni non simbolizzabili” può ricorrere ad una “abitudine ripetitiva e persistente”. Non essendo in grado di rappresentarsi l’affetto egli non è in grado di regolare la sofferenza, e quindi la possibilità che rimane è la modifica dello stato di coscienza, attraverso il ricorso a una determinata modalità comportamentale.

Per quanto riguarda i soggetti alessitimici, essi si caratterizzano per la mancata acquisizione di un alfabeto affettivo, scarse capacità di mentalizzazione e di una regolazione affettiva; ne consegue che anche la rappresentazione della sofferenza sia deficitaria e sia se mai più accessibile una sensazione di vuoto.

Fa da contraltare alle difficoltà di percezione della sofferenza, la comorbidità, sia per quanto riguarda l’alessitimia, sia per l’addiction, con altre patologie psichiche.

Per quanto riguarda l’addiction il tema della comorbidità con altri disturbi psichici è assai rilevante nell’indagine scientifica (La Cascia, Ferraro, Mulè, 2008), mentre da un punto di vista (co)eziologico si evidenziano scenari di gravi sofferenze. In particolare si sono sottolignati situazioni traumatiche nei primi anni di vita, che determinerebbero risposte di impotenza (Krystal, 1978) deficit nella regolazione (Socarides, Stolorow, 1984) e ferite narcisistiche (Kouth, Wolf, 1978; Wurmser 1974). McDougall (2003) propone una lettura più articolata degli stati psichici, che condurrebbero alla dipendenza, individuando un ventaglio di angosce possibili, da quelle nevrotiche a stati di grave angoscia o di depressione fino alle angosce psicotiche.

La più recente letteratura si è concentrata sul rilievo degli aspetti traumatici nell’anamnesi dei soggetti addicted. (Caretti, Craparo, Schimmenti (2008, 2013; Craparo 2013; Evren et. al. 2009) Le persone che soffrono di addiction avrebbero vissuto precoci esperienze

traumatiche, che avrebbero compromesso la capacità di simbolizzare gli affetti, di rappresentarli. Questa incapacità si tradurrebbe in una vulnerabilità, evidente nelle situazioni di stress, che provocherebbero una riattivazione di emozioni traumatiche passate. La dissociazione, già presente come un normale processo della nostra mente, verrebbe impiegata con funzione difensiva, anche attraverso i comportamenti compulsivi dissociati.

L'alessitimia è stata molto studiata, basti pensare che solo negli ultimi vent'anni sono stati pubblicati più milletrecento articoli sul tema: sono state quindi indagate anche molte possibili correlazioni e molte tipologie di soggetti. L'associazione con l'alessitimia è stata verificata per diversi problemi mentali, parzialmente legati alla tendenza all'anedonia, che risulta associata all'alessitimia (Deborde et al. 2006) e alla propensione per emozioni negative (Dubey, Pandey, 2013).

La letteratura evidenzia forti relazioni con la depressione (Saariaho et al. 2013; Müller, Bühner, Ellgring, 2003; Berthoz et al. 1999; Lundh et al. 2006; Farges et al. 2004), la dissociazione (Grabe et al. 2000; Majohr et al. 2011) e le esperienze traumatiche (Taylor, 2010; Krystal 1988).

In sintesi, possiamo rimarcare come gli elementi più importanti che ricorrono in entrambe le condizioni siano le esperienze traumatiche e la depressione.

Dei disturbi depressivi già si detto rispetto al dato quantitativo, ma forse ancor più interessante è il cambiamento qualitativo all'interno della depressione. Prevalendo infatti organizzazioni border-line e narcisistiche, la depressione non ha il carattere della colpa nevrotica, ma si declina, nel primo caso (border-line), in orizzonti vuoti, esperienze di depersonalizzazione, lamentosità, irritazione, rabbia, talora violenta; nel secondo caso, (organizzazioni narcisistiche) in equilibrismi ipercompensativi del proprio valore e della propria identità (Rossi Monti, 2008).

Per quanto concerne il trauma, l'essenza è nell'impossibilità di rappresentarsi, di contenere nella mente o integrare quanto di doloroso è stato vissuto. Più che pensare ad una singola esperienza traumatica, la letteratura e la clinica ci parlano di traumi cumulativi. La capacità di mentalizzare si costruisce a partire dalle interazioni con i caregivers: è in una relazione di attaccamento con un adulto che riconosce e riflette adeguatamente le intenzioni del neonato e/o del bambino che questi può acquisire una capacità riflessiva. Relazioni e cure parentali av-

verse, trascuratezza, maltrattamenti, abusi compromettono lo sviluppo di una adeguata mentalizzazione. I fallimenti di questa si traducono nelle modalità prementalistiche, cioè nella modalità di far finta, nell'equivalenza psichica e nella modalità teleologica, le quali conducono rispettivamente a una pseudo mentalizzazione, ad una comprensione concreta e a un uso distorto della mentalizzazione. Questo si testimonia nelle relazioni interpersonali disfunzionale e nelle espressioni di violenza, sia auto sia etero diretta (Bateman, Fonagy, 2010; Fonagy, Target, 2001).

Un punto rilevante di connessione ci pare quindi dato dal fatto che tanto nell'alessitimia quanto nell'addiction la rappresentazione della sofferenza sia poco accessibile e pertanto l'elaborazione della sofferenza rischi di essere ancora più difficile. Non a caso la richiesta di aiuto psicologico non è immediata, né per i soggetti alessitimici, né per gli addicted ed è sovente motivata dalle conseguenze – effetti collaterali – di questi disturbi.

2. Limiti

Se ripensiamo quindi l'obiettivo di questo scritto, cioè quello di leggere in alcune forme tipiche dei nostri tempi un'espressione caratterizzante la nostra società, ci pare significativo che la sofferenza trovi, nel nostro tempo, espressioni così silenziose, così sommesse, così mascherate: sembra proprio che non la si voglia/possa vedere.

Ovviamente l'altro lato della medaglia è nelle espressioni esplosive, violente, nei "raptus", accomunati alla prima dal fatto di essere egualmente impensabili e di essere narrati alla/dalla opinione pubblica come rotture improvvise di un funzionamento quasi normale. Non ci soffermiamo ad analizzare le varie espressioni di violenza nelle diverse configurazioni psichiche, cosa questa che meriterebbe ben più ampia trattazione, ma osserviamo solo come, a livello comune, sembrerebbe farsi strada l'idea che un soggetto possa agire dei comportamenti non sentendosi davvero se stesso e non assumendosene quindi appieno la responsabilità. Al di là delle specifiche valutazioni sul pieno possesso delle facoltà mentali e dei casi di comprovata infermità mentale, si rileva come il venire meno delle responsabilità individuale non sembrerebbe essere un evento così eccezionale. Singolarmente questa idea

non è affatto nuova: è ciò che ritroviamo nel mondo antico, negli eroi omerici, che sovente agiscono mossi da un volere divino, da forze esterne e incoercibili, che li sovrastano.

Questa prospettiva è progressivamente abbandonata con la figura di Ulisse, in cui si fa strada, come scrive Eva Cantarella (2013), un'idea di libertà, di autonomia morale, che rende possibile leggere nelle azioni la scelta e la responsabilità personali, quindi anche l'eventuale colpa. Al di là dell'evidenza per cui la cognizione di autonomia morale non è né nella storia né nello sviluppo individuale una qualità innata, ma acquisita, sottolineiamo, rispetto al nostro tema, come il senso di colpa, si coniughi compiutamente nella struttura nevrotica, analogamente a un senso di identità stabile e una rappresentazione adeguata di sé e degli altri.

Ritraducendo in termini più ampi e attuali, il pensare che le azioni umane siano il frutto di una processualità psichica del soggetto è la premessa fondante la capacità di mentalizzazione. Per poter interpretare il comportamento umano come mosso da desideri, sentimenti, credenze, obiettivi, motivazioni, intenzionalità, esso deve essere pensato in termini di stati mentali.

Collochiamo ora la difficoltà a pensare ed elaborare la sofferenza e l'identità all'interno di un orizzonte teorico che ne spieghi lo sviluppo vs. il fallimento.

Racamier (1993) ci insegna che lo sviluppo psichico si fonda sul lutto originario; senza questo lutto e questa elaborazione non è possibile la costruzione di un'identità separata e distinta e quindi uno sviluppo psichico. Questo primo lutto rappresenta inoltre un modello, una matrice per l'elaborazione dei successivi lutti che segnano lo sviluppo. Il lutto risulta quindi legato all'identità, alla progressione, all'evoluzione, al tempo, a qualcosa che non è più, che viene lasciato andare e che lascia spazio per altro. Per poter lasciare qualcosa, dobbiamo averla avuta. Per accedere ad una nuova tappa evolutiva, dobbiamo avere vissuto abbastanza bene quella precedente, o in termini kleiniani per compiere il viraggio dalla posizione schizoparanoide a quella depressiva dobbiamo avere avuto più esperienze positive che negative.

Se richiamiamo il già citato concetto di metalizzazione dovremmo pensare a difficoltà nelle relazioni primarie. Utilizzando il lavoro di Tronick (2008) possiamo meglio specificare che non è tanto l'esperienza negativa in sé che ostacola lo sviluppo, quanto il fatto che le

esperienze non siano riparate. Lo sviluppo normale è accompagnato dallo stress (o, con il vocabolario di Racamier, da lutti); esso procede per salti, per stadi non omogenei (si pensi ai *décalages* di piagetiana memoria), non è lineare; è caratterizzato da “crisi” fisiologiche, attraversato da disorganizzazioni dalle quali, nella condizioni favorevoli, si esce accedendo ad un livello più complesso. Ogni cambiamento e ogni evoluzione implicano una disorganizzazione, uno stress.

Il problema è quando non vi è la capacità di regolare la disorganizzazione e ciò conduce ad un deragliamento nello sviluppo. Nell'infanzia tale regolazione avviene nell'interazione caretaker e bambino: nell'interazione diadica la non corrispondenza nella relazione è stimata nella misura del 70%, vs. il 30% di corrispondenza.

Si alternano così fasi di rottura della corrispondenza a cui seguono, virtuosamente, riparazioni. Lo stress emerge non (sol)tanto in risposta alla non corrispondenza, ma al fatto che tali stati non vengano riparati. In quest'ultima evenienza infatti alla cascata di affettività negativa e disregolazione psicofisiologica, connessa allo stress, non viene opposta l'affettività positiva, l'omeostasi psicofisiologica implicate nella riparazione.

In breve, per acquisire la capacità di elaborare la sofferenza è necessario farne e esperienza, ma non troppo: quando vi è un eccessivo dolore, perché non riparato e non contenuto da caregivers capaci di sintonizzazione e rispecchiamento degli stati mentali del bambino, questa capacità non viene acquisita, unitamente a un senso stabile dell'identità, per cui risulta funzionale silenziare il dolore, come nell'alestitimia e nelle forme di addiction.

Anche a livello sociale possono essere riscontrabili una fragilità rispetto ai processi identitari e una sorta di vulnerabilità rispetto all'elaborazione del dolore?

Certamente il dolore non sembrerebbe avere molti spazi di elaborazione: potremmo dire che il tabù della morte si è ulteriormente dilatato alla vecchiaia e sta lambendo la tristezza. Pensiamo ai farmaci per dimenticare i traumi, ai cosmetici e alla chirurgia plastica per allontanare la vecchiaia, all'uso diffuso di “ansiolitici da banco” e all'ottimismo che viene “prescritto” contro ogni preoccupazione.

Problematica è anche la costruzione identitaria; vi sono difficoltà nei processi di delega e rappresentanza e quindi delegittimazioni; a livello culturale vi è una coesistenza confusiva di modelli diversi e/o una radicalizzazione di aspetti parziali delle stesse culture e persino la

differenziazione generazionale, che costituiva un elemento seppur sommario di separazione e differenziazione, quindi di identità, ha perso gran parte della sua valenza.

Se per la sofferenza individuale pensiamo che ogni assetto, anche patologico rappresenti per il soggetto il migliore equilibrio, il migliore adattamento possibile, date le condizioni e le risorse attuali, altrettanto dobbiamo pensare delle fragilità e degli equilibri della nostra società.

Se c'è una difficoltà nella rappresentazione della sofferenza a tal punto che si preferisce non vederla, forse ci sono condizioni che rendono il dolore troppo pesante da essere tollerato ed elaborato o in altri termini ci sono condizioni per cui l'elusione del dolore è funzionale.

La nostra società, in effetti, ci espone a numerose situazioni di instabilità, di incertezza, che rappresentano uno stress potenziale. Sul piano affettivo-relazionale registriamo instabilità dei rapporti di coppia, il costituirsi di nuove famiglie e la diversità di modelli familiari con cui confrontarsi. Il tessuto sociale appare piuttosto sfilacciato; molti sono i contatti, specie virtuali, ma deboli i rapporti interpersonali. Sul piano economico-lavorativo, permane una preoccupazione per le possibilità di impiego; i contratti lavorativi, sovente a tempo determinato o a progetto, non sostengono una progettualità a lungo termine.

D'altra parte per chi è impiegato, specie in posti di responsabilità, il lavoro è sì sempre più flessibile, nei luoghi e nei tempi, grazie anche alla diffusione delle tecnologie informatiche, ma rischia di dilatarsi fino ad occupare tutti gli spazi di vita. Ci troviamo quindi a vivere rapporti personali e lavorativi più brevi rispetto al passato e a dover affrontare più frequentemente cambiamenti, nuove esperienze con nuovi investimenti.

Questo più impegnativo o più frequente lavoro rispetto al passato ci è richiesto forse in condizioni che non lo favoriscono. Siamo infatti abituati a pensare che la fine di un'esperienza, di un rapporto richiedano proprio di elaborare una perdita, pena la depressione, nelle sue forme più consuete o più attuali.

Ma il lutto richiede tempo, proprio come la costruzione dei legami, proprio come i processi riparativi e nella nostra società tempo non c'è.

Può essere facile affermare, e forse c'è anche del vero, che il non darsi tempo, il continuare a correre sia funzionale al non sentire il dolore, sebbene, come già Orazio ci ammoniva - (Hor., Ep. I, 11) "...caelum, non animum mutant, qui trans mare currunt" - sia opera vana.

Ma possiamo anche affiancare un'ipotesi diversa e cogliere in questo, che tradizionalmente leggeremmo come un limite, una risorsa forse ancora potenziale.

3. Potenzialità

È vero che nella nostra società il tempo sembra sempre troppo poco e la fretta e la velocità marcano i nostri giorni, ma siamo anche nelle condizioni di vivere una molteplicità di esperienze, di essere in contatto, magari solo virtuale, con un'infinità di soggetti, di conoscere culture e mondi diversi. Certo, l'attuale è un tipo di conoscenza diversa da quella del passato e anche soltanto di pochi decenni fa. Baricco così la stigmatizza: "la superficie al posto della profondità, la velocità al posto della riflessione, le sequenze al posto dell'analisi, il surf al posto dell'approfondimento, la comunicazione al posto dell'espressione, il multitasking al posto della specializzazione, il piacere al posto della fatica (2006 p.178).

Molte delle nostre conoscenze passano attraverso internet; ci confrontiamo/o siamo potenzialmente nelle condizioni di confrontarci con un'enorme mole di informazioni, e forse la scelta obbligata, o più diffusa, o più vantaggiosa è il "di tutto un po'". L'offerta è talmente esorbitante rispetto al passato che è evidente che molto sarà comunque perso, la scelta è se perderlo in profondità o in estensione. Perderlo in profondità significa viaggiare in superficie, intessere brevi rapporti (anche con uno scritto), ma confrontarsi con molti pensieri, con molte esperienze. La centralità è nei percorsi, nei contatti, negli snodi. Forse questo non è solo relativo alla conoscenza in generale, ma anche alla conoscenza di noi stessi, potremmo dire alla nostra identità.

Per cogliere le occasioni, per essere aperti a nuove conoscenze forse è più funzionale pensarsi come traiettorie, sviluppare capacità di adattamento, disponibilità e facilità di aprire e chiudere le situazioni, piuttosto che come enti riflessivi, che analizzano e approfondiscono pochi dati, centrati su se stessi. L'identità può forse essere meglio definita nelle traiettorie di viaggio, nei percorsi, nel (numero delle) esperienze, nei mari attraversati piuttosto che nella (qualità della) nave.

Su un piano diverso, come il livello politico, possiamo ritrovare esemplificati gli stessi temi: venute meno le ideologie (identità), la ci-

fra distintiva dei diversi governi non è tanto posta sulla qualità delle scelte operate come caratteristiche di uno schieramento (di una lettura della realtà e di un progetto su questa) quanto piuttosto sul numero di “cose fatte”, sui cambiamenti operati.

Ritornando in un ambito più psicologico, una tendenza in qualche modo assimilabile a questo tema della connessione, del fluire, lo ritroviamo nel modo in cui concettualizziamo la mente.

Il termine mente, che rimanda etimologicamente al greco *mimnesco* cioè ricordare, è definito dal dizionario enciclopedico della fondazione Treccani come: “il complesso delle facoltà umane che più specificamente si riferiscono al pensiero, e in particolare quelle intellettive, percettive, mnemoniche, intuitive, volitive, nella integrazione dinamica che si attua nell'uomo”.

Al di là della parzialità della definizione, si comunica comunque l'idea della mente come un qualcosa di relativamente stabile, circoscritto, seppur dinamico.

La mente invece secondo D.J. Siegel trascende non di poco la tradizionale rappresentazione della stessa; la mente appare come una proprietà emergente di flussi di energia; è un processo incarnato che accade nel soggetto e fra soggetti, non è solo il prodotto dell'attività cerebrale, come per le neuroscienze, ma un sistema complesso.

“La mente emerge dalle attività del cervello, le cui strutture e funzioni sono direttamente influenzate dalle esperienze interpersonali” (pag. 1, 2001). Le attività sono il risultato di interazioni fra eventi neurofisiologici ed esperienze interpersonali. Non vi è quindi un Io che si oppone ad un altro, perché la mente è in qualche modo in un'unità Io/altro, è interindividuale, è relazionale.

La salute è nei processi caratterizzati da flessibilità e integrazione, la quale implica la capacità di differenziare e collegare.

Concludendo con un'immagine sintetica, è come se sperimentassimo un processo di accelerazione, dei dispositivi tecnici utilizzati per l'acquisizione e la trasmissione di informazioni, delle esperienze di vita, dei nostri processi mentali. In ciò troviamo la radice della fragilità, dove un'eccessiva velocità può farci perdere il contatto con il terreno e incontrare il vuoto, ma anche il segno delle possibilità, della complessità.

Forse lo sforzo come psicologi è nell'adottare un nuovo sguardo che ci permetta di scoprire potenzialità dove sarebbe più facile vedere solo dei limiti.

Riferimenti bibliografici

- Alonso, J.; Angermeyer, M. C.; Bernert, S.; Bruffaerts, R.; Brugha, T. S.; Bryson, H.; de Girolamo, G.; de Graaf, R.; Demyttenaere, K.; Gasquet, I.; Haro, J. M.; Katz, S. J.; Kessler, R. C.; Kovess, V.; Lépine, J. P.; Ormel, J.; Polidori, G.; Russo, L. J.; Vilagut, G.; Almansa, J.; Arbabzadeh-Bouchez, S.; Autonell, J.; Bernal, M.; Buist-Bouwman, M. A.; Codony, M.; Domingo-Salvany, A.; Ferrer, M.; Joo, S. S.; Martínez-Alonso, M.; Matschinger, H.; Mazzi, F.; Morgan, Z.; Morosini, P.; Palacín, C.; Romera, B.; Taub, N.; Vollebergh, W. A. M.; (2004). Use of mental health services in europe: Results from the european study of the epidemiology of mental disorders (esemed) project. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 109(Suppl420), 47-54
- Baricco A. (2006). *I Barbari. Saggio sulla mutazione*. Fandango, Roma.
- Bateman A., Fonagy P. (2010). *Guida pratica al trattamento basato sulla mentalizzazione. Per il disturbo borderline di personalità*. Raffaello Cortina Editore
- Berthoz, S.; Consoli, S.; Perez-Diaz, F.; Jouvent, R. (1999). Alexithymia and anxiety: Compounded relationship? A psychometric study. *European Psychiatry*, Vol 14(7), 372-378.
- Besharat, Mohammad Ali (2010). Attachment styles and alexithymia. *Psychological Research*, Vol 12(3-4), 63-80.
- Cantarella E, "Sopporta, cuore.." *La scelta di Ulisse*. Laterza, Bari, 2013.
- Caretti V, Craparo G., Schimmenti A (2008). Psicodinamica delle dipendenze patologiche, *Noos* 107-116.
- Caretti V, La Barbera D. (a cura di) (2006) *Le dipendenze patologiche*. Clinica e psicopatologia Raffaello Cortina.
- Caretti, V., Craparo, G., & Schimmenti, A. (2013). *Memorie traumatiche e mentalizzazione. Teoria, ricerca, clinica*. Roma: Astrolabio.
- De Berardis, D., D'Albenzio, A., Gambi, F., Sepede, G., Valchera, A., Conti, C., Fulcheri, M., Cavuto, M., Ortolani, C., Salerno, R.M., Serroni, Ferro F.M. (2009). Rapid Communication Alexithymia and Its Relationships with Dissociative Experiences and Internet Addiction in a Nonclinical Sample. *Cyberpsychology & Behavior*, 12(1), 67-69.
- De Rick, A., Vanheule S. (2007). Alexithymia and DSM-IV personality disorder traits in alcoholic inpatients: A study of the relation between both constructs. *Personality and Individual Differences*, 43(1), 119-129.
- De Rick, A., Vanheule S., Verhaeghe P. (2009) Alcohol Addiction and the Attachment System: An Empirical Study of Attachment Style, Alexithymia, and Psychiatric Disorders in Alcoholic Inpatients. *Substance Use & Misuse*, 44, 99-114.
- De Timary, P., Luts, A., Hers, D., & Luminet, O. (2008). Absolute and relative stability of alexithymia in alcoholic in patients undergoing alcohol with-

- drawal: Relationship to depression and anxiety. *Psychiatry Research*, 157, 105-113.
- Deborde, A. S.; Berthoz, S.; Godart, N.; Perdereau, F.; Corcos, M.; Jeammet, P.; (2006) Étude des relations entre alexithymie et anhédonie chez femmes présentant des troubles du comportement alimentaire et chez témoins, *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, Vol 32(1), 83-91.
- Deborde, A. S.; Berthoz, S.; Godart, N.; Perdereau, F.; Corcos, M.; Jeammet, P. (2006). Relations between alexithymia and anhedonia: A study in eating disordered and control subjects. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, Vol 32(1), 83-91.
- Dubey A., Pandey R. (2013) Mental health problems in alexithymia: Role of positive and negative emotional experiences. *Journal of Projective Psychology & Mental Health*, Vol 20(2), 128-136.
- Evren, C., Sar, V., Dalbudak E., Oncu F., & Cakmak D. (2009). Social anxiety and dissociation among male patients with alcohol dependency. *Psychiatry Research*, 165, 273-80.
- Evren, C., Sar, V., Evren, B., Semiz, U., Dalbudak, E., & Cakmak, D. (2008). Dissociation and alexithymia among men with alcoholism. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62(1), 40-47.
- Farges, F., Corcos, M., Speranza, M., Loas, G., Perez-Diaz, F., Venisse, J. L., Lang, F., Bizouard, P., Halfon, O., Flament, M., & Jeammet, Ph. (2004). Alexithymie et toxicomanie: Lien avec la dépression, *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, 30(3), 201-211.
- Fonagy P., Target M., *Attaccamento e funzione riflessiva*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2001
- Foulkes, S. H. (1948), *Introduzione alla psicoterapia gruppoanalitica*. Tr. it. Edizioni Universitarie Romane, Roma 1991.
- Grabe, H.-J., Rainermann, S., Spitzer, C., Gänssicke, M., Freyberger, H. J. (2000). The relationship between dimensions of alexithymia and dissociation. *Psychotherapy and psychosomatics*, 69(3), 128-131.
- Joukamaa M., Saarijarvi S., Muuriaisniemi M.L., Solokangas R.K., (1996). Alexithymia in a normal elderly population. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 144-147.
- Khantzian, E. J. (1987). Substance Dependence, Repetition and the Nature of Addictive Suffering Unpublished.
- Kohut, H., Wolf, E. S. (1978). The disorders of the self and their treatment: an outline. *International Journal of Psychoanalysis*, 59, 413-425.
- Krystal H. (2007) *Affetto, trauma, alessitimia*. Edizioni Magi Roma
- Krystal, H. (1978). Trauma and affects. *Psychoanalytic Study Child*, 33, 81-116.
- La Cascia, C., Ferraro, L., & Mulè A. (2008). Il problema della comorbilità. *No*, 2, 159-1682.

- Laquatra, J. R., Clopton T. A. (1994). Characteristics of alexithymia and eating disorders in college women. *Addictive Behaviors*, 19(4), 373-380.
- Loas, G., Otmami, O., & Fremaux, D. (1996). Etude de la validite externe, de la fide lite et de terminasion des notes seuils des échelles d'alexithymie de Toronto (TAS et TAS-20) chez un groupe de malades alcooliques. *Encéphale*, XXII, 35-40.
- Loas, G., Otmami, O., Lecercle, C., & Jouvent, R. (2000). Relationships between the emotional and cognitive components of alexithymia and dependency in alcoholics. *Psychiatry Research*, 25, 96 (1), 63-74.
- Lumley, M. A., Roby, K. J. (1995). Alexithymia and Pathological Gambling. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 63, 201-206.
- Lundh, Lars-Gunnar; Broman, Jan-Erik (2006), Alexithymia and insomnia. *Personality and Individual Differences*, Vol 40(8), 1615-1624.
- Majohr, Karl-Ludwig; Leenen, Katrin; Grabe, Hans Jörgen; Jenewein, Josef; Nuñez, David Garcia; Rufer, Michael; Alexithymia and its relationship to dissociation in patients with panic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol 199(10), Oct, 2011. pp.773-777. Publisher: Lippincott Williams & Wilkins
- Manfredi P., Gambarini A., (2015) Exercise Addiction and Alexithymia, *Journal of Psychology and Behavioral Science*, Vol. 3, No. 1, 61-70.
- McDougall, J. (2003). L'economia psichica della dipendenza: una soluzione psicosomatica al dolore psichico. In L. Rinaldi (Ed.), *Gli stati caotici della mente*. Raffaello Cortina Editore Milano.
- Müller, Jochen; Bühner, Markus; Ellgring, Heiner (2003) Relationship and Differential Validity of Alexithymia and Depression: A Comparison of the Toronto Alexithym and Self-Rating Depression Scales. *Psychopathology*, Vol 36(2), Mar-Apr., pp.71-77.
- Nemiah, J.C. and Sifneos, P.E. (1970). Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In O.W. Hill (Ed.), *Modern trends in psychosomatic medicine* (Vol.2, pp. 26-34) London: Butterworths.
- Racamier P.C. (1993). *Il genio delle origini. Psicoanalisi e psicosi*. Raffaello Cortina Editore Milano.
- Rossi Monti, M. (2008). *Forme del delirio e psicopatologia*. Raffaello Cortina Editore Milano.
- Saariaho, Anita S.; Saariaho, Tom H.; Mattila, Aino K.; Karukivi, Max R.; Joukamaa, Matti I. (2013). Alexithymia and depression in a chronic patient sample. *General Hospital Psychiatry*, Vol 35(3), 239-245.
- Siegel D.J. (2001) *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Raffaello Cortina Milano
- Speranza, O. M., Corcos, M., Stephan, P., Loas, G., Perez-Diaz, F., Lang, F., & et al. (2004). Alexithymia, depressive experiences, and dependency in addictive disorders. *Substance Use & Misuse*, 39(4), 551-579.

- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker J. D. (1991). The alexithymia construct: A potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatic*, 32(2), 153-164.
- Taylor, G. J., Parker, J. D., & Bagby, R. M. (1990). A preliminary investigation of alexithymia in men with psychoactive substance dependence. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1228-30.
- Taylor, G.J. (2010). Affects, trauma, and mechanisms of symptom formation: a tribute to John C. Nemiah, MD(1918-2009). *Psychoter Psychosom*, 79339-49
- Tominaga, Toshiyuki; Choi, Hyungin; Nagoshi, Yasuhide; Fukui, Kenji; Fukui, Kenji (2013). Relationship between alexithymia and coping strategies in patients with somatoform disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, Vol 10, Dec 27, 55-62.
- Tronick E. (2008). *Regolazione emotiva. Nello sviluppo e nel processo terapeutico*. Raffaello Cortina Editore Milano
- Uchida, Y., Norasakkunkit V., Kitayama S. Cultural Constructions of happiness: theory and empirical evidence. (2013) In: Delle Fave A. Editors. The exploration of Happiness: Present and future perspective. New York, NY, US: *Springer Science + Business Media*; 269 280.
- Wurmser, L. (1974). Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 22, 820-843.
- Ziółkowski, M., Gruss, T., & Rybakowski, J. K. (1995). Does alexithymia in male alcoholics constitute a negative factor for maintaining abstinence? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 63(3-4), 169-173.

