

*AUTENTICITA', EMOZIONI E SALUTE:  
un sottile filo conduttore*

Franco Baldoni

---

Preghiera

*Oh Dio!*

*Fa che io sia vivo nel momento della mia morte.*

Donald Woods Winnicott

Nelle prossime pagine cercherò di analizzare il concetto di autenticità nelle sue relazioni con l'espressione emotiva e con lo stato di salute. Colpisce infatti, quanto studi e osservazioni cliniche svolti in ambiti molto diversi (dalla medicina alla psicologia, dalla ricerca psicosomatica a quella epidemiologica, dagli studi sullo sviluppo in età evolutiva a quelli sulle relazioni familiari) facenti riferimento ai paradigmi teorici più diversi (psicoanalitico, sistemico-relazionale, teoria dell'attaccamento, comportamentismo, neuropsicologia, psicologia cognitivista) abbiano messo in luce aspetti comuni che, pur descritti nei termini propri di ogni indirizzo, sono stati riconosciuti come predisponenti allo sviluppo di malattie di varia natura (psicologiche e fisiche), oltre che a problemi di natura comportamentale, relazionale e sociale.

Il filo conduttore che collega tutte queste osservazioni sembra il seguente: le persone che hanno difficoltà ad essere se stessi, a riconoscere e a comunicare agli altri le proprie emozioni, a lottare per realizzare i propri bisogni affrontando gli inevitabili conflitti che ciò comporta, sono più esposte ai problemi di salute. La nostra autenticità, quindi, sembrerebbe un bene prezioso, da tutelare anche quando essa ci porta a vivere dei contrasti con l'ambiente esterno o con quello interno.

## Autenticità e inautenticità

Sono noti molti esempi letterari di autori che si sono occupati del problema dell'autenticità e dell'ambiguità della natura umana tratteggiando personaggi che sono rimasti scolpiti nella nostra memoria. Pensiamo a “Lo strano caso del Dr. Jekyll e Mr. Hyde” di Stevenson, oppure a “Il sosia” di Dostoevskij, all’Amleto di Shakespeare (chi non conosce il famoso monologo “Essere o non essere”?) e soprattutto a Luigi Pirandello, che ha fatto del rapporto tra finzione e realtà un aspetto centrale della propria poetica.

Il concetto di autenticità, comunque, è molto antico ed è stato motivo di riflessione sia sul piano filosofico che su quello psicologico (Stella 1992; Baldoni 2002).

In filosofia lo ritroviamo nell’opera di Sören Kierkegaard, ispiratore dell’esistenzialismo, che nel suo scritto più famoso *Aut-aut* (1843), polemizzando con Hegel, afferma che non è sufficiente indicare all’individuo una vita sociale ben ordinata (famiglia, società, stato) se non si tiene conto dei problemi specifici del singolo. Nella vita reale, infatti, l’uomo è costretto a fare continue scelte tra autenticità e conformismo che possono essere simbolicamente ben rappresentate dalla possibilità del matrimonio. Bisogna sposarsi o non sposarsi? Essere come Don Giovanni e darsi alla ricerca continua di nuovi piaceri senza essere mai soddisfatto, oppure divenire un buon marito e dedicarsi a una vita coniugale, borghese e tranquilla, socialmente accettato, ma vittima della noia? Per Kierkegaard esiste una terza possibilità: darsi alla vita religiosa, ma questo vorrebbe dire rinunciare totalmente al mondo.

Altri autori che si sono occupati di questo argomento dal punto di vista filosofico sono stati Martin Burber che ha elaborato il concetto di “uomo autentico” (1923), e Hans Vaihinger (1967) che ha sostenuto la dipendenza dei valori intellettuali da quelli vitali (Stella 1992).

In psicologia la problematica dell’autenticità è stata affrontata soprattutto da un punto di vista psicoanalitico.

Si può ritrovare in Sigmund Freud, che nel Caso clinico del presidente Schreber (1910) descrive in questa persona una parte “lucida” della personalità (che gli permetteva, pur con dei limiti, di far fronte ai suoi compiti di Presidente della Corte d’Appello) e una parte “ricostruita”, che gli consentiva di vivere in un mondo delirante e deformato, ma pur con una speranza di guarigione.

Ancora più chiaro è il riferimento all’autenticità nell’opera di Helen Deutsch che descrive una “personalità come se” (*as if*) (1934) in persone che dietro un’apparente facilità nel mettersi in relazione nascondono un profondo vuoto interiore che produce negli altri l’impressione di una mancanza di spontaneità e un senso di falsità. Essi non sarebbero capaci di una vera e propria identificazione (cioè di rivivere in sé e assimilare i modelli altrui facendoli propri), ma solo di un

imitazione superficiale (*come se*) non ben integrata con gli stati più profondi della personalità. Tale condizione li costringerebbe, in modo inconsapevole, a modificare di continuo l'immagine che presentano agli altri, aderendo in modo imitativo alle richieste e alle aspettative esterne (ricordano il personaggio di Zelig, l'uomo camaleonte descritto nel bel film di Woody Allen).

Anche Wilhelm Reich si occupa dell'autenticità umana quando, parlando della armatura o corazza caratteriale, evidenzia la funzione protettiva di questa, pur sostenendo che i momenti "non caratteriali" di rapporto con il mondo esterno, meno frequenti, sono più liberi e aperti. Egli scrive:

<<Il carattere consiste in un'alterazione cronica dell'Io che si potrebbe definire "indurimento". Questa è la base sulla quale il modo di reagire tipico della personalità diventa cronico. Il suo scopo è quello di proteggere l'Io dai pericoli interni ed esterni. Come meccanismo di protezione diventato cronico può essere chiamato a ragione "armatura". Armatura significa inequivocabilmente una limitazione della mobilità psichica di tutta la personalità. Questa limitazione è attenuata da rapporti non caratteriali, cioè atipici, con il mondo esterno che sembrano comunicazioni rimaste libere in un sistema per il resto chiuso >> (Reich 1933, p.187).

Ma l'autore che, a mio parere, più di ogni altro ha colto le profonde implicazioni della problematica dell'autenticità è stato lo psicoanalista e pediatra inglese Donald W. Winnicott, al quale si deve lo sviluppo del concetto di falso Sé.

### **Vero Sé e falso Sé**

Winnicott parte dalla constatazione semplice, ma non sempre evidente, che l'assenza di malattie non corrisponde necessariamente a uno stato di salute. Solo la capacità di essere creativi e la sensazione della propria autenticità danno all'individuo il sentimento che la vita vale la pena di essere vissuta. Da questo punto di vista un individuo che vive una crisi esistenziale può essere più sano di quello in cui l'apparente condizione di normalità è sostenuta da un falso Sé (Winnicott 1977).

Per Winnicott il vero Sé origina dalla vita corporea ed è allo stesso tempo fisico e psichico. Esso corrisponde al gesto spontaneo ("è il vero Sé in azione"), all'idea personale ed è legato al processo primario (Winnicott 1960). Il vero Sé trasmette un senso di esistenza nel proprio corpo e permette di essere creativi, di sentirsi autentici, reali e presenti, di provare piacere.

Al contrario il falso Sé si svilupperebbe durante lo sviluppo infantile come un'organizzazione difensiva della personalità che ha la funzione di proteggere, come un involucro, il vero Sé. Esso deriverebbe dalle insufficienze dell'ambiente infantile (in particolare della funzione materna) e costituirebbe una difesa estrema nei confronti della depressione, avvicinandosi, da questo punto di vista, al concetto kleiniano di difesa maniacale (Winnicott 1960, 1977). Una madre sufficientemente buona, cioè sufficientemente "devota" al figlio, è in grado di percepire empaticamente le esigenze del neonato e di viverle come proprie rispondendo adeguatamente. Il modo in cui il bambino è accudito dal punto di vista fisico (*handling*) assieme all'atteggiamento corporeo che la madre assume quando lo tiene in braccio (*holding*) e alla sua capacità di presentargli gradatamente la realtà del mondo esterno (*object presenting*) favoriscono lo sviluppo di un Sé allo stesso tempo psichico e somatico, cioè di un senso di esistenza nel proprio corpo, processo che Winnicott descrive in termini di "integrazione psicosomatica". In questo modo è favorita, all'inizio, un'illusione infantile di onnipotenza e successivamente una graduale disillusione. Quando l'ambiente non si rivela adeguato a svolgere questa funzione e manca un adulto capace di adattarsi ai bisogni del bambino, l'esperienza corporea non risulterà sufficientemente integrata nel Sé e l'individuo diventerà incapace di autentiche esperienze emotive. Ciò impedirà di appropriarsi psicologicamente del proprio corpo e favorirà l'instaurarsi di disturbi fisici.

Per Winnicott il vero malato psicosomatico, quello in cui i fenomeni di somatizzazione non sono la conseguenza di un processo di conversione isterica, si caratterizza per il fatto che la sua sofferenza è l'espressione di una particolare "scissione mente-corpo". In tale stato le sensazioni somatiche non vengono elaborate e rappresentate simbolicamente in modo adeguato, per cui l'attività psichica tende a diventare qualcosa di separato dall'esperienza corporea ed il senso del Sé viene percepito falsamente nella mente. Tale scissione difende da un intollerabile dolore mentale e consente al paziente di conservare l'impressione di autosufficienza tramite lo sviluppo di un falso Sé caratterizzato da un'un'eccessiva intellettualizzazione non integrata con le esperienze corporee.

<<Più comunemente, osserviamo che il funzionamento mentale diventa una cosa in sé, sostituendo praticamente la buona madre e rendendo questa non più necessaria. Clinicamente, ciò può andare di pari passo con una dipendenza dalla madre vera e con una falsa crescita personale fondata sull'ubbidienza. Si tratta di una delle situazioni più penose, soprattutto perché la psiche è "sedotta" dall'intelletto rompendo l'intimo rapporto che essa ha, all'origine, con il soma>> [Winnicott 1949, p. 295].

Sul piano soggettivo il falso Sé è totalmente inconscio e può corrispondere ad una vita assolutamente normale, anche se accompagnata da sensazioni di irrealtà, di futilità e da sentimenti di vuoto e di noia (gli stessi vissuti che queste persone generano negli altri).

Bisogna chiarire, comunque, che in ogni individuo coesistono aspetti di vero e falso Sé. Nella condizione normale il vero sé si esprime adeguatamente consentendo la spontaneità, la creatività e la soddisfazione personale e fornendo le risorse per affrontare le frustrazioni e le esperienze di cambiamento. Un aspetto di falso sé, dal canto suo, è indispensabile, in quanto sostiene nel confronto con l'ambiente, costituendo una base per un comportamento socialmente accettabile (Winnicott 1960). Senza di esso non saremmo neanche in grado di scambiarci una stretta di mano o di salutare sorridendo un collega di lavoro o un vicino di casa (anche quando non ne abbiamo affatto voglia!). Ovviamente esiste una serie di possibilità intermedie che vanno dall'organizzazione di personalità normale, in cui il falso Sé protegge il vero Sé (vedi fig. 1), a quella in cui il falso Sé annulla il vero Sé (vedi fig.2).

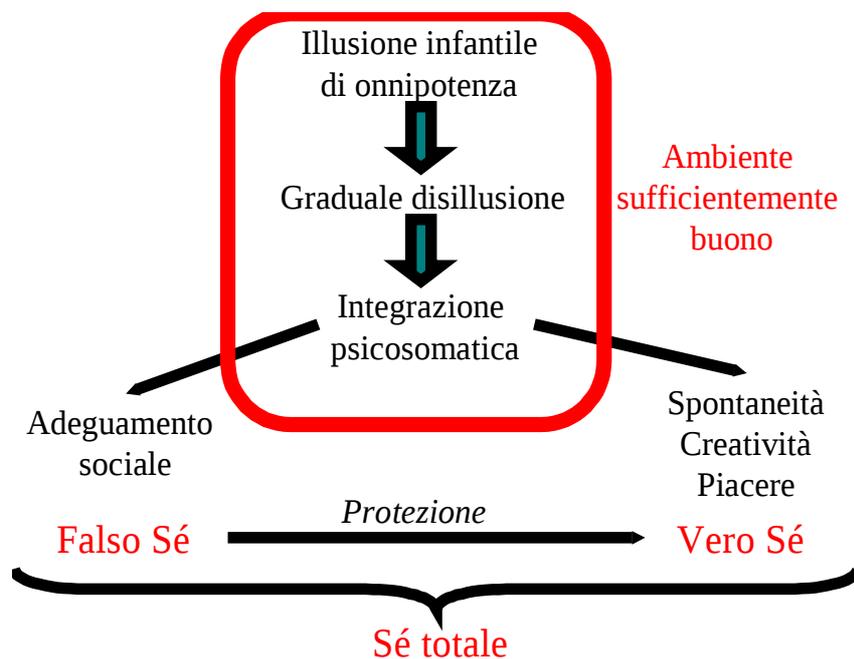


Figura 1 – Lo sviluppo sano del Sé



Figura 2 – Lo sviluppo problematico del Sé

In alcune persone, infatti, si sviluppa un *falso Sé patologico* che tende a presentarsi agli altri come se fosse l'intera persona impedendo un'espressione sufficiente del vero Sé. Durante l'infanzia questi individui frequentemente sono stati dei bambini bravi e compiacenti, che facevano quello che si diceva loro senza dare problemi. Per questo erano molto apprezzati da genitori e insegnanti che li portavano come esempio, parlandone come dei "piccoli adulti", (dimenticando che il maggiore fallimento, per un bambino, è proprio non riuscire a vivere in modo autentico la propria età). In realtà, la loro maturità è solo apparente, in quanto, essendo incapaci di veri e propri processi di identificazione, essi imitano i grandi seguendo in modo passivo e compiacente le loro regole. A causa della propria difficoltà ad essere spontanei questi bambini solitamente manifestano difficoltà a giocare con i coetanei e non riescono a farsi delle amicizie significative, preferendo stare da soli oppure in compagnia di persone più adulte.

Questa condizione favorisce, durante l'infanzia, l'instaurarsi di disturbi comportamentali (irrequietezza, insonnia, disturbi dell'alimentazione) e fisici, sia funzionali che organici (gastrointestinali, dermatologici, respiratori, allergici). Il falso Sé, inoltre, limiterà l'individuo nella propria capacità di vivere relazioni affettive e di sviluppare interessi personali e autentici e si rivelerà inadeguato nei momenti della vita in cui, da adulto, dovrà affrontare impegni e difficoltà che richiedono maggiore maturità ed equilibrio (come iniziare a lavorare, vivere fuori casa,

sposarsi, diventare genitore, oppure affrontare malattie o lutti significativi). In questi momenti critici è frequente che si manifestino disturbi dell'adattamento sociale accompagnati da scompensi psichici o fisici anche gravi.

Si possono ad esempio manifestare problemi nei rapporti con la famiglia (gravi conflitti, fughe da casa, separazioni) oppure sull'ambiente di lavoro. E' frequente, in questo secondo caso, che si sviluppi una condizione di *burn-out* lavorativo accompagnato dalle sue manifestazioni più tipiche (perdita di interesse, stanchezza, ansia, insonnia, sintomi psicofisiologici) che possono portare all'abbandono del posto di lavoro o al licenziamento (Baldoni 2002).

E' comune in questi momenti critici che il soggetto ricerchi momenti di isolamento, nei quali tenta di alleviare la tensione psichica e la disperazione sottraendosi ai doveri sociali e alle aspettative degli altri. Per le stesse ragioni può ricorrere all'assunzione di alcool (spesso consumato in solitudine), all'uso compulsivo di farmaci ansiolitici o alle droghe.

Altrettanto frequente è che si manifesti uno scompensamento psicosomatico sotto forma di una malattia a sintomatologia psichica (depressione, attacchi di panico, crisi psicotiche) o somatica: malattie cardiovascolari (ipertensione, infarto), patologie endocrine (soprattutto tiroidee), disturbi gastrointestinali (dispepsia, ulcera, colon irritabile) e cancro. Spesso sono presenti entrambe le condizioni.

Nei casi più estremi queste persone ricorrono al suicidio, che, come lo stesso Winnicott ha sottolineato (1960), può rappresentare un modo di dare al corpo una morte che si è già verificata nella psiche. Più spesso questa tendenza autodistruttiva si manifesta sotto forma di equivalenti suicidari (esposizione ingiustificata a pericoli, ripetuti incidenti, traumi, autolesionismo) oppure, come si è detto, con lo sviluppo di una grave forma di alcoolismo o con la tossicodipendenza.

Solo in alcuni casi, quando la crisi psicologica è già in atto, la persona può ricercare aiuto da un amico, un familiare, un medico o uno psicoterapeuta. In questi casi la struttura del falso Sé è già crollata (Winnicott 1959) e la persona comincia a divenire drammaticamente consapevole dell'inadeguatezza dell'immagine che è solito presentare agli altri.

Sul piano del controtransfert il falso Sé è percepito come una mancanza di autenticità che produce sensazioni di noia e di vuoto, mentre il vero Sé è avvertito più per la sua "assenza", che per espressioni di tipo attivo. Winnicott, in modo efficace, paragona il rapporto tra paziente e terapeuta a quello di due bambinaie che si incontrano per parlare del bambino (il vero Sé) (1960). Con il tempo e l'approfondimento della relazione terapeutica si supererà l'angoscia e la diffidenza, solo allora il bambino (il vero Sé) potrà manifestarsi in una condizione di relativa sicurezza tramite lamentele e comportamenti infantili (pianti, espressioni di rabbia, capricci, fantasie, richieste di

affetto, di consigli, di cure). Un segnale significativo dell'andamento positivo del processo analitico, in questi casi, è la conquista della capacità di scherzare e di giocare con il terapeuta.

Winnicott, con la sua teoria del falso Sé, è stato lo psicoanalista che ha affrontato in modo più specifico il rapporto tra autenticità e inautenticità, delineando una ipotesi interpretativa convincente, sottolineandone l'importanza per l'equilibrio psicosomatico, esplorandone gli aspetti patologici e indicando delle linee guida utili sul piano psicoterapeutico. A lui inoltre, come ha giustamente fatto osservare Masud Kahan (1972), si deve attribuire il merito di aver rispettato le persone in quanto tali, cercando di valorizzare anche gli aspetti meno autentici presenti in ogni persona e studiandone le funzioni sane e adattative. Questo permette di evitare un'eccessiva idealizzazione dell'autenticità come valore supremo, che porterebbe a posizioni semplicistiche, poco realistiche e al limite del moralismo.

La ricerca dell'autenticità era così importante per Winnicott perché la considerava alla base della vita stessa. Lo dimostra efficacemente la preghiera che ho riportato all'inizio di questo articolo, da lui scritta poco prima della morte e ritrovata tra le sue carte dalla moglie Clare (1977).

## **Emozioni e salute**

Il problema dell'autenticità e la sua relazione con la salute è evidente nella ricerca psicosomatica, soprattutto quando la capacità di riconoscere ed esprimere le proprie emozioni è stata messa in relazione con lo sviluppo delle malattie (Trombini e Baldoni 1999, 2001).

In questo caso il problema centrale è il rapporto che l'individuo ha con le proprie emozioni e con i propri bisogni più autentici. Quando questo rapporto è deficitario gli aspetti più significativi di sé non vengono sufficientemente riconosciuti e comunicati. I conflitti con l'esterno vengono evitati, ma si produce negli altri un'impressione di vuoto, di noia e di inautenticità.

Le prime osservazioni a questo riguardo risalgono alla metà del novecento, quando lo psichiatra Jurgen Ruesch (1948), in un articolo pubblicato sulla rivista *Psychosomatic Medicine*, descrisse in alcuni suoi pazienti affetti da malattie psicosomatiche classiche alcune caratteristiche psicologiche e comportamentali comuni: uno stile di pensiero infantile con fantasie primitive, la tendenza alla imitazione e allo sviluppo di relazioni di dipendenza, un modo di esprimersi gestualmente e verbalmente scarsamente legato alle emozioni e un atteggiamento sociale eccessivamente conformista. Ruesch attribuì a queste caratteristiche il nome di *personalità infantile*.

Franz Alexander, uno dei padri fondatori della medicina psicosomatica, aveva già descritto un atteggiamento falsamente autonomo in pazienti affetti da disturbi digestivi (come l'ulcera

peptica e la dispepsia) nei quali ipotizzava fosse presente uno specifico “conflitto di dipendenza-indipendenza”, legato a bisogni orali frustrati originatisi nell’infanzia e mantenutisi nell’età adulta. A questo proposito egli descrisse una particolare tipologia di persone “pseudo-indipendenti” che come reazione ai propri bisogni inconsci di dipendenza svilupperebbe un atteggiamento esasperatamente autonomo e responsabile.

<< Molti pazienti di ulcera gastrica manifestano apertamente una condotta esageratamente aggressiva, ambiziosa e indipendente, non amano di essere aiutati e si assumono ogni sorta di responsabilità. Si tratta di tipi che spesso hanno funzioni esecutive nel campo degli affari e il cui comportamento rappresenta una reazione al loro desiderio di dipendenza, desiderio tanto forte quanto inconscio; [...] L’esistenza di questi desideri spiega il benefico effetto che le cure di riposo e l’allontanamento del paziente dalle continue responsabilità e dalla lotta di ogni giorno hanno in questi casi. Il desiderio di ricevere, di essere amato, di dipendere da altri, quando è respinto dall’Io adulto o frustrato dalle circostanze esterne, e di conseguenza non può trovare la sua soddisfazione mediante le relazioni personali, spesso prende una via regressiva, convertendosi nel desiderio di essere nutrito>> [Alexander 1950, pp. 89-91].

Le situazioni che minacciano l’indipendenza dei soggetti pseudo-indipendenti riattiverebbero desideri orali che, rimanendo a livello inconscio, si esprimono corporeamente con disturbi somatici. I pazienti, in questo modo si lamentano di sintomi fisici incapaci di percepire le proprie emozioni e i propri reali bisogni.

Verso la fine degli anni cinquanta si cominciò ad approfondire questo argomento dal punto di vista psicoanalitico, quando a Parigi alcuni ricercatori, guidati da Pierre Marty (Marty, De M’Uzan e David 1963), pubblicarono una serie di osservazioni tratte da psicoterapie condotte su pazienti affetti da malattie mediche. In esse si ipotizzò l’esistenza di una *personalità psicosomatica* caratterizzata da alcuni deficit che impediscono l’elaborazione psicologica adeguata di emozioni e traumi, per cui questi si esprimerebbero prevalentemente nel corpo. Negli individui studiati fu notato un atteggiamento di falsa normalità ed eccessivo conformismo accompagnato da un particolare stile cognitivo che fu chiamato *pensiero operatorio*, caratterizzato da carenza di fantasie e di creatività e da un modo di relazionarsi con gli altri inautentico, piatto, privo di emozioni, noioso. Si aveva l’impressione che la vita mentale ed il comportamento di queste persone fossero eccessivamente separate dall’inconscio. Marty sostenne che per curare psicologicamente questi malati era necessario modificare la tecnica psicoanalitica classica (che prevede un atteggiamento di neutralità dell’analista) e svolgere un ruolo più attivo, quasi pedagogico, nel tentativo di favorire la fantasia e la capacità di rappresentazione simbolica del paziente.

L'importanza del concetto di pensiero operatorio non fu riconosciuta, però, fino ai primi anni settanta, quando Peter Sifneos e John Nemiah (1970), due psicoanalisti di Boston, attraverso lo studio di trascrizioni letterali di colloqui con pazienti affetti da malattie psicosomatiche classiche, riscontrarono una serie di tratti psicologici comuni che chiamarono *alessitimia* (che letteralmente significa "mancanza di parole per le emozioni"). Le caratteristiche di questi soggetti ricordano quelle descritte da Ruesh per la personalità infantile e da Marty per il pensiero operatorio (ma anche, per molti aspetti, quelle dei pazienti con falso Sé patologico):

- a) una difficoltà a riconoscere ed esprimere le proprie emozioni;
- b) una incapacità a distinguere con chiarezza i sentimenti dalle sensazioni corporee legate all'attività emotiva;
- c) una scarsità di fantasia e di immaginazione;
- d) uno stile cognitivo molto pratico e poco introspettivo, orientato verso il mondo fisico e l'azione piuttosto che il pensiero.

Queste persone sembrano mancare di una vita interiore. Il dialogo con loro tende ad essere privo di emozioni, poiché mancano riferimenti ai propri vissuti, a desideri e a sentimenti. Essi descrivono solo particolari di poca importanza, impoverendo la comunicazione del proprio significato e inducendo nell'interlocutore sentimenti di vuoto e di noia. Hanno la tendenza a ricorrere all'azione per evitare problemi e conflitti. Quando si rivolgono al medico, si limitano a descrivere i propri sintomi fisici come se non avessero alcun significato emotivo. Nel complesso, però, si tratta di persone apparentemente ben adattate, che aderiscono in modo conformista alle richieste della società. Di solito hanno un lavoro, una famiglia, qualche amicizia, ma si tratta per lo più di relazioni superficiali, oppure caratterizzate da eccessiva dipendenza.

Le caratteristiche dell'*alessitimia* possono essere considerate, sotto certi aspetti, l'opposto di quelle del paziente nevrotico, nel quale prevale invece l'introspezione e l'attenzione per la propria vita emotiva.

Negli ultimi trent'anni l'*alessitimia* è stata oggetto di centinaia di ricerche cliniche e sperimentali che hanno confermato il suo valore sia sul piano diagnostico che su quello terapeutico, per cui la presenza di tratti *alessitimici* viene ritenuta oggi un importante fattore di rischio psicosomatico.

Lo sviluppo di una metodologia di valutazione basata su interviste, questionari e test di personalità, pur scontrandosi con numerose limitazioni di carattere metodologico, ha permesso la raccolta di dati attendibili sulla diffusione di questo problema. Queste caratteristiche sono state riscontrate infatti, oltre che nelle malattie psicosomatiche classiche, anche in un gran numero di altre condizioni patologiche, quali malattie cardiovascolari, respiratorie, gastrointestinali e

dermatologiche, varie sindromi mediche funzionali, disturbi psichiatrici (depressione maggiore, disturbi di personalità, perversioni sessuali, tossicomanie, alcolismo) e disturbi del comportamento alimentare (anoressia, obesità, bulimia, vomito psicogeno). Tratti Alessitimici sono frequentemente presenti anche nelle persone affette da malattie mediche croniche, in pazienti sottoposti a dialisi, a trapianti e a terapie ospedaliere lunghe e intensive (Trombini e Baldoni 1999).

L'alessitimia, però, non è sempre associata a condizioni di malattia, ma è un tratto che si riscontra con elevata frequenza anche nella popolazione sana (ad esempio, è stato evidenziato in circa un quarto di un vasto gruppo di adolescenti). Essa non deve quindi essere considerata una diagnosi psicopatologica, ma un tratto stabile di personalità che interagisce in modo non specifico con altri fattori biologici e psicosociali predisponendo l'individuo alla somatizzazione ed allo sviluppo di malattie.

L'importanza dell'autenticità e del riconoscimento e della comunicazione delle proprie emozioni per il mantenimento di uno stato di salute psicologico e fisico è stata confermata anche in psicosomatica oncologica dove molti clinici hanno evidenziato nei pazienti affetti da neoplasie alcune caratteristiche comuni tra le quali: una vita caratterizzata da eventi dolorosi, in particolare esperienze di perdita; una tendenza ad evitare i problemi e i conflitti negandoli o reprimendo le proprie reazioni emotive; una scarsa capacità introspettiva e un atteggiamento rigido e conformista; una difficoltà ad esprimere i propri sentimenti con la propensione a nascondere o minimizzare le emozioni e a inibire l'espressione dell'aggressività; la tendenza a vivere la condizione di malattia con passività, sfiducia, senso di rinuncia e di abbandono.

All'inizio degli anni ottanta fu ipotizzata da Morris (1980) e da Themoshok e Heller (1983) l'esistenza di una *personalità di tipo C (type C cancer-prone personality)* esposta al rischio del cancro. Si tratterebbe di persone tranquille, pazienti, passive, rinunciatricie, tendenzialmente tristi, che sono portate a reprimere le proprie emozioni, in particolare quelle legate alla rabbia e all'aggressività. Tipicamente nelle situazioni impegnative della vita esse utilizzano delle difese psichiche specifiche per evitare pensieri, fantasie o sentimenti spiacevoli (*repressione*) e per non affrontare i problemi e i conflitti negandone l'importanza (*diniego*).

Anche l'ipotesi della personalità di tipo C è stata sottoposta a verifica attraverso molte ricerche sperimentali e cliniche e i risultati degli studi, nonostante le enormi difficoltà tecniche ed etiche che si incontrano nella ricerca in questo campo, sembrano confermarne la validità.

## **Relazioni familiari e autenticità**

Nei pazienti affetti da malattie croniche si riscontra di frequente una situazione familiare che, dietro l'apparente normalità manifestata nei rapporti con l'esterno, nasconde una grave mancanza di autonomia psicologica e una tendenza alla negazione dei conflitti che sembrano avere un'influenza sia sull'insorgenza che sul mantenimento del disturbo. Questo vale non solo per patologie psichiche e comportamentali come le psicosi o le alterazioni del comportamento alimentare (anoressia, bulimia, obesità o vomito psicogeno), ma anche per molte malattie mediche come asma, diabete, psoriasi o rettocolite ulcerosa (Trombini e Baldoni 1999).

Il primo a riconoscere questi aspetti di inautenticità familiare fu Don D. Jackson (1966), uno dei fondatori del *Mental Research Institute* di Palo Alto, il quale studiando alcune famiglie di individui affetti da rettocolite ulcerosa evidenziò un particolare stile di comportamento che chiamò "restrittivo". In questi nuclei familiari (*restricted families*) le relazioni erano limitate ed impoverite dalla imposizione di rigide regole educative che riguardavano in particolare il divieto di manifestare liberamente i propri sentimenti e di esprimere dissensi. L'apparente armonia familiare era la conseguenza del sistematico evitamento e negazione dei conflitti e dell'inibizione di ogni emozione autentica. Queste restrizioni si riscontravano anche nei rapporti sociali esterni. Le amicizie e le relazioni a scuola e sul lavoro, infatti, risultavano scarse e molto formali.

Successivamente il pediatra e psichiatra argentino Salvador Minuchin (1974), considerato il maggior esponente dell'indirizzo "strutturale" della terapia familiare, identificò nelle famiglie di pazienti affetti da malattie croniche (diabete, asma bronchiale, anoressia mentale) quattro caratteristiche fondamentali: l'*invischiamento* (la tendenza dei componenti della famiglia ad occuparsi eccessivamente gli uni degli altri); l'*iperprotettività* (che limita l'autonomia); la *rigidità* (il nucleo familiare resiste a ogni forma di cambiamento) e l'*evitamento dei conflitti*.

In queste famiglie la tolleranza alle frustrazioni è molto bassa e il disaccordo non è sopportato, per questo i problemi e le emozioni conflittuali (particolarmente quelle ostili e aggressive) sono soffocati al loro nascere o negati. La relazione tra i membri tende ad essere quindi eccessivamente coinvolgente, ma priva di autenticità.

La presenza di queste caratteristiche nelle famiglie di pazienti affetti da malattie mediche croniche e da disturbi psichici (in particolare disturbi del comportamento alimentare e psicosi) è stata confermata da un gran numero di studi svolti soprattutto da ricercatori di formazione sistemica.

### **Attaccamento e autenticità**

Il problema dell'autenticità può essere visto anche attraverso la teoria dell'attaccamento che considera di importanza primaria lo sviluppo delle relazioni d'attaccamento durante l'infanzia e la loro funzione di protezione nei confronti dei pericoli. Anche in questo caso una scarsa conoscenza di se stessi e una difficoltà a riconoscere e comunicare agli altri i propri bisogni e le proprie emozioni sono state correlate a problemi patologici di tipo fisico e psichico oltre che relazionale e comportamentale.

Vorrei ricordare che vi sono molti punti in comune tra l'opera di John Bowlby (1969-1980) e quella di Winnicott, anche se questa relazione viene comunemente sottovalutata (forse perché la teoria dell'attaccamento è ritenuta da molti, erroneamente, al di fuori della psicoanalisi). Non solo il primo fu vicepresidente del secondo all'interno della Società Britannica di Psicoanalisi (dal 1956 al 1961), ma soprattutto entrambi condividevano una visione dello sviluppo infantile che valorizzava gli aspetti reali del mondo esterno (descritti in termini di madre sufficientemente buona dall'uno e di figura d'attaccamento dall'altro) contrapponendosi alla concezione eccessivamente centrata sul mondo interno e sulle pulsioni della psicoanalisi freudiana e kleiniana. Per entrambi la relazione con un ambiente non adeguato alla cura e alla protezione del bambino può comportare gravi carenze nello sviluppo e predisporre alle malattie psicologiche e fisiche e a comportamenti antisociali e devianti. Entrambi infine hanno descritto come l'individuo, per proteggersi da condizioni ambientali avverse, può sviluppare degli atteggiamenti difensivi che lo portano a prendere le distanze dalle proprie emozioni e dai propri bisogni (cioè dalla propria autenticità) con conseguenze negative per la salute.

Un esempio di ciò che Bowlby pensava in proposito lo si trova nella biografia che scrisse su Charles Darwin, dalla cui personalità fu affascinato per tutta la vita. Egli spiegò le angosce e i numerosi sintomi psicofisiologici di cui il grande studioso dell'evoluzione soffriva (palpitazioni, astenia, svenimenti, parestesie) come la conseguenza della negazione della sofferenza nei confronti della morte della madre (che perse quando aveva otto anni). Il rifiuto di riconoscere questo problema era tale che in una lettera ad un amico a cui era appena morta la giovane moglie Darwin scrisse: "...non ho mai perso un parente così vicino in tutta la mia vita, così non posso nemmeno immaginare quanto possa essere forte un dolore come il tuo" (Bowlby 1990: cit. in Holmes 1993).

L'intuizione di Bowlby sull'importanza della elaborazione del lutto per il mantenimento dello stato di salute è stata confermata da numerose ricerche epidemiologiche. Queste hanno evidenziato negli individui che non vivono le perdite significative in modo sofferto (cioè che non sono in grado di piangere adeguatamente la morte dei loro cari) un aumento di incidenza di malattie psicologiche (soprattutto depressione) e fisiche: malattie cardiovascolari (infarto, ipertensione, ictus), endocrino-metaboliche (diabete), respiratorie (tubercolosi, asma), immunitarie, degenerative

(sclerosi a placche), cancro. Il loro tasso di mortalità è fino a 7 volte maggiore di quello della popolazione di pari sesso ed età (Trombini e Baldoni 1999).

Nell'ambito della teoria dell'attaccamento, comunque, il riferimento più chiaro alla condizione di inautenticità si trova nello *stile di attaccamento insicuro-evitante* (Tipo A) descritto da Mary Ainsworth, (coautrice della teoria assieme a Bowlby) tramite la *Strange Situation* (Ainsworth et al. 1978), una procedura videoregistrata che valuta la reazione di un bambino di circa un anno alla separazione dalla sua figura di attaccamento in un ambiente estraneo. I bambini evitanti non mostrano segni di angoscia e non si ribellano alla separazione, ma manifestano un'apparente indifferenza. Al momento della riunione non sembrano prestare attenzione alla madre e continuano a giocare, come se a loro non importasse essere abbandonati. Le loro madri si contraddistinguono per mancanza di sensibilità, di affetto e di tenerezza, soprattutto quando tengono il figlio in braccio, e questi bambini cercano di rimanere in contatto con la loro figura di attaccamento, dalla quale si aspettano di venire rifiutati, minimizzando i propri bisogni affettivi e di protezione. Questi ultimi vengono esclusi dalla coscienza, assieme alla sensazione di rifiuto da parte dell'altro, attraverso un processo che è stato chiamato da Bowlby "esclusione difensiva". In questo modo, nel tempo, non può svilupparsi una adeguata consapevolezza delle proprie emozioni e desideri.

Una condizione simile è stata descritta nell'adulto da Mary Main attraverso l'*Adult Attachment Interview* (George, Kaplan e Main 1986), una complessa procedura basata su un colloquio semistrutturato. Coloro che manifestano questo stile di attaccamento, che è stato chiamato dalla Main "Distanziante" (*Dismissing* o Ds), forniscono resoconti brevi e incompleti della propria vita e sostengono di avere pochi ricordi, soprattutto degli episodi che hanno comportato affetti negativi quali paura, rabbia o ricerca di protezione. Tendono a idealizzare i genitori in contraddizione con i ricordi autobiografici (che rimandano a situazioni di rifiuto) e frequentemente hanno a propria volta figli evitanti.

Recentemente Patricia Crittenden (1999), utilizzando le conoscenze più recenti sui sistemi di memoria, ha ampliato le conoscenze sulla strategia d'attaccamento distanziante (*configurazione di Tipo A*) soprattutto nelle condizioni ad alto rischio psicosociale, quando i genitori non hanno protetto il figlio o sono stati essi stessi fonte di pericolo (anche fisico). Mentre nelle situazioni più lievi si assiste ad una idealizzazione della famiglia con una negazione delle difficoltà, nei casi più gravi gli episodi di pericolo o di sofferenza sono in genere ben ricordati perché l'idealizzazione della famiglia e la negazione degli eventi traumatici non è possibile. Questi soggetti, però scusano i propri genitori e ne assumono il punto di vista negando i propri sentimenti e bisogni di attaccamento. Tali situazioni sono frequentemente associate ad alti livelli di sofferenza psicologica

e spesso sono accompagnate da forme di compulsione quali l'accudimento compulsivo (inversione dei ruoli con i genitori), l'acquiescenza compulsiva (eccessiva preoccupazione di soddisfare le esigenze dell'altro) e l'autosufficienza o isolamento compulsivi (particolarmente evidenti in persone che conducono una vita solitaria, nei vagabondi o in alcuni criminali).

In ogni caso, anche quando sono associati a storie di abusi e di sofferenze, questi stili di attaccamento non vanno ritenuti di per sé né sani, né patologici. Bisogna infatti considerare sempre il contesto familiare e sociale in cui si sono sviluppati e valutare quanto nella vita attuale si dimostrino efficaci nella protezione dai pericoli e nell'adattamento all'ambiente.

### **Una visione complessa**

In questa breve rassegna ho cercato di evidenziare il sottile filo conduttore che, da diversi punti di vista teorici e interpretativi, identifica nella mancanza di autenticità e nella distanza dal proprio mondo emotivo le ragioni di una fragilità psicosomatica che espone a problemi di vario ordine: psicologico, somatico, comportamentale, relazionale e sociale.

Le spiegazioni di tali condizioni non sono univoche, variando per lo più sulla base dei diversi paradigmi teorici utilizzati e fornendo una complessità di chiavi interpretative che mettono in luce sia aspetti di natura individuale (pulsioni, difese psicologiche, conflitti emotivi inconsci, comunicazione tra corteccia e sistema limbico, sistemi di memoria, strategie d'attaccamento) che altri legati al mondo esterno (le capacità materne, la funzione di sostegno dell'ambiente, il ruolo delle figure d'attaccamento nella protezione dai pericoli, le relazioni familiari). Che significato possiamo dare a tutto questo?

Bisogna considerare che oggi in psicosomatica, così come in altre scienze come la biologia, la medicina e la psicologia e la sociologia ci si riferisce sempre di più all'essere umano come a un organismo "complesso" (Trombini e Baldoni 1999). L'adozione di un modello teorico, infatti, influenza inevitabilmente ciò che uno scienziato sceglie di studiare, il suo modo di procedere, le sue motivazioni e il suo giudizio. Chi utilizza paradigmi differenti tende a vedere cose diverse, per cui quello che per alcuni sembra intuitivamente ovvio, per altri non può neanche essere dimostrato. I paradigmi scientifici, invece, non hanno la pretesa di cogliere la "verità" e di descrivere una realtà obiettiva e univoca, in quanto, come ha scritto Thomas Kuhn (1962), "ottengono riconoscimento sulla base della loro capacità di risolvere problemi e lo perdono quando i paradossi si moltiplicano". Le spiegazioni che diamo del mondo e di conseguenza le nostre scelte, dipendono quindi dal punto

di vista che adottiamo e non sono mai assolute, ma più o meno adeguate e funzionali secondo le situazioni e i periodi storici.

In una concezione scientifica complessa la psicosomatica moderna si propone, infatti, più come un *metaparadigma* che come un vero e proprio paradigma scientifico (Baltoni 2001), nel senso che utilizza una *rete di teorie* integrando approcci diversi e tollerandone le eventuali carenze, le contraddizioni e le differenze. Questo implica la capacità di utilizzare un proprio punto di vista consapevoli di avere alternative. Assumere una posizione complessa vuol dire, quindi, assumere un atteggiamento più umile verso il proprio sapere e considerare la propria posizione teorica come non assoluta.

Per affrontare adeguatamente i problemi umani, infatti, è necessario l'apporto di varie discipline che considerino non solo gli aspetti di natura biologica, ma anche quelli psicologici, relazionali, sociali e ambientali in senso lato. Questo sforzo di comprensione scientifica deve però avvenire all'interno di un rapporto umano nel quale non si perdano di vista gli aspetti unici e originali che contraddistinguono le persone (pazienti, medici, psicologi, ricercatori) e le situazioni.

In questa prospettiva complessa la mancanza di autenticità non deve essere considerata solo un problema. Dalla maggior parte degli studi, infatti, è stato evidenziato un aspetto difensivo "sano", che può risultare utile in determinate condizioni perché protegge dalla sofferenza favorendo la sopravvivenza e l'adattamento. Come ho detto, inoltre, non può esistere una condizione umana di autenticità assoluta e la padronanza completa del proprio mondo emotivo credo sia un'utopia. Abbiamo tutti bisogno di essere un po' falsi per sopravvivere alle richieste sociali e mantenere un buon rapporto con gli altri. Nonostante non debba essere troppo idealizzata, la ricerca della propria autenticità va comunque considerata un valore e le fatiche che essa comporta un buon investimento per il mantenimento di un relativo stato di salute e per il raggiungimento di una condizione esistenziale creativa e appagante.

## **Bibliografia**

1. Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. e Wall, S. (1978): *Patterns of attachment: a psychological study of the Strange Situation*, Erlbaum, Hillsdale (NJ).
2. Alexander F. (1950): *Medicina psicosomatica*, Marzocco, Firenze, 1951.
3. Baltoni F. (2001): *Il concetto di individualità in psicosomatica: l'essere umano tra semplicità e complessità*. In Galli G. (a cura di): *Interpretazione e individualità*. IEPI, Pisa-Roma, pp. 97-106.

4. Baldoni F. (2002): *Il problema del burn-out tra vero e falso Sé*. In Galli G. (a cura di) *Interpretazione e cura: curare e guarire*. IEPI, Pisa-Roma (in corso di stampa).
5. Bowlby J. (1969-1980): *Attaccamento e perdita* (Voll.1-3). Boringhieri, Torino, 1972-1983.
6. Bowlby J. (1951) *Cure materne e igiene mentale del fanciullo*. Giunti- Barbera, Firenze, 1957.
7. Bowlby J. (1990): *Charles Darwin: a new biography*. Hutchinson, Londra.
8. Burber M. (1923): *Il principio dialogico*. Comunità, Milano, 1959.
9. Crittenden P.M. (1999): *Attaccamento in età adulta*. Raffaello Cortina, Milano.
10. Deutsch H. (1934): *Über eines typus der pseudoaffectivität*. Intern. Zeit. Für Psychoan., 20, 323-335.
11. Freud S. (1910): *Il caso clinico del presidente Schreber*. In Opere, Vol. VI, Boringhieri, Torino, 1970.
12. George C., Kaplan N. e Main M. (1986): *Adult Attachment Interview*. Manoscritto non pubblicato, Department of Psychology, University of California, Berkeley (CA).
13. Holmes J. (1993): *La teoria dell'attaccamento*. Raffaello Cortina, Milano, 1994.
14. Jackson D.D. e Jalom J. (1966): *Family research on the problem of ulcerative colitis*. In Archives of General Psychiatry, 15, pp. 410-418; trad. it. in P. Watzlawick e J. Weakland (a cura di) *La prospettiva relazionale*, Astrolabio, Roma, 1978.
15. Khan M.M.R. (1974): *Lo spazio privato del Sé*. Boringhieri, Torino, 1979.
16. Kuhn T. (1962): *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Einaudi, Torino 1970.
17. Marty, P., De M'uzan, M. e David, C. (1963): *L'investigation psychosomatique*. Presses Universitaires de France, Paris; trad. it. *L'indagine psicosomatica*, Boringhieri, Torino, 1971.
18. Kierkegaard S. (1843): *Aut-aut*. Mondadori, Milano 1969.
19. Minuchin, S. (1974): *Famiglie e terapia della famiglia*, Astrolabio, Roma 1976.
20. Morris T. (1980): *A "Type C" for cancer? Low trait anxiety in the pathogenesis of breast cancer*. Cancer, Detection and Prevention, 3, (abs. 102).
21. Nemiah, J.C. e Sifneos, P.E. (1970): *Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders*, in O.W. Hill (a cura di) *Modern trends in psychosomatic medicine*, vol. 2, London, Butterworths, pp. 26-34.
22. Reich W. (1933): *Analisi del carattere*. Sugarco, Milano, 1973.
23. Ruesch, J. (1948): *The infantile personality*. Psychosomatic Medicine, 10, pp. 134-144.
24. Stella S. (1992): *Il vero e il falso Sé: un'eseemplificazione clinica*. In: *Introduzione alla Psicologia Dinamica*. Centro Scientifico Editore, Torino.
25. Temoshok, L. e Heller, B.W. (1983) *Introducing the "Type C" constellation into psychological oncology: theory, measurement, and evidence for validity*, Washington, American Psychological Association.
26. Trombini G., Baldoni F. (1999): *Psicosomatica. L'equilibrio tra mente e corpo*. Il Mulino, Bologna.
27. Trombini G., Baldoni F. (2001): *Disturbi psicosomatici*. Il Mulino, Bologna.
28. Vaihinger H. (1967): *La psicologia del "come se"*. Astrolabio, Roma.
29. Winnicott C. (1977): *Donald Winnicott come persona*. In: A.A.V.V.: *Il pensiero di D.W. Winnicott*. Armando, Roma, 1982, pp.95-108.
30. Winnicott D.W. (1949): *L'intelletto ed il suo rapporto con lo psiche-soma*. In: *Dalla pediatria alla psicoanalisi* (1958). Martinelli, Firenze, 1975, pp. 291-304.
31. Winnicott D.W. (1959): *Classificazione: esiste un contributo psicoanalitico alla classificazione psichiatrica?* In *Sviluppo affettivo e ambiente* (1965). Armando, Roma, 1970, pp.157-176.
32. Winnicott D.W. (1960): *La distorsione dell'io in rapporto al vero e al falso Sé*. In *Sviluppo affettivo e ambiente* (1965). Armando, Roma, 1970, pp. 177-193.
33. Winnicott D.W. (1977): *Il concetto di individuo sano*. In: A.A.V.V.: *Il pensiero di D.W. Winnicott*. Armando, Roma, 1982, pp.77-94.

Franco Baldoni

è docente di Psicologia Dinamica presso la Facoltà di Psicologia dell'Università di Bologna

franco.baldoni@unibo.it