



UNIVERSITÀ DELLA
VALLE D'AOSTA
UNIVERSITÉ DE LA
VALLÉE D'AOSTE

DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI
CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE

ANNO ACCADEMICO 2022/2023

Tesi di Laurea Triennale
UN'UNITÀ MENTE E CORPO: IL COSTRUTTO DELL'ALESSITIMIA

DOCENTE RELATRICE:

Prof.ssa Barbara Sini

LAUREANDA: Asia Moscato
MATRICOLA N.: 19 D03 118

INDICE

INTRODUZIONE.....	3
-------------------	---

CAPITOLO UNO

LE EMOZIONI: UN LEGAME INDISSOLUBILE TRA MENTE E CORPO

1.1 Un breve accenno alla storia di “psiche”

1.1.1 Studiare le emozioni.....	9
1.1.2 Etimologicamente parlando: gli esordi filosofici.....	10

1.2 Neuropsicologia e Neuroscienze contemporanee

1.2.1 La teoria somatica delle emozioni di William James.....	13
1.2.2 La teoria dei marcatori somatici di Antonio Damasio.....	15

CAPITOLO DUE

L’ALESSITIMIA: UN COSTRUTTO TRANSNOSOGRAFICO

2.1 Il costrutto dell’Alessitimia: caratteristiche e misure

2.1.1 È possibile parlare di “disturbi psicosomatici”?.....	17
2.1.1 La nascita del costrutto dell’alessitimia.....	20
2.1.2 L’alessitimia oggi e le sue caratteristiche principali.....	22
2.1.3 Alessitimia, emozione e capacità di simbolizzazione.....	23
2.1.4 L’eziologia del deficit alessitimico.....	25
2.1.5 Le misure dell’alessitimia.....	26

2.2 Una nuova prospettiva del costrutto: “il deficit dei sentimenti”

2.2.1 L’alessitimia come disturbo della regolazione affettiva.....	29
2.2.2 Gli apporti scientifici attuali sulla disregolazione emotiva.....	30

CAPITOLO TRE

UNIONE MENTE E CORPO: L’UOMO PSICOLOGICO DEL XXI SECOLO

3.1 Le emozioni nell’ <i>embodied cognition</i> e gli studi sull’enterocezione.....	34
---	----

3.2 Prospettive attuali: il Modello del Codice Multiplo.....	37
--	----

CONCLUSIONI.....	42
------------------	----

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI.....	44
--------------------------------	----

RINGRAZIAMENTI.....	51
---------------------	----

INTRODUZIONE

Una delle sfide che interessa le ricerche delle neuroscienze contemporanee e della psicologia è la comprensione del processo emozionale in tutti i suoi aspetti, da quelli biologici a quelli psicologici, cercando innanzitutto di stabilire una definizione univoca e accettata di cosa sia e che cosa comporti un'emozione.

Il concetto di emozione, e il processo annesso, è altamente e implicitamente condizionato dalla visione generale dell'individuo e del suo funzionamento mentale e fisiologico.

La psiche può essere considerata un costrutto concettuale che ha percorso, nel corso dei secoli, un lungo viaggio in cui, inizialmente, ha assunto, nell'antica Grecia, il significato di "la vita del corpo", ovvero la struttura principale del corpo che genera vita, per poi conferirle un significato puramente mentale prima e prettamente biologico dopo, in particolare ai giorni nostri, in cui i ricercatori che si occupano della mente si pongono l'obiettivo di uniformare l'approccio psicologico alle scienze naturali. Questo può consentire di seguire un metodo e delle basi teoriche che siano scientificamente valide, attendibili e generalizzabili ma può anche implicare il rischio di non sapere dove collocare gli aspetti soggettivi che sono propri dell'esperienza emotiva (Galati, 2020).

Questo cambiamento epistemologico, infatti, finisce con il ridurre i processi mentali a delle semplici valutazioni cognitive che si svolgono tutte a livello neurale e, questo, trasforma la psiche in una "mente computazionale" che lavora secondo dei nessi logici ed è priva di soggettività.

La visione meccanicistica dell'uomo, però, non è in grado di fornire un quadro completo dell'uomo psicologico, il quale è composto anche da emozioni, soggettività ed elementi nascosti alla coscienza.

Le ricerche nel campo delle neuroscienze apportano risultati che verificano la relazione tra dimensione psichica e i processi neurofisiologici che ne sono alla base, limitandosi però alla semplice conferma e analisi di aree cerebrali addette al processamento delle emozioni, ovvero la parte più soggettiva e qualitativa di un individuo (Galati, 2020).

Grazie al contributo di James, con la sua teoria somatica delle emozioni, e in seguito alle ricerche empiriche di Damasio, la psiche e i suoi aspetti più soggettivi riacquisiscono un posto all'interno della mente, ma soprattutto viene riavvicinata e strettamente collegata al corpo e finalmente l'individuo viene considerato nella sua totalità.

Nonostante non si sia raggiunta una definizione univoca, le scienze contemporanee sono oggi d'accordo nell' identificare, nelle emozioni, una componente sia somatica che psichica, definendo, così, l'elemento somatopsichico e psicosomatico per eccellenza (Epifanio et al., 2014).

Identificare, classificare e tradurre un'esperienza emotiva permette all'individuo di autoregolare i propri stati interni e agire secondo uno schema motivazionale costruito sulla base delle sue esperienze evolutive. Quando questi processi non si verificano, si può dire che siamo di fronte a un funzionamento psicologico che prende il nome di "Alessitimia".

L'alessitimia, che letteralmente significa "mancanza di parole per le emozioni", è un concetto che è stato inizialmente teorizzato per indicare la situazione clinica di quei pazienti che soffrivano di disturbi "psicosomatici" a causa di una difficoltà nell'identificare ed esprimere le loro emozioni e il loro disagio.

Ricondurre i sintomi psicosomatici all'idea che essi scaturissero in assenza di "traduzione in parole delle emozioni" era abbastanza diffusa nell'uso comune e, soprattutto, riprendeva vecchie concezioni, secondo le quali, tutti quei sintomi fisiologici che non avevano una cura venivano teorizzati come dei conflitti intrapsichici irrisolti, ovvero dei disturbi psicosomatici. Alla base di questa concezione c'era, infatti, l'idea che la consapevolezza e la condivisione di un'emozione avvenga grazie al linguaggio, che rende espliciti i contenuti della mente, quindi è attraverso la traduzione in parole di un'esperienza emotiva che è possibile attivare su di essa una riflessione e avere una consapevolezza più chiara dell'esperienza emotiva. Se questo non avviene, l'emozione rimane "intrappolata" a livello corporeo senza una rappresentazione mentale, e si manifesta così attraverso dei sintomi somatici.

Oggi, però, risulta impossibile concepire l'individuo come un sistema nel quale un elemento agisce a senso unico su un altro, piuttosto si identifica come un sistema aperto che può essere influenzato da situazioni intrapsichiche, relazionali, sociali.

Così il termine "psicosomatica", per il significato che esso assume e per l'uso che se ne fa in ambito clinico, diventa fondamentale nella misura in cui si fa il tentativo di inquadrare ogni sintomo di una persona collocandolo correttamente nell'ambito del suo contesto di vita.

Con il crescere delle ricerche empiriche sull'alessitimia, costruito definito da Nemiah e Sifneos nel 1970, oggi si è concordi nell'intendere tale quadro di funzionamento psicologico

come una dimensione di personalità caratterizzata da un deficit cognitivo relativo al processo emozionale. Tale deficit viene ricondotto ad uno scompenso durante la creazione e lo sviluppo della relazione primaria con il caregiver, in questa chiave l'alessitimia può essere considerata come un fattore di rischio non solo per le patologie somatiche, ma anche mentali.

L'alessitimia può, quindi, essere un ottimo esempio di quanto sia importante per tutti gli individui riuscire a tradurre e interpretare le emozioni e i cambiamenti fisiologici legati ad esse, affinché sia possibile regolare in maniera organizzata e funzionale la propria vita emotiva. Essa aiuta, soprattutto, a cogliere quanto sia fondamentale una corretta collaborazione e comunicazione tra mente e corpo e di come le emozioni siano un elemento utile a cogliere l'unicità del sistema dell'organismo.

Nel campo della medicina contemporanea, ancora oggi domina il modello biomedico che coglie gli aspetti più biologici e fisiologici, mettendo in secondo piano sia l'aspetto relazionale sia psicologico che definiscono l'individuo.

Recentemente, però, nel campo della scienza cognitiva, si sta imponendo un nuovo modo di intendere la visione generale dell'individuo che coglie sempre più gli aspetti soggettivi e relazionali considerandoli parti integranti della vita psichica della persona, ovvero l'*embodied cognition*. Essa si sviluppa e viene approfondita nel recente campo della *4E Cognitive Science*, la quale è definita da quattro caratteristiche fondamentali che aiutano a vedere l'emozione come elemento sia psichico sia somatico sia, infine, relazionale.

Questa nuova scienza ha contribuito, inoltre, a sviluppare il concetto di enterocezione, ovvero la capacità di interpretare i propri stati somatici interni, permettendo una maggiore comprensione dell'aspetto corporeo dell'esperienza emozionale e aprendo la possibilità di integrare questi nuovi concetti al fine di avere una maggiore comprensione del deficit alessitimico.

Come anticipato all'inizio, la modalità di concepire e descrivere le emozioni e i loro aspetti soggettivi è implicitamente condizionata dalla visione generale dell'individuo, pertanto è necessario partire da una visione teorica che concettualizzi l'uomo psicologico come un'entità complessa determinata da una collaborazione tra gli elementi più fisiologici, non simbolici, e gli aspetti più cognitivi e esperienziali, simbolici, che insieme determinano il corretto funzionamento e equilibrio dell'organismo.

Tra le sistemazioni teoriche più convincenti, sull'unità mente-corpo, possiamo ritenere estremamente interessante la teoria del Codice Multiplo di Wilma Bucci (1997) che è riuscita a valorizzare questa relazione ipotizzando l'organismo come un insieme di sistemi diversi, ma interconnessi, giungendo a definire la psiche come "mente incarnata" (Amore, 2021).

Dunque, nella sua descrizione del funzionamento mentale e corporeo individuale, la ricercatrice afferma l'esistenza di una relazione tra il sistema verbale e due diversi sistemi non verbali dell'organismo, i quali si collegano attraverso delle connessioni referenziali che permettono loro di comunicare anche se caratterizzati da un linguaggio e modalità differenti.

Il presente lavoro intende esplorare il concetto di Alessitimia alla luce delle più accreditate teorie sull'unità mente-corpo, al fine di mettere in luce la relazione tra espressione delle emozioni e manifestazioni e sintomi legati alle patologie psicosomatiche.

Il presente elaborato è strutturato in tre capitoli:

L'obiettivo del primo capitolo è comprendere, attraverso un'analisi storica, come la psiche riesce a ritrovare il suo originario significato a patto che sia strettamente collegata al corpo.

Verrà quindi esposta una breve analisi etimologica del significato della parola "psiche" per evidenziare come, soprattutto le parole, possano celare significati impliciti che condizionano il modo di pensare.

In seguito, verranno presentate la teoria funzionalista di James, ovvero il primo contributo scientifico che evidenzia la connessione delle emozioni al corpo, e la teoria dei marcatori somatici di Damasio, la cui prospettiva, confermando scientificamente le linee indicate dal suo predecessore, è definita neo-jamesiana.

La teoria di Damasio è stata tra le prime a "*incarnare la mente nel corpo*", ovvero a restituire lo spazio alla psiche, agli elementi soggettivi e qualitativi della vita emotiva, all'interno della mente e assegnare la giusta importanza alla relazione che intercorre tra di essi. A partire da tale visione sulla relazione tra corpo e mente, dunque, non è più solo lo studio del cervello o di una "mente computazionale" quella che può rendere ragione del complesso mondo psichico dell'individuo, bensì l'idea di una "mente incarnata" che trova la sua origine negli aspetti somatici e motori dell'individuo a partire dalle componenti genetiche e ambientali che insieme cooperano nella costruzione dei processi di adattamento dell'individuo al suo contesto fisico e sociale.

Il secondo capitolo analizza la storia e i progressi scientifici relativi al costrutto dell'alessitimia, al fine di comprendere come “la mancanza di parole per le emozioni” possa costituire un deficit appartenente alla sfera della disregolazione emotiva e un fattore di rischio per un insieme di patologie sia somatiche che psichiche.

Inizialmente verrà trattato il concetto di “disturbo psicosomatico”, in particolare la sua evoluzione storica, al fine di evidenziare come oggi sia riduttivo e penalizzante affermare che “una persona si possa “far venire”, anche se inconsapevolmente, una malattia” (Solano, 2013, p. 27). Gli studi relativi alla psicosomatica hanno però contribuito alla formulazione di un nuovo e più elaborato concetto: l'alessitimia.

Per comprendere a pieno l'idea fondante del costrutto e le sue evoluzioni nel campo scientifico e psicologico, verrà descritta la prima concettualizzazione dell'alessitimia effettuata da Nemiah e Sifneos (1970), per poi analizzare le ultime teorie proposte da Taylor e Bagby e gli attuali strumenti di misurazione che hanno permesso l'espansione delle ricerche.

Infine, verranno evidenziati i lavori recenti nelle neuroscienze contemporanee che seguono la linea di Taylor e collaboratori nell'identificare l'alessitimia come una dimensione di personalità che predispone ai disturbi della regolazione affettiva caratterizzata da un deficit nel processo cognitivo e regolativo delle emozioni. In particolare, verrà citato il contributo di Gross (2015) sul concetto di regolazione emotiva, il quale ha ispirato ricercatori in tutto il mondo, tra cui Preece e colleghi che, nel 2017, elaborano un modello basandosi sulle sue concettualizzazioni e contribuendo allo sviluppo degli studi sul deficit cognitivo alessitimico che caratterizza le emozioni.

Il terzo e ultimo capitolo, infine, si pone l'obiettivo di presentare un modello teorico in grado di descrivere la complessità dell'uomo psicologico partendo dalla concezione che l'individuo sia costituito da un corpo e una psiche che lavorano insieme e si influenzano a vicenda.

La prima parte si concentrerà a descrivere gli sviluppi della psiche nel campo della scienza cognitiva, in particolare nella *4E Cognitive Science*, nella quale acquisisce finalmente una posizione privilegiata rispetto alla mente “computazionale”. Gli aspetti più soggettivi e qualitativi infatti, come le emozioni, sono stati integrati nei processi psichici e la mente viene interpretata come un elemento “incarnato” nel proprio corpo, ma anche estesa all'ambiente esterno, situata in un contesto e posta in relazione circolare con la percezione e azione.

In particolare, verranno descritti i lavori relativi all'enterocezione, ovvero l'aspetto “incarnato” dell'emozione, per evidenziare come il deficit alessitimico possa presentare la

possibilità di comportare una compromissione della valutazione cognitiva delle sensazioni fisiologiche legate, non soltanto all'esperienza emozionale, ma anche agli stati fisici interni, come la fame o il sonno.

Nella seconda parte invece, verrà esposta la teoria del codice multiplo di Wilma Bucci (1997, 2002) che spiega come una mancata o disfunzionale connessione tra i tre sistemi che costituiscono l'individuo, possa portare a uno scompenso a livello fisico e relazionale.

Come verrà spiegato nell'ultimo capitolo, questo modello sembra essere in grado, più di altri, di spiegare il deficit che caratterizza l'alessitimia in quanto mette in luce un quadro di funzionamento emotivo che può essere utilizzato per interpretare e spiegare l'eziologia dell'alessitimia includendo aspetti relativi alla disregolazione affettiva. Con il contributo di Bucci, come verrà esplicitato nelle conclusioni si ritiene che il presente elaborato abbia raggiunto il proprio obiettivo vale a dire la possibilità di cogliere la complessità dell'uomo psicologico valorizzando la connessione che intercorre tra la psiche e il soma e contribuire a ridurre sempre più la distanza tra corpo e mente nella spiegazione dei fenomeni psicologici che caratterizzano l'agire e il sentire umano.

CAPITOLO 1

LE EMOZIONI: UN LEGAME INDISSOLUBILE TRA MENTE E CORPO

1.1.1 Studiare le emozioni

Il vocabolario Treccani online definisce la parola emozione come “una reazione complessa di cui entrano a far parte variazioni fisiologiche a partire da uno stato omeostatico di base ed esperienze soggettive variamente definibili (sentimenti), solitamente accompagnata da comportamenti mimici”.

Il dizionario afferma che un’emozione è costituita da una componente fisiologica e una componente fenomenologica, pertanto, non predilige una posizione teorica precisa, infatti, include nella definizione tanto i vissuti personali quanto gli aspetti fisiologici ed espressivi.

Pensare che il costrutto di “emozione” possa essere spiegato in termini di “genere naturale”, vale a dire attraverso una teoria univoca fondata su condizioni necessarie e sufficienti per definirne i contorni in modo univoco, sarebbe riduttivo.

Nelle scienze della mente il concetto di “emozione” è relativamente recente ed è caratteristico del mondo occidentale, dato che nel mondo orientale non c’è una reale distinzione tra mente e corpo e i termini per indicare l’esperienza emozionale sono differenti (Caruana, 2018; Solano, 2013). Gli studi effettuati al fine di indagare questi fenomeni sono numerosi ma anche differenti tra loro a seconda del paradigma scientifico di riferimento e delle esigenze storiche del momento.

Le diverse correnti psicologiche, per spiegare un fenomeno quale quello di emozione, considerano e associano diversa importanza alle varie categorie di un oggetto psicologico: da una parte quelle fisiche, biologiche, dall’altra il vissuto soggettivo e la rappresentazione cosciente, gli aspetti comportamentali osservabili, o gli aspetti informativi e socio-ambientali, dove le emozioni sono considerate come un elemento motivazionale che ci spinge ad agire.

La scelta di considerare una variabile piuttosto che un’altra, sotto l’influenza di una determinata concezione ideologica dell’uomo psichico, può far pensare di poter ipotizzare delle generalizzazioni, quindi delle ipotesi assolute e onnicomprensive, per spiegare la complessità della vita psichica. Questo processo però sarebbe alquanto riduttivo perché come si evince, ogni teoria ha una visione dell’uomo psichico diversa e implicita che condiziona il modo di concepire la mente e il suo funzionamento.

Ecco perché, per tracciare una mappa delle emozioni, sarebbe più corretto disegnare “un arcipelago dai confini sfumati, comunicante e forse compenetrato con altri arcipelaghi come quelli della morale e del ragionamento; e che è possibile che il numero di isole sia indecidibile, perché muta al variare delle maree; e che ciascuna isola possa richiedere cartine e strumenti di navigazione differenti.” (Caruana et al., 2018, p. 22).

Le diverse correnti psicologiche che caratterizzano lo studio delle emozioni, e che si differenziano principalmente per la concezione generale dell'uomo, possono confluire ed essere identificate in due macro aree di pensiero: le teorie costruzioniste, le quali sostengono che i fenomeni emozionali siano frutto dell'interazione con l'ambiente sociale e che quindi varino da cultura a cultura, e le teorie universaliste che, al contrario, definiscono le emozioni come dei sistemi biologici iscritti nel nostro DNA che si sono sviluppati al fine di assicurare la sopravvivenza dell'individuo.

1.1.2 Etimologicamente parlando: gli esordi filosofici

La psicologia, e più recentemente le neuroscienze, studiano le dinamiche dell'esperienza psicologica, le quali in passato sono state oggetto di indagine della filosofia.

Il termine “psicologia” significa “studio della psiche” e, nonostante sia composto da due termini greci (psyché e loghía), non appartiene al mondo greco antico, ma è caratteristico dell'epoca moderna.

L'origine etimologica del termine “psiche” è interessante perché assume un significato diverso con il passare delle epoche storiche.

Gli antichi Greci concepivano l'individuo secondo una visione non dualista, ovvero l'anima (oggi intesa come “mente”) e il corpo erano considerati in stretta relazione tra loro, al punto da concepire una psiche “somatica”, “considerandola come la struttura d'ordine del corpo che genera la vita stessa della quale il respiro è segno” (Galati, 2020, p. 6)

È nell'epoca greca classica, con Platone e successivamente Aristotele, che l'anima acquisisce concettualmente un carattere spirituale, diventando immortale e distinguendosi sempre più dal corpo mortale. Le passioni (oggi diremmo “emozioni”), inoltre, vengono concepite come impulsi primitivi legati al corpo, in contrapposizione con la parte più razionale, ovvero la nostra anima.

Cartesio (1596-1650), uno dei più importanti filosofi dell'età moderna, incorona questa visione dualista ipotizzando un profondo divario tra il corpo e la mente e della relazione tra emozione e ragione. Secondo la filosofia cartesiana il mondo può essere diviso in *res estensa* (cosa estesa) e *res cogitans* (cosa pensante), ovvero rispettivamente, l'insieme di tutti gli oggetti materiali caratterizzati da estensione e movimento, che seguono la logica meccanicistica della natura, e l'insieme di tutti gli elementi che sono privi di estensione e divisibilità e spiegabili solo attraverso altri enunciati. Secondo le leggi naturali della fisica moderna è dunque necessario dividere e studiare con modalità e leggi differenti la sua *res estensa*, quindi il corpo materiale seguendo le leggi deterministiche e di causalità, e la sua *res cogitans*, ovvero la sua anima, che si allinea alle concezioni spirituali. Anche le passioni appartengono alla sfera della *res estensa*, sono quindi fenomeni del mondo fisico che si contrappongono alla ragione e hanno un'influenza sull'anima.

Solamente nel Cinquecento, a seguito della riforma Protestante in Occidente, si inizia a sentire il bisogno di filtrare e scartare ogni possibile significato spirituale e metafisico quando si fa riferimento ai processi mentali. Viene così introdotta la parola "psiche", derivante dal greco e che significa "anima", ma spogliata dei suoi significati spirituali, che si diffonde nel corso dei secoli fino a diventare di uso comune nel mondo occidentale. Una "psiche" che, però, perde il suo antico significato etimologico di profonda unione con il soma, per approdare a una visione dualistica dell'uomo della recente filosofia cartesiana (Galati, 2020).

1.2 Neuropsicologia e Neuroscienze

La diffusione della filosofia cartesiana e l'imposizione di una scienza positivista nei primi anni del secolo scorso hanno condizionato le ricerche inducendole a basare le proprie indagini scientifiche su oggetti che devono essere osservabili e misurabili (oggettivi) su metodi che devono essere replicabili e attendibili. .

Le emozioni, quindi, da semplici comportamenti osservabili, secondo quanto affermato fino agli anni Quaranta del XX secolo, cominciano ad essere definite come "stati interni della mente" dai cognitivisti, seppure l'esperienza soggettiva e qualitativa dell'individuo continui a rimanere nell'ombra.

Con il Cognitivismo e la Scienza Cognitiva, la psiche e i processi mentali riacquisiscono uno spazio nella mente, ma le esperienze emotive e motivazionali dell'individuo perdono del tutto il loro aspetto qualitativo e soggettivo, per essere trasformate in semplici processi mentali di tipo cognitivo e funzionale.

Secondo le teorie cognitive, le emozioni sono considerate come una mera valutazione cognitiva degli stimoli e delle informazioni provenienti dall'ambiente e tutta la parte emotiva e soggettiva viene valutata come un semplice output secondario, irrilevante nel processo cognitivo di valutazione emotiva.

Neisser stesso critica il concetto di mente computazionale e il modello alla base della psicologia cognitivista da lui elaborato nell'opera "*Cognitive Psychology*" del 1967, sottolineando come una spiegazione meccanicistica dell'uomo psicologico risulta riduzionistica e poco esaustiva nel cercare di spiegare la complessità della vita psichica dell'individuo. La "macchina pensante" del modello cognitivo si vede così a favore di una netta divisione tra mente e corpo, nella quale l'individuo è ridotto a un semplice meccanismo fisio-biologico che risponde coscientemente attraverso nessi logici alle informazioni provenienti dall'ambiente esterno e la psiche, e i suoi elementi più soggettivi, sono visti esclusivamente come un processo di valutazione cognitiva.

Solo negli ultimi decenni, con i recenti contributi delle Neuroscienze, la psiche e i suoi processi mentali riacquisiscono il loro spazio all'interno della mente, quindi la coscienza e tutti i suoi aspetti più soggettivi non vengono più scartati perché considerati come elementi non essenziali alla spiegazione psicologica. Le diverse ricerche neuropsicologiche evidenziano attraverso le nuove tecnologie, come per esempio la Risonanza Magnetica Funzionale (fMRI), quali sono le aree cerebrali e l'attività neurofisiologica dei processi che rendono possibili esperienze e attività che rimangono nascoste alla coscienza.

Nonostante questi contributi, ancora oggi, non si spiega in che modo si passi dalla semplice elaborazione dell'informazione delle varie emozioni a una vera e propria valutazione soggettiva dell'esperienza, quindi è possibile conoscere solo quali sono le aree cerebrali finalizzate all'elaborazione di una situazione, ma non come una certa esperienza emotiva si generi da una determinata attivazione per divenire un elemento cosciente della vita qualitativa dell'individuo.

Il problema che, però, accumuna tutte le teorie della scienza contemporanea risiede soprattutto nella poca attenzione rivolta all'individuo nel suo insieme. Grazie alle Neuroscienze, la psiche ha ritrovato il suo spazio, collocandosi nel cervello sotto forma di

processi e aree cerebrali, ma resta ancora esclusa dal corpo, nel quale era stata originariamente concepita.

In questa “disincarnazione” della mente, Antonio Damasio vede un ritorno alla filosofia dualistica cartesiana, e nella sua celebre opera “L’errore di Cartesio” (1994), sottolinea come in realtà sia necessario studiare l’individuo come un *unicum*, ovvero come una mente, un cervello e un corpo facenti tutti parte dello stesso sistema.

Il neuroscienziato sviluppa la sua teoria ispirandosi ai lavori e alle ricerche elaborate da James nella sua teoria somatica delle emozioni, la quale rappresenta il primo contributo scientifico a incorporare gli aspetti somatici alle emozioni, superando già allora il dualismo cartesiano.

1.2.1 La teoria somatica delle emozioni di William James

Seguendo le premesse di Darwin e i suoi studi relativi alle emozioni esplicitati nell’opera “L’Espressione delle emozioni nell’uomo e negli animali” (1872), tra la fine dell’Ottocento e l’inizio del Novecento, si diffonde negli Stati Uniti una nuova corrente psicologica: il funzionalismo.

Il primo e maggior esponente teorico è William James (1842-1910) che elabora, nella sua opera “*Principles of Psychology*” (1890), un nuovo modo di analizzare le facoltà psicologiche, mettendosi in una posizione opposta al riduzionismo positivista e contraria ad ogni tipo di concezione puramente fisiologica.

Lo scienziato afferma infatti che “i fenomeni mentali sono determinati da processi somatici: non solo, ma a loro volta essi stessi ne determinano” (James, op. cit., p. 4). In altre parole, i processi psichici non sono fenomeni spirituali facenti parte della sfera dell’anima, bensì sono generati dall’attività cerebrale della mente, in particolare sono la parte attiva del sistema nervoso centrale (S.N.C.), e hanno l’importante compito di assistere e lavorare in funzione dell’organismo al fine di garantire un buon adattamento sociale e naturale dell’individuo.

La sua posizione teorica “garantisce sia l’interdipendenza di psichico e somatico sia la loro relativa autonomia”, sottolinea quindi l’importanza di un sano rapporto corpo-mente al fine di eseguire una corretta ed esaustiva valutazione del funzionamento mentale.

Questo significativo rapporto viene ancor più evidenziato nella teoria delle emozioni di James dal titolo “*What is an Emotion?*” pubblicata su “*Mind*” nel 1884, la cosiddetta “teoria somatica delle emozioni”.

Le emozioni umane sono innanzitutto delle sensazioni che coinvolgono due sfere: quella somatica, perché comprendono delle modificazioni fisiologiche, e quella psichica sotto forma di sentimento soggettivo (come la gioia, la paura, la rabbia). È essenziale che avvenga una percezione cosciente delle modificazioni corporee affinché si possa considerare emozione e non riflessi automatici, perché è attraverso essa che l'azione assume il carattere finalizzato all'”adattamento delle relazioni interne a quelle esterne” (James, op. cit., p.5).

La novità introdotta nella sua ipotesi è il “ribaltamento della relazione” tra espressione ed esperienza emozionale e nel ribaltamento della struttura sequenziale “prima l'emozione, e poi l'espressione” (Caruana et. al, 2018, p. 34). James ipotizza infatti che alla base dell'esperienza emotiva ci sia un meccanismo retroattivo che ha origine nei centri viscerali, motori e sensoriali dell'organismo, i quali vengono innescati da stimoli emotigeni e conducono l'individuo ad agire, e in seguito si manifesta uno stato emozionale, a livello del sistema nervoso centrale, in base alla sensazione provocata dalla percezione delle precedenti modificazioni fisiologiche.

La psicologia funzionalistica di James riscuote parecchie critiche e per questo nel corso del tempo la sua ipotesi iniziale viene abbandonata. Sono stati proprio gli studi sperimentali ispirati a questa teoria, in particolare quelli del fisiologo W. Cannon, che sollevano grandi obiezioni fino a considerarla una “teoria del feedback corporeo” (Caruana et al., 2018, p. 36,), ovvero non curante dell'emozione soggettiva dell'individuo.

Il fisiologo W. Cannon effettua diversi esperimenti sugli animali arrivando alla conclusione che, anche rimuovendo il collegamento tra gli organi interni (come visceri, fegato, polmoni) e il sistema nervoso centrale, le risposte emotive rimangono invariate. Su queste basi, ipotizza una teoria centralista, a differenza della teoria periferica di James, sostenendo che i centri di attivazione, di controllo e di regolazione delle emozioni sono situati nella regione talamica del cervello e non le regioni periferiche dell'organismo. Queste scoperte suggeriscono che è necessaria l'elaborazione a livello cognitivo per poter interpretare al meglio la risposta fisiologica.

La psicologia jamesiana costituisce dall'altra parte un punto di partenza per le ricerche neuroscientifiche future. In primo luogo, ha permesso di discostarsi dall'idea dell'esistenza di meccanismi evolutivi specifici dell'emozione, ma di concepire le categorie emozionali piuttosto come dei flussi continui di segnali corporei che, una volta raggiunti il cervello, vengono elaborati secondo il linguaggio e la cultura propria dell'individuo al fine di interpretare il segnale appena ricevuto. Sotto questa suggestione, la teoria jamesiana ha creato

un terreno fertile per le teorie costruzioniste dando loro modo di contrastare le teorie delle emozioni di base introducendo il ruolo importante del linguaggio e della cultura.

In secondo luogo, i neuroscienziati contemporanei hanno elaborato la teoria della cognizione incorporata (*embodied cognition*) basandosi sul fatto che l'esperienza cosciente emozionale è legata alla capacità di saper leggere i dati corporei mediante enterocezione.

1.2.2 L'ipotesi dei marcatori somatici di Antonio Damasio

Il neuroscienziato sviluppa la sua teoria neo-jamesiana sulle emozioni, ovvero la teoria dei marcatori somatici, nella quale viene valorizzato il ruolo del corpo nell'elaborazione dei fenomeni psicologici e, soprattutto, vengono introdotti gli aspetti soggettivi delle emozioni.

Secondo l'ipotesi di Damasio, l'evoluzione ha dotato l'individuo di un sistema rapido e automatico per prendere delle decisioni ed elaborare le informazioni e le emozioni provenienti da esso. Spesso non si ha il tempo di confrontare tutte le conoscenze per prendere una decisione e controllare così le possibili conseguenze, così il cervello utilizza una serie di connessioni corporee.

Le emozioni, infatti, vengono inizialmente percepite tramite delle rappresentazioni somatiche o viscerali, le quali successivamente vengono trasferite e interpretate, con l'aiuto della memoria di lavoro, nella corteccia prefrontale, dove vengono associate a forme più astratte di azioni e motivazioni, divenendo così dei marcatori somatici.

I marcatori somatici, quindi, sono degli stati di attivazione emozionale, come per esempio la sudorazione, il cambiamento del battito cardiaco o, ancora, l'espressione facciale, che si innescano ogni qualvolta l'individuo sperimenta una situazione mentale simile a quella che originariamente aveva indotto una reazione emotiva. Così facendo, "un organismo può essere efficientemente pre-allertato, predisposto all'azione, così da reagire più prontamente ed evitare conseguenze spiacevoli" (Damasio, 1994).

Secondo Damasio, i marcatori somatici sono importanti nel processo decisionale dell'individuo perché permettono di trarre delle conclusioni logiche e di individuare lo scenario mentale migliore prima ancora di aver effettuato delle valutazioni razionali. Essi, infatti, rappresentano una sorta di bagaglio di informazioni somatiche che, una volta che vengono elaborate mentalmente, si attivano per rendere noto al cervello quali siano le preferenze somatiche dell'individuo, consentendo così l'esclusione a priori di possibili scelte ancora prima di essere valutate coscientemente.

Non è chiaro se l'individuo sia cosciente del lavoro svolto dai marcatori, per il neuroscienziato sono solo i sentimenti a essere elaborati e pensati consciamente, i quali sono rappresentazioni esplicite di stati emotivi di natura psichica che danno forma agli aspetti soggettivi e qualitativi dell'esperienza emotiva. Il sentimento viene così concettualizzato come “quella forma di esperienza mentale che nasce dal dialogo cervello-corpo” (Galati, 2020, p.131).

CAPITOLO 2

L'ALESSITIMIA: UN COSTRUTTO TRANSNOSOGRAFICO

2.1 Il costrutto dell'alessitimia: caratteristiche e misure

2.1.1 È possibile parlare di “disturbi psicosomatici”?

La relazione tra mente e corpo assume nel corso del tempo diverse sfumature e significati, rimanendo ancora oggi elemento di discussione nella cultura occidentale. Il dualismo cartesiano ha ridotto sicuramente il rischio che la mente possa essere assoggettata a concetti metafisici, tuttavia, si rischia di ridurre i processi mentali a elementi esclusivamente corporei. Tale modalità di pensiero ha contribuito alla nascita della “psicosomatica”, un modello popolare particolarmente sostenuto e condiviso dagli psicoanalisti di ispirazione freudiana i quali, nel 1939, diedero vita alla rivista *Psychosomatic Medicine* e nel 1942 all'*American Psychosomatic Society (APS)* (Solano, 2013).

L'ipotesi iniziale è fondata sulla base che le emozioni e la personalità, ovvero la parte più intima e soggettiva, possono influenzare le funzioni corporee di un individuo al punto da creare delle patologie fisiche. L'impossibilità di poter identificare un paradigma che abbia delle basi scientifiche, secondo la definizione di Kuhn, che possa spiegare e verificare il meccanismo contemplato dal pensiero psicosomatico, costituisce subito un limite, fonte di una grande critica per il nuovo modello.

Per far fronte al problema scientifico, la medicina psicosomatica adotta come paradigma di riferimento quello del conflitto, basandosi sulle idee e teorie principali di stampo psicanalista classico, in particolare al modello teorico sulle nevrosi di Freud (Taylor et al., 1991).

Il paradigma del conflitto è stato un elemento d'ispirazione per i primi approcci scientifici alla medicina psicosomatica alla fine del diciannovesimo e all'inizio del ventesimo secolo, accumulati dall'idea che la maggior parte dei sintomi fisici senza riscontro medico (*Medical Unexplained Physical Symptoms, MUPS*) che coinvolgono le funzioni fisiologiche, quindi di natura corporea, sono in realtà l'effetto di conflitti intrapsichici. Questi conflitti generano un eccessivo e prolungato flusso di stati emozionali eccitatori che pervadono l'individuo al punto da riflettersi in effetti di natura patogena sul corpo e sfociare in seguito in patologie fisiologiche.

Una delle opere più innovative e influenti degli anni '50 del ventesimo secolo è il testo “*Psychosomatic Medicine*” di Franz Alexander (1891-1964), della scuola psicoanalitica di

Chicago. Alexander è il primo fisico e psicanalista che studia sistematicamente e in modo scientifico il rapporto tra la psiche e il soma e, con il suo trattato, inaugura la nascita della medicina psicosomatica classica.

È doveroso sottolineare che gli studiosi di psicosomatica classica si differenziano dal modello di conversione idealizzato da Freud, il quale vede i sintomi psicosomatici come il prodotto di rappresentazioni psichiche convertite. In particolare, Alexander, elaborando il concetto di specifico conflitto dinamico, afferma che il sintomo psicosomatico è il risultato secondario della repressione, ovvero si verifica nel momento in cui l'individuo sperimenta un'eccitazione cronica dei processi psichici associati di norma agli affetti, e che a causa della repressione degli affetti stessi, non possono essere scaricati nell'espressione emotiva palese (Nemiah, 1977).

Inizialmente parlare di psicosomatica, quindi, era relativamente semplice perché le patologie venivano spiegate basandosi sulla teoria lineare mono-esplicativa della psicoanalisi e suddivise in sette prototipi di malattie che non hanno origini sul piano biologico, note come le sette malattie psicosomatiche classiche, le cosiddette “*Holy Seven*” (Porcelli, 2018; Solano, 2013).

Sebbene si sia pensato a lungo che la terapia psicoanalitica classica fosse la principale modalità di trattamento per identificare e interpretare i conflitti intrapsichici, si è osservato come non sempre aiutasse a raggiungere i risultati sperati per tutti gli individui: alcuni ne traggono beneficio e i sintomi fisici si affievoliscono fino a scomparire, altri invece sembrano addirittura peggiorare la loro situazione clinica dal momento in cui si ritrovano ad affrontare conflitti ancora inconsci e senza gli strumenti e le risorse psichiche adatte (Taylor et al., 1991).

Gli scarsi e spesso fallimentari risultati dell'impostazione psicoanalitica ortodossa rappresentano uno dei fattori più evidenti che conducono al cambiamento di paradigma della medicina psicosomatica. Porcelli (2018) aggiunge inoltre che, nel corso del tempo, è cresciuta l'esigenza di effettuare studi longitudinali su ampie popolazioni, di approfondire le ricerche sulla diffusione di malattie croniche multiorgano nel dopoguerra in Occidente e nasce finalmente la possibilità di utilizzare tecniche statistiche di elaborazione controllata dei dati empirici più sofisticate, per esempio le tecniche di meta-analisi delle pubblicazioni presenti in letteratura.

Il problema principale a livello teorico delle prime concettualizzazioni di “disturbo psicosomatico” è l’ambiguità sia del termine linguistico sia del concetto di “psicosomatica”, essa sottintende una relazione causale a senso unico dalla psiche al soma e a dunque inquadrare il sintomo somatico esclusivamente come un disagio mentale espresso attraverso il corpo.

La diffusione delle correnti relazionali, come per esempio le teorie di Bion e Winnicott, affermano che il funzionamento mentale è maggiormente comprensibile se analizzato all’interno di una relazione, non in un sistema chiuso e isolato come l’individuo. L’attenzione del ricercatore si sposta dunque dagli effetti della mente sul corpo, agli effetti delle relazioni su elementi corporei e mentali, ovvero sullo stare al mondo dell’individuo.

Ricercatori e clinici sentono, quindi, la necessità di adottare un modello unitario di corpo e mente nel quale vengano considerate e analizzate tutte le dimensioni che costituiscono un individuo, da quella biologica, a quella psicologica, sociale e relazionale, e soprattutto che ridefinisca gli esordi del sintomo somatico, non più assoggettato a specifiche dimensioni di conflitto, bensì a dimensioni di deficit, ovvero a uno sviluppo insufficiente di funzioni mentali (Solano, 2013).

Il modello biopsicosociale di George Engel, annunciato in un articolo del 1977 pubblicato su *Science* e denominato “*The need for a new medical model: A challenge for biomedicine*” ha dato simbolicamente inizio a un nuovo modo di concepire la “psicosomatica”, ovvero secondo un modello multicausale in cui si dà la giusta importanza sia alla sfera biologica e psicologica dell’individuo, sia al mondo relazionale con cui è quotidianamente in contatto.

In seguito a queste considerazioni, definire oggi l’esistenza di un “disturbo psicosomatico” sarebbe svantaggioso: in primo luogo si corre il rischio di limitarsi a una definizione generica omettendo le differenze individuali e c’è il pericolo che non si riesca realmente a inquadrare la complessa organizzazione della vita di un individuo. Inoltre, sulla base di un modello multicausale nel quale le malattie sono “pluri-determinate e multifattoriali” (Porcelli, 2008), non è più possibile concepire che una sola causa scatenante possa originare una patologia.

Nella quinta versione del manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5) i disturbi psicosomatici sono identificati come “Disturbi da Sintomi Somatici e disturbi correlati” e comprende le seguenti diagnosi: disturbo da sintomi somatico (*Somatic Symptom*

Disorder, SSD), disturbo da ansia di malattia, disturbo di conversione, fattori psicologici che influiscono su altre condizioni mediche, disturbo fittizio, disturbi da sintomi somatici e disturbi correlati con altra specificazione e disturbi da sintomi somatici e disturbi correlati senza specificazione.

Lo psicologo clinico deve quindi riuscire a stabilire una corretta relazione tra i fattori psichici e biologici, non limitarsi quindi a cercare la causa psicologica in un problema psichico, e lavorare basandosi sull'idea che svariate e differenti condizioni psicosomatiche possono influenzare e variare da individuo a individuo.

È importante nella terapia che vengano valorizzati i processi psichici in grado di aiutare a ristabilire l'equilibrio interno di un individuo, ma soprattutto di considerare “un organismo, un corpo-mente che reagisce a un problema di relazione con il mondo prevalentemente con un aspetto “corpo” (non simbolico) quando l'aspetto “mente” (simbolico) non è in grado di farlo” (Solano, 2013, p. 27).

2.1.2 La nascita del costrutto dell'Alessitimia

Negli anni '70, Sifneos e Nemiah analizzarono e valutarono in modo sistematico le registrazioni di interviste effettuate a 20 pazienti (8 donne e 12 uomini), affetti da due o più disturbi psicosomatici classici (ulcera duodenale, artrite reumatoide, coliti ulcerose, asma, dermatite atopica), con l'obiettivo di indagare il loro stile cognitivo e il loro modo di comunicare, ovvero scoprire la natura dei loro contenuti mentali e le loro capacità affettive (Nemiah et al., 1970).

Le interviste esaminate rivelarono la presenza di una forte difficoltà di instaurare una relazione terapeutica emotivamente ricca e questo trasformava la terapia psicoanalitica in un'esperienza frustrante e allo stesso tempo fallimentare. Il paziente tendeva a minimizzare l'esperienza emotiva usando poche parole e omettendo dal racconto qualsiasi elemento di fantasia o di pensiero personale, e questo modo di operare rimaneva invariato durante l'arco della terapia, impedendo allo psichiatra di entrare in sintonia e creare una relazione emotivamente significativa: “*The entire relationship appears to be pale, colorless, lifeless, dull and without any of the human warmth and resonance that usually develop between two people over a period of time.*” (Nemiah et al., 1970, p. 156).

Nemiah e Sifneos ipotizzarono che questo modo di operare fosse dovuto da conclusioni affrettate e inconcludenti sui pazienti psicosomatici, perché non si approfondivano

sufficientemente gli aspetti legati alla natura e alle caratteristiche delle loro funzioni mentali. Gli psichiatri, infatti, tentavano di aiutare i pazienti ricorrendo all'uso della terapia psicodinamica che fonda la propria prassi terapeutica sulle fantasie e i sentimenti dei pazienti che, esclusi dalla coscienza per mano di forze intrapsichiche, devono essere riportate alla luce mediante il lavoro psicoanalitico.

Gli psicoanalisti francesi Marty e de M'Uzan (*L'investigation psychosomatique, 1963*), della scuola di Parigi, si erano già allontanati da tale teoria relativa al conflitto intrapsichico e della sua repressione, dopo aver studiato le situazioni cliniche e aver trattato pazienti che presentavano sintomi riconducibili a quelle che venivano allora considerate “malattie psicosomatiche classiche”. I ricercatori giunsero a tale consapevolezza perché notarono una diffusa e comune modalità di pensiero che caratterizzava questo tipo di funzionamento psicologico, ovvero un pensiero improntato alla visione utilitaristica e concreta delle relazioni e in generale della vita emozionale, caratterizzata da una vera e propria incapacità a produrre fantasie. Questo stile venne pertanto definito “*pensée opératoire*” (pensiero operatorio) ed era inteso come “un'attività cosciente senza rapporto organico con un funzionamento fantasmatico di livello considerevole” (Epifanio et al., 2014, p.194).

Il pensiero operatorio viene considerato come una modalità dell'Io di esprimere la propria difficoltà ad organizzare valide difese, quindi anziché elaborare e dare un significato alle proprie pulsioni, integra i traumi psichici attraverso il soma. Questa struttura viene considerata dagli psicoanalisti francesi la principale modalità di funzionamento psichico che caratterizza una specifica struttura di personalità, quella psicosomatica (Epifanio et al., 2014).

Basandosi su queste considerazioni e sul concetto di “pensiero operatorio”, i due analisti americani arrivano alla conclusione che 16 pazienti su 20 mostrano un disturbo specifico nelle funzioni affettive e cognitive. Nel dettaglio descrivono la presenza di una marcata difficoltà a identificare ed esprimere verbalmente i loro sentimenti e le loro esperienze emotive, una difficoltà a distinguere le modificazioni fisiologiche dai processi emotivi che attivano i sentimenti, uno stile cognitivo orientato verso l'esterno, ovvero la tendenza a focalizzare l'attenzione su azioni concrete, oggettive ed esterne alla propria vita interiore, e l'utilizzo di uno stile comunicativo anonimo determinato dalla scarsità di fantasie interne (Nemiah et al., 1970; Nemiah, 1976; Taylor, 2000).

Nel 1973, lo psicoterapeuta Peter Emanuel Sifneos conia il termine “alessitimia” per indicare l’insieme delle difficoltà cognitive e affettive comuni che caratterizzano i pazienti psicosomatici, una parola che deriva dal greco [*a* (no), *lexis* (parole), *thymos* (emozione)] e che letteralmente significa “mancanza di parole per le emozioni” (Sifneos, 1973).

Un concetto che nella medicina psicosomatica acquisisce subito grande interesse fino a diventare il tema principale dell’undicesima Conferenza Europea sulla ricerca psicosomatica tenuta a Heidelberg nel 1976, durante la quale l’alessitimia acquisisce ufficialmente nota come ipotetico costrutto multifattoriale che ha bisogno di essere operazionalizzato ed empiricamente validato (Taylor et al., 2021).

2.1.3 L’alessitimia oggi e le sue caratteristiche principali

Il costrutto dell’alessitimia, ormai ampiamente applicato in ambito medico e psicologico, ma ancora oggi controverso, soprattutto negli ultimi decenni, ha subito cambiamenti importanti dopo la prima concettualizzazione avvenuta più di quarant’anni fa, ma si sono mantenute nel tempo le caratteristiche fondamentali già identificate da Sifneos e collaboratori nella loro prima sistematizzazione teorica.

Ad oggi, l’alessitimia non è classificata come un disturbo mentale, infatti non è inserita nel DSM-5, ma si presenta come un costrutto dimensionale e transnosografico. Questo significa che non viene identificata come una categoria specifica di una patologia mentale e, nello specifico, non è più associata a malattie psicosomatiche, bensì è inteso come fattore di rischio aspecifico associato a uno spettro di condizioni cliniche appartenenti al concetto più ampio di disregolazione emotiva. Tale costrutto, dunque, viene inteso come dimensione di personalità che si distribuisce secondo una curva normale, all’interno della popolazione e, dunque, non costituisce più una categoria discreta (Epifanio et al., 2014, (1), Porcelli, 2008). Inoltre, grazie all’ideazione di strumenti psicometrici affidabili e validi, come la *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20), è stato possibile ottenere una valutazione empirica del costrutto e la raccolta di una moltitudine di nuovi apporti scientifici sull’argomento.

Oggi, sembra si sia giunti ad una convergenza su una definizione di Alessitimia in termini di “deficit dei sentimenti” con cui si intende una disfunzione psichica che intacca la capacità dell’individuo di mentalizzare gli stati emotivi e può rappresentare un fattore di rischio per diverse patologie mentali e somatiche che si possono presentare come conseguenza di tale deficit (Solano, 2013).

Numerose ricerche hanno riscontrato diversi fattori che definiscono gli individui alessitimici, ma sono quattro le caratteristiche su cui attualmente c'è un diffuso consenso:

- Una significativa difficoltà a identificare i sentimenti e saper distinguere tra le sensazioni corporee determinate dai processi emozionali e quelle derivanti dalle semplici modificazioni fisiologiche.
- Difficoltà a esprimere verbalmente i sentimenti e quindi saperli comunicare agli altri.
- Uno stile cognitivo orientato all'esterno, quindi una marcata difficoltà a cogliere gli aspetti affettivi di un'esperienza a causa di una scarsa introspezione e un'attenzione rivolta al semplice svolgersi degli eventi.
- La scarsità di processi immaginativi e di fantasia.

Queste caratteristiche riflettono quindi un deficit nell'elaborazione cognitiva ed esperienziale del processo di risposta emotiva e un deficit a livello della regolazione interpersonale dell'emozione (Solano, 2013).

In relazione a queste caratteristiche, se ne aggiungono altre secondarie non facenti parte del costrutto teorico dell'alessitimia, come per esempio la presenza di esplosioni di collera o di pianto senza capirne il motivo, l'espressione delle emozioni attraverso agiti, la persistenza di sintomi somatici, una ridotta capacità empatica, la presenza di animia in alcuni casi e una scarsità di sogni, che molto spesso rappresentano incubi arcaici o riflettono la realtà razionale. (Epifanio et al., 2014).

Possiamo, quindi, affermare che l'alessitimia sia un costrutto valido e solido nel tempo, su tale costrutto vengono condotti continuamente nuovi studi e si prospetta un ulteriore ampliamento delle indagini su popolazioni sia patologiche che non. Come aveva, infatti, annunciato Sifneos alla conferenza di Heiderlberg del 1976: "*Alexithymia is here to stay whether we like it or not and it is going to be with us for the rest of our lives* (p.369)" (Taylor et al., 2021).

2.1.4 Alessitimia, emozioni e la capacità di simbolizzazione

Per comprendere al meglio il nucleo del costrutto dell'alessitimia, è doveroso specificare come viene intesa l'emozione e la sua esperienza all'interno di questo modello esplicativo. Facendo riferimento alle definizioni originarie date da Sifneos e Nemiah e ai recenti studi delle neuroscienze contemporanee, si esegue una distinzione concettuale tra: emozioni

“corporee” (*emotions*), ovvero fenomeni biologici innati, e i sentimenti (*feelings*), fenomeni psicologici individuali.

Le prime si manifestano sotto forma di sensazioni sensoriali, viscerali, motorie, seguono schemi geneticamente programmati e funzionali alla sopravvivenza dell'individuo, e sono attivate da processi emozionali che provocano una percezione a livello fisiologico e motorio-esperienziale dell'individuo.

I sentimenti invece necessitano di un'elaborazione a livello cognitivo-esperienziale dell'esperienza emotiva, si tratta quindi di un'azione più complessa che permette all'individuo di comunicare verbalmente le proprie emozioni dopo aver valutato cognitivamente lo stimolo emotigeno e ad aver elaborato una propria interpretazione personale. Essi prevedono quindi un'elaborazione sia a livello corporeo sia a livello mentale dello stato emotivo, ovvero ci deve essere una percezione delle modificazioni fisiologiche caratteristiche dell'emozione “corporea” e un'interpretazione personale sul loro significato.

Le persone alessitimiche non sono prive di emozioni, costoro possono infatti utilizzare spontaneamente termini che riconducono alle emozioni, come “rabbia” e “tristezza”, e possono anche provare sentimenti, ma mostrano difficoltà a darne un significato simbolico e a fare riferimenti a situazioni o eventi connessi a queste emozioni. Questi individui, dunque, sperimentano gli affetti solo da un punto di vista biologico, attraverso l'attivazione fisiologica dei processi emozionali, ma non hanno le risorse e gli strumenti per rappresentarle mentalmente (Taylor et al., 2010, 2021).

Può essere utile, a questo proposito, capire ancora meglio cosa si intenda con capacità di “rappresentare mentalmente le emozioni” chiarendo quale relazione ci sia tra questo deficit che definisce l'alessitimia e il concetto della “mentalizzazione” sviluppato recentemente da Fonagy e collaboratori (Fonagy, 1991; Taylor et al. 2013).

La mentalizzazione, secondo Fonagy, è la capacità di pensare e parlare degli stati mentali propri e altrui, ovvero saper attribuire un significato a un comportamento sulla base di desideri, pensieri, credenze, motivazioni personali e anche emozioni intenzionali. Più in dettaglio, citando le parole dello stesso Fonagy, per mentalizzazione si intende il “processo mentale attraverso cui un individuo interpreta, implicitamente o esplicitamente, le azioni proprie o degli altri come aventi un significato sulla base di stati mentali intenzionali

(desideri, bisogni, sentimenti, credenze e motivazioni personali)” (Bateman, Fonagy, 2004, trad. it, p. XV-XVI). In quest’ottica il processo implica, quindi, una componente autoriflessiva, relativa alle rappresentazioni di se stessi, e una interpersonale, relativa alla rappresentazione degli altri.

Il deficit Alessitimico, invece, è circoscritto al processo cognitivo implicato unicamente nell’emozione e potrebbe essere, quindi, considerato come uno degli aspetti della mentalizzazione, ovvero quello prettamente affettivo, che permette all’individuo una corretta integrazione tra i propri sentimenti e i propri ricordi, e ciò che possiamo considerare l’immaginazione, il ragionamento e la riflessione che da tale integrazione emerge e sulla base della quale si è in grado di orientare le azioni e i pensieri e, di conseguenza, la regolazione degli stati di attivazione affettiva (Taylor et al., 2010).

2.1.5 L’eziologia del deficit Alessitimico

Il concetto di regolazione emotiva è un concetto importante e presente, anche se in forme diverse, nella maggior parte dei modelli psicoanalitici relazionali e ha avuto inoltre un grande sostegno empirico grazie alle ricerche effettuate dall’*Infant Research*.

L’idea principale che accomuna tutti i modelli è l’importanza della relazione primaria con il caregiver, dato che vi è ormai sostanziale accordo sul fatto che la qualità e la continuità di questa relazione influenzi la futura formazione delle aree cerebrali del bambino che saranno responsabili della costruzione e della regolazione di stati emotivi e di relazioni sociali nel corso di tutta la sua esistenza (Solano, 2013).

Infatti, la capacità di rappresentare simbolicamente le emozioni, quindi il passaggio da semplici modificazioni fisiologiche a rappresentazioni simboliche dotate di significato, espresse attraverso parole, immagini e in seguito il linguaggio, si acquisisce durante lo sviluppo primario (Solano, 2013; Taylor et al., 2021). Nella situazione Alessitimica le emozioni, non avendo una rappresentazione simbolica a livello visivo e verbale, sono vissute esclusivamente come sensazioni fisiologiche e come elementi che motivano ad agire.

Il modello bioniano, con i suoi concetti di *funzione alpha* e *rêverie materna*, è quello che, secondo Taylor, più si allinea all'idea di regolazione psicobiologica da lui proposta per spiegare l'eziologia dell'alessitimia (Taylor et al., 2010).

La *funzione alpha* è la capacità di trasformare e dare significato a proiezioni/sensazioni informi, chiamati *elementi beta*, in elementi coscienti e organizzati, ovvero gli *elementi alpha*, che costituiscono la base delle rappresentazioni mentali del pensiero cosciente. Questa funzione di contenimento e regolazione viene inizialmente svolta dalla madre, la cui esperienza a volte può risultare carente, e impedirne così la corretta interiorizzazione e innescando lo sviluppo di rappresentazioni interne poco emotive e molto concrete, (si pensi al concetto di mente operatoria, citata precedentemente). Gli *elementi beta* non hanno modo, in questo tipo di relazione poco funzionale con il caregiver, di essere interpretati e simbolizzati mentalmente, rimanendo così al di fuori della coscienza e trovando come unica via di sfogo il corpo (Solano, 2013).

Secondo questo modello, l'alessitimia può essere inquadrata come “una carenza di contenimento materno o una insufficiente interiorizzazione di questo”, ovvero come un deficit evolutivo che coinvolge la capacità di simbolizzazione o mentalizzazione del bambino, aspetti fondamentali in quanto, consentono la formazione di un meccanismo interno, che aiuta la regolazione interna degli affetti (Solano, 2013).

L'esito della mancata sintonizzazione con la figura materna rappresenta quindi la base per un modello deficitario di autoregolazione affettiva che, a seconda del suo grado di gravità, può intaccare tutti gli ambiti della vita di un individuo, da quello interpersonale alle relazioni sociali, oppure può emergere in determinate situazioni, contesti, emozioni, condizioni che, secondo Taylor (1987), riescono ad attivare un funzionamento di tipo alessitimico a causa della presenza di specifiche “aree mentali alessitimiche” [per un approfondimento su questi aspetti più specifici si veda Freyberger (1977), Lumley (2007) e Kojima et al. (2001)].

2.1.6 Le misure dell'alessitimia

Poter misurare l'alessitimia è utile e informativo perché permette innanzitutto di individuare un possibile fattore di rischio alla base di diverse patologie sia somatiche che psichiche, e di conseguenza sottoporre l'individuo al trattamento più indicato per la sua personalità.

Nonostante l'alessitimia non sia classificata come disturbo nel DSM-5, ricerche in tutto il mondo hanno evidenziato come sia confermata la presenza di alti livelli di alessitimia in

patologie psicosomatiche, come l'ipertensione, l'artrite reumatoide, diabete, dolori muscolo-tendinei, patologia coronarica, la sindrome da dolore cronico, l'ipertensione essenziale e nelle malattie intestinali infiammatorie, ma anche nelle patologie mentali, nelle quali un'emozione non regolata si esprime attraverso un *agito*, come l'abuso di sostanze, i disturbi del comportamento alimentare, l'obesità, i comportamenti sessuali promiscui, il gioco d'azzardo o ancora gli attacchi di panico, i disturbi dissociativi, il disturbo da stress post-traumatico e nella psicosi (Epifanio et al., 2014; Solano, 2013).

L'espansione del costrutto in ambito scientifico e letterario ha contribuito, come accennato precedentemente, all'ideazione e allo sviluppo di tecniche psicometriche sempre più valide e affidabili. Ad oggi, si possono raccogliere strumenti empirici molti diversi tra loro, come il self-report, l'intervista strutturata, l'intervista semi-strutturata, i test proiettivi e i resoconti osservativi (Šago et al., 2019).

Il primo approccio alla valutazione dell'alessitimia consisteva nel giudizio clinico dello psicoterapeuta, determinato da osservazioni e interazioni con il paziente non standardizzati e riferibili a qualsiasi costrutto psicologico.

Tuttavia, la misura psicometrica del costrutto è da ricondurre unicamente a Sifneos che già nel 1973, aveva elaborato il *Beth Israel Hospital Questionnaire (BIQ)*. Egli parte dal presupposto che occorra un approccio più valido e standardizzato, per individuare la presenza di alessitimia, tuttavia per sviluppare tali strumenti occorre sintetizzare i principi fondamentali e originari del costrutto dell'alessitimia al fine di consentire un giudizio affidabile dopo il colloquio clinico. È a questo scopo che realizza il *Beth Israel Hospital Questionnaire (BIQ)* ma ben presto si trova nella condizione di dover colmare il problema della mancanza di un'adeguata correlazione tra i punteggi dei diversi valutatori scelti, pertanto, Taylor e Bagby sviluppano una versione modificata della BIQ, trasformandola in una scala di 12 item.

Questo metodo, però, non è largamente diffuso a causa delle lunghe tempistiche necessarie ad effettuare il colloquio, la povertà di informazioni fornite da un'intervista standardizzata e soprattutto la mancanza di elementi in grado di accertarne l'affidabilità (Lumley et al., 2007).

Il metodo più diffuso e più utilizzato oggi per misurare il costrutto dell'alessitimia è il self-report.

La *26-item Toronto Alexithymia Scale (TAS)* è il primo self-report psicometricamente valido sviluppato da un gruppo di ricercatori dell'Università di Toronto (Canada) composto da Taylor, G. J., Bagby, R. M. e collaboratori nel 1985.

Successivamente, nel 1994, la TAS viene revisionata eliminando 6 item, dando origine alla *20-item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)*, la misura del costrutto dell'alessitimia attualmente più utilizzata grazie alle sue qualità psicometriche, ovvero la rapidità nella somministrazione ma soprattutto la validità e la attendibilità dello strumento.

La TAS-20 offre una valutazione dimensionale e categoriale delle caratteristiche alessitimiche ed è composta da tre scale fattoriali che misurano: la difficoltà a identificare e a distinguere tra emozioni e sensazioni corporee (F1: "DIF"), la difficoltà di tradurre a parole le emozioni e riuscire a comunicarle agli altri (F2: "DDF") e il pensiero orientato all'esterno ("EOT") (Taylor et al., 2021, Molinengo et al., 2022).

Sono state avanzate diverse critiche relative ai fattori individuati da Taylor e collaboratori, dato che la loro analisi si concentra solo sulle difficoltà del processo cognitivo delle emozioni, tra cui possiamo citare: la mancata considerazione dell'esperienza soggettiva, ovvero la componente affettiva appartenente al concetto originario di alessitimia teorizzato da Nemiah e Sifneos, le dubbie abilità di valutazione di un self-report e l'impossibilità di applicare lo strumento agli adolescenti.

Un gruppo di ricercatori olandesi afferma che i domini della TAS-20 si concentrano esclusivamente sul deficit cognitivo dell'alessitimia, omettendo la componente affettiva. Così Vorst e Bermond (2001) hanno elaborato, recentemente, un altro questionario self-report, ovvero il *40-item Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire (BVAQ)*, che correla in maniera significativa con la TAS-20, ma si differenzia da quest'ultimo perché ha due scale in più che misurano gli aspetti affettivi: la tendenza di un individuo a produrre fantasie, sogni (*Fantasizing, [FANT]*) e la capacità di un individuo di provare emozioni ed esserne emotivamente coinvolto (*Emotionalizing [EMO]*). Per poter essere considerato uno strumento valido, tuttavia, la BVAQ necessita di ulteriori ricerche e conferme scientifiche ad oggi ancora troppo esigue (Chalah, 2017; Goerlich, 2018; Šago et al. 2019).

Alcuni ricercatori mettono in dubbio le capacità di un self-report di poter misurare correttamente il costrutto, infatti le persone con alti livelli di alessitimia, mancando di

introspezione, rischiano di non saper distinguere e definire la loro difficoltà nel descrivere le emozioni (Šago et al., 2019).

In risposta a queste critiche, il gruppo di ricercatori di Toronto ha sviluppato la *Toronto Structured Interview for Alexithymia (TSIA)*, un'intervista strutturata composta da 24 domande suddivise in quattro scale fattoriali: le tre appartenenti alla TAS-20 (DIF, DDF, EOT) e il processo d'immaginazione (IMP). Questo metodo alternativo apre la possibilità di catturare l'immaginazione e la fantasia dell'individuo, un concetto fondamentale delle prime teorizzazioni dell'alessitimia di Krystal, Nemiah e Sifneos (1976, 1988) (Solano, 2013).

Infine, degno di nota è un recentissimo studio effettuato da un gruppo di ricercatori italiani (Molinengo et al., 2022) che ha tarato in Italia una versione ridotta del TAS-20, denominata TAS-10 che si è rivelata uno strumento statistico valido e affidabile.

La TAS-10, caratterizzata da un'alta correlazione con l'originale misura (TAS-20), si presenta per la sua brevità, come uno strumento meno dispendioso sia in campo clinico che nel campo della ricerca.

Molinengo e colleghi (2022) hanno sviluppato questa misura dopo aver constatato, attraverso l'ultima teoria psicometrica dei modelli di sviluppo e valutazione dei test, ovvero la "*Item Response Theory (IRT)*", che la TAS-20 ottiene delle proprietà psicometriche basse nel momento in cui si somministra agli adolescenti. .

La capacità di regolare i propri affetti si sviluppa e prende forma durante l'adolescenza, un periodo critico dove ancora non si hanno gli strumenti e le risorse giuste per riuscire a descrivere gli stati emotivi al momento giusto o a distinguere correttamente tra il proprio livello di autostima e la reale capacità di saper valutare le proprie abilità emotive e relazionali. Date queste considerazioni, i ricercatori italiani affermano che la possibilità di analizzare l'alessitimia in un momento critico dello sviluppo dell'individuo può sicuramente aiutare ad esplorare meglio il costrutto e riuscire a cogliere in modo più approfondito il decorso della psicopatologia e del benessere fisico e psicologico legato ad esso (Molinengo et al., 2022).

Lo strumento più riconosciuto dalla comunità scientifica e soprattutto più utilizzato nella ricerca e nella misurazione del costrutto dell'alessitimia rimane, ancora oggi, la TAS-20 sviluppata dal gruppo di ricercatori di Toronto. Le ricerche future e i metodi alternativi di valutazione possono aiutare a chiarire e a convalidare il costrutto, come nel caso della versione italiana elaborata da Molinengo e collaboratori (2022), che ha reso lo strumento più

sensibile per la rilevazione dell'alessitimia in età adolescenziale. Gli autori della versione originaria del test ritengono che sia importante che i ricercatori si attengano alle teorie iniziali che definiscono l'alessitimia e che includano il concetto di pensiero operatorio da loro utilizzato nella costruzione della scala psicometrica (Taylor et al., 2021).

2.2 Una nuova prospettiva del costrutto: “il deficit dei sentimenti”

2.2.1. L'alessitimia intesa come un disturbo della disregolazione affettiva

Il gruppo di ricercatori di Toronto, costituito da Taylor G., Bagby M. e collaboratori, dopo aver approfondito le ricerche sul costrutto basandosi sulle concettualizzazioni iniziali di Nemiah, Sifneos e avendo integrato i contributi teorici apportati dalle Neuroscienze e dagli studi sull'attaccamento infantile, concepisce l'alessitimia come una dimensione della personalità che predispone ai disturbi della regolazione affettiva caratterizzata da un deficit nel processo cognitivo e regolativo delle emozioni e che induce l'individuo ad essere più soggetto a vari disturbi, sia somatici che psichici, accumulati dalla matrice della disregolazione degli affetti.

È bene specificare che, con regolazione affettiva, si intende la capacità di regolare i propri stati interni e saper tollerare gli affetti negativi senza ricorrere a oggetti esterni o comportamenti disfunzionali, come la somatizzazione o l'uso di sostanze. Quindi, un individuo che soffre di disregolazione affettiva non è in grado di utilizzare i propri stati emotivi e le proprie relazioni sociali come sistemi motivazionali e di informazioni (Porcelli, 2008).

Questa visione è concettualmente legata all'idea che la regolazione affettiva dell'individuo coinvolge tre sistemi di funzionamento: neurofisiologico, che comprende l'attivazione del sistema nervoso centrale e neuroendocrino, motorio-espressivo, per esempio il tono di voce o il cambiamento di postura e cognitivo-esperienziale, definito dalla consapevolezza soggettiva e connesso alla risposta verbale che segue la percezione cosciente dei propri stati emotivi (Epifanio et al., 2014; Taylor, 2000, Kano et al., 2013).

La funzionalità e la corretta organizzazione della regolazione affettiva dipendono dalla reciproca collaborazione tra questi tre sistemi, i quali si alterano e modulano a vicenda e con l'ambiente. L'integrazione di questi tre aspetti risente delle influenze delle interazioni sociali che possono rinforzare oppure ostacolare la regolazione interpersonale dell'individuo.

Secondo tale prospettiva l'alessitimia sarebbe dunque l'esito di un deficit nell'elaborazione cognitiva dell'emozione, ovvero della mancata comunicazione tra il livello cognitivo-esperienziale e gli altri due sistemi della regolazione affettiva, come pure di una difficoltà nel regolare gli affetti a livello interpersonale nelle relazioni che intercorrono tra sé e l'ambiente sociale.

2.2.2 Gli apporti scientifici attuali sulla disregolazione emotiva

La prospettiva che esista uno stretto collegamento tra la regolazione emotiva e la psicopatologia è ampiamente documentata dalla letteratura (Gross, 2014; Kring e Sloan, 2009, si vedano inoltre le numerose pubblicazioni nelle riviste scientifiche internazionali quali *Emotion, Journal of Experimental Psychopathology, Nature Neuroscience, Clinical Psychological Science, Emotion Review et al.*). Uno dei modelli di regolazione emotiva più accreditati e condivisi attualmente dalla comunità scientifica è quello di Gross e colleghi (2011, 2015), i quali affermano che la regolazione delle emozioni avviene tramite sistemi di valutazione caratterizzati da quattro stadi: *situation-attention-goal-response*. La situazione che rappresenta lo stimolo emotigeno (*situation stage*: ad esempio la presenza di un serpente nella stanza) attira l'attenzione dell'individuo, il quale tende a focalizzarsi sullo stimolo (*attention stage*: guardare il serpente), affinché possa identificare cosa rappresenti lo stimolo e che ruolo esso assuma rispetto ai propri obiettivi personali (*goals stage*: la presenza del serpente nella stanza intacca lo scopo di rimanere vivo), tale valutazione induce, infine a sviluppare e costruire una risposta emotiva (*response stage*: paura) (Preece et al., 2017).

I ricercatori sottolineano una distinzione concettuale tra emozione e regolazione dell'emozione.

L'individuo prova emozioni come rabbia, paura, felicità e tristezza a seconda dell'obiettivo imposto dalla situazione, nel momento in cui deve affrontare, nell'immediato, un evento. Di fronte ad uno stimolo emotigeno, dunque, si trova a sperimentare una reattività emotiva, ovvero una serie di cambiamenti che coinvolgono tutto il corpo e che emergono anche in relazione alle esperienze passate, oltre che ai comportamenti e alle risposte fisiologiche che l'individuo comunemente mette in atto nel momento in cui affronta per la prima volta un determinato evento (Gross et al., 2014, 2015).

La regolazione emotiva inoltre si attiva, implicitamente o esplicitamente, nel momento in cui si individua un obiettivo; pertanto, la motivazione per attivare il processo generativo

dell'emozione rappresenta l'ultimo stadio (*response stage*) ipotizzato nel modello della regolazione emotiva, ovvero “*the activation of a goal to modify an unfolding emotional response*” (Preece et al., 2017).

Essa può avvenire a livello intrinseco/intrapersonale, ovvero la capacità di saper regolare le proprie emozioni, oppure a livello estrinseco/interpersonale, relativo alla capacità di saper regolare le emozioni altrui.

Indipendentemente dalla forma, una regolazione emotiva per essere funzionale e adattiva deve possedere tre importanti caratteristiche: la consapevolezza emotiva e del contesto, possedere degli obiettivi a breve o a lungo termine e una buona capacità nello scegliere le strategie più funzionali finalizzate a raggiungerli.

Gross e colleghi (2015) classificano l'alessitimia come un disturbo riconducibile ad una difficoltà in uno di questi tre aspetti, vale a dire la mancanza di consapevolezza emotiva, che induce a scegliere strategie non adatte e non funzionali al raggiungimento degli obiettivi che l'individuo deve porsi al fine di adattarsi in modo ottimale alle richieste dell'ambiente (Gross et al., 2014, 2015).

In particolare, Preece e colleghi (2017), basandosi sulle concettualizzazioni di Gross (2015), elaborano il concetto di “*attention-appraisal model of alexithymia*”, secondo il quale i deficit alessitimici, ipotizzati da Taylor e colleghi e misurati nella TAS-20, dipendono dal grado di sviluppo degli schemi cognitivi degli individui, ovvero di quelle strutture cognitive che sono finalizzate al processo di elaborazione delle informazioni relative agli eventi, alle situazioni, ai propri obiettivi personali e che consentono di scegliere in che modo reagire a livello emotivo, a seconda di quanto tali eventi interferiscano o meno con il raggiungimento degli scopi e dei fini personali (si rimanda per un approfondimento, alla teoria dello sviluppo cognitivo e dei livelli di consapevolezza emotiva di Lane e Schwartz, 1987) (Preece, 2017, 2020).

Allineando le teorie relative all'alessitimia con i recenti contributi scientifici legati al più ampio campo della regolazione delle emozioni (Gross, 2015), Preece e colleghi (2017, 2020) ipotizzano che il loro modello sia uno strumento utile per comprendere e definire meglio il fenomeno alessitimico perché si dimostra in grado aiutare a rendere chiari alcuni dubbi ancora irrisolti dell'ambito.

Per esempio, il modello “*attention-appraisal model of alexithymia*” giustifica il perché molte ricerche empiriche non riescano a dimostrare che l’ipotetica dimensione latente relativa all’incapacità di fantasticare non appartenga al costrutto alessitimico. Sotto l’ottica di questo modello, infatti, l’alessitimia viene considerata come un insieme di difficoltà collegate con lo sviluppo degli schemi emotivi che insorgono durante il processo della valutazione emotiva, nel quale, però, non rientra la capacità di saper fantasticare (Preece et al., 2017).

Molto interessanti, a questo proposito sono i risultati delle ricerche di Preece e colleghi (2020), che hanno indagato, attraverso un’analisi fattoriale, se il peso delle prove statistiche è attualmente sufficiente per affinare la definizione in un costrutto costituito solo da DIF, DDF e EOT (Preece et al., 2020).

In particolare, i ricercatori analizzano l’ipotesi che ci possa essere una dimensione latente nel costrutto dell’alessitimia giungendo alla conclusione che le dimensioni rimangono quelle individuate inizialmente dal gruppo di ricercatori di Toronto contenute nella TAS-20.

Essi, infatti, condividono la posizione di Taylor e colleghi (1999) definendo quest’ultime come le migliori modalità empiricamente giustificabili in grado di rappresentare gli ostacoli relativi ad ogni fase di valutazione dell’esperienza emotiva e che la difficoltà di fantasticare e la reattività emotiva anormale sono statisticamente meglio concettualizzate come costrutti separati, piuttosto che dimensioni latenti, dell’alessitimia.

Preece e colleghi (2017) affermano, dunque, che questa struttura costituita da tre componenti (DIF, DDF, EOT) è coerente con le concettualizzazioni dell’*attention-appraisal model of alexithymia* e che quest’ultimo, in base alle teorizzazioni sull’alessitimia e il recente contributo nel campo della regolazione emotiva di Gross (2015), possa costituire un quadro di riferimento utile a medici e ricercatori per i lavori futuri (Preece et al., 2017).

CAPITOLO 3

L'UNIONE MENTE E CORPO: L'UOMO PSICOLOGICO DEL XXI SECOLO

3.1 Le emozioni nell'*embodied cognition* e gli studi sull'enterocezione

Attualmente, esiste un consenso generale nella comunità scientifica nell' identificare le emozioni come un elemento sia psichico che somatico, quindi la metafora della mente che lavora come computer svanisce, per essere sostituita da una scienza cognitiva che prende in considerazione anche l'interazione dinamica dell'individuo con il suo ambiente sociale, culturale e relazionale, ovvero la *4E Cognitive Science* (Caruana et al., 2018).

Questa nuova scienza è caratterizzata da quattro principi fondamentali secondo i quali la mente deve esser intesa come:

- *Embodied* (“*incarnata*”): tutti i processi cognitivi, anche i più soggettivi e impliciti alla coscienza, sono contenuti nel sistema neurale della percezione e dell'azione, quindi mediante il processo della “simulazione incarnata”, si attivano una serie di sistemi fisiologici che vengono sfruttati per svolgere funzioni cognitive superiori.
- *Enacted* (“*enattiva*”): i processi cognitivi sono frutto della reciproca influenza tra l'individuo e l'ambiente e insieme alla percezione stessa del contesto, costituiscono entrambi un'attività esplorativa finalizzata all'interazione dinamica. Inoltre, questi due

differenti processi non sono definiti da un rapporto gerarchico o temporale, bensì in una circolarità in cui entrambi lavorano al fine di raggiungere un obiettivo finale.

- *Embedded* (“*situata*”): i processi cognitivi sono sempre confinati in un ambiente sociale, storico, culturale e relazionale, affinché l’individuo possa costruire una relazione funzionale con la realtà nel momento stesso in cui si attivano determinate dinamiche sociali.
- *Extended* (“*estesa*”): sono i processi cognitivi stessi a incorporare le informazioni dall’ambiente esterno, e non a esserne semplicemente influenzati, questo dovuto al fatto che i fenomeni mentali si estendono oltre alla mente e al corpo dell’individuo.

L’imporsi di una prospettiva scientifica che vede la mente come *incarnata* (*embodied*) permette all’esperienza emozionale di farsi spazio ed allargarsi non soltanto ai processi mentali del cervello, bensì a tutto il corpo che agisce e reagisce all’ambiente.

L’ipotesi di Damasio, come abbiamo visto, è un esempio dei primi contributi scientifici che concepiscono le emozioni come frutto di una percezione cosciente delle modificazioni somatiche derivanti sia dal corpo dell’individuo, sia dall’ambiente esterno.

Le ricerche più recenti delle Neuroscienze, in particolare quelle derivanti dalla neuroanatomia e l’utilizzo di neuro-imaging, hanno introdotto un nuovo concetto che esplora le emozioni in termini di sensazioni provenienti dal mondo interno dell’individuo: si tratta del costrutto concettuale di *enterocezione*.

L’enterocezione è la capacità di percepire gli stati interni del proprio corpo, ovvero è quel processo che avviene a livello mentale e neurale, in particolare nella “corteccia enterocettiva” composta dall’insula e dalla corteccia cingolata anteriore (ACC), che consente l’interpretazione dei segnali corporei provenienti da ogni canale sensoriale.

Essa è costituita da “una sequenza di flussi continui paralleli che veicolano, istante per istante, sequenze di informazioni statiche quali quelle viscerali, gustative, olfattive, informazioni relative al metabolismo locale, l’attività ormonale, immunologica, ma anche la termocezione e nocicezione (dolore), nonché particolari sensazioni somatiche come l’essere accarezzati (chiamato allusivamente senso)” (Caruana et al., 2018, p. 121).

In accordo con il modello più popolare dell’enterocezione, ovvero quello proposto da Garfinkel e Critchley (2013), essa può essere suddivisa in tre dimensioni che indicano un diverso livello di elaborazione del segnale corporeo: la sensibilità enterocettiva (*Interoception*

sensibility, IS)), legata alla capacità soggettiva dell'individuo di indicare gli stati corporei, l'accuratezza enterocettiva (*Interoception accuracy, IAcc*), riferita alla capacità oggettiva di percepire delle modificazioni fisiologiche interne, e infine la consapevolezza enterocettiva (*Interoception awareness, IA*), definita dalla consapevolezza metacognitiva dell'accuratezza enterocettiva (Fournier et al., 2019; Scarpazza et al., 2021).

Il concetto di abilità enterocettiva è diventato fondamentale per le teorie periferiche delle emozioni, secondo le quali le emozioni sono percepite come delle rappresentazioni centrali che dipendono da segnali corporei automatici e quindi l'abilità di percepire più o meno intensamente le risposte fisiologiche influenza l'esperienza emozionale (Critchley et al., 2017; Scarpazza, 2021).

La "consapevolezza emozionale" è il momento in cui le informazioni enterocettive si mostrano come elementi coscienti, e la maggiore o minore capacità di un individuo di interpretare e avere una piena conoscenza dei segnali enterocettivi provenienti dal soma, che possono essere cardiaci, gastrointestinali o respiratori, come pure muscolari, espressivi, e così via, può essere identificata nella sensibilità enterocettiva.

Alti livelli di alessitimia implicano difficoltà riconducibili alla sensibilità enterocettiva, difficoltà che a sua volta può ostacolare i processi di regolazione delle risposte emotive. Valutare meglio il coinvolgimento dell'interocezione dell'esperienza emotiva cosciente potrebbe rappresentare una valida opportunità per approfondire meglio le caratteristiche psicologiche soggettive dell'esperienza emotiva negli alessitimici (Scarpazza, 2021).

Recenti ricerche e lavori empirici, infatti hanno messo in luce come l'alessitimia possa essere un indicatore della presenza di una sensibilità enterocettiva atipica, anche se continua a rimanere un costrutto indipendente dalla capacità enterocettiva, con le sue basi eziologiche e neurali ben distinte e specifiche (Shah, 2016).

In particolare, Murphy e collaboratori (2017) hanno effettuato delle ricerche sul possibile collegamento tra alessitimia e compromissione delle abilità di interocezione, sebbene al momento l'abilità enterocettiva, venga misurata esclusivamente attraverso il calcolo dei battiti cardiaci, e come essi possano variare a seconda del segnale percettivo, sensoriale e viscerale ricevuto.

I risultati di tali ricerche hanno confermato la proposta di considerare l'alessitimia come un indicatore di interocezione atipica, quindi come un malfunzionamento multidimensionale

della sfera enterocettiva, in particolare associato all'accuratezza. Murphy e colleghi (2017) arrivano dunque alla conclusione che l'alessitimia colpisce più dimensioni dell'enterocezione, tuttavia, rifacendosi alla teoria del *fattore p* proposta da Brewer e colleghi (2016), concludono che l'enterocezione atipica possa rappresentare un fattore comune a tutta la psicopatologia (Murphy et al., 2017)

Anche Fournier e collaboratori (2019), esplorano tale possibilità effettuando delle ricerche empiriche allo scopo di enucleare una quarta dimensione latente nella TAS-20, riconducibile al grado di consapevolezza dei segnali enterocettivi. Con questa quarta dimensione, da loro definita "*Difficulty in Interoceptive Awareness*", gli studiosi intendono mettere in luce una sorta di misurazione del "grado emotivo", vale a dire la quantità di emozione espressa in rapporto alle sensazioni corporee percepite in una determinata situazione (Fournier et al., 2019).

I ricercatori arrivano a convalidare tale prospettiva, individuando proprio nella difficoltà di compiere una valutazione emozionale dei segnali enterocettivi, la "*Difficulty in Interoceptive Awareness*", la caratteristica alla base dell'alessitimia che può essere, dunque, definita come una marcata difficoltà a interpretare le sensazioni corporee, piuttosto che a percepire e identificare stati somatici interni, come per esempio la sensazione della fame o del sonno.

Sebbene siano necessarie ancora molte ricerche empiriche per confermare tali teorie, si fa strada l'ipotesi che possedere delle buone capacità enterocettive consente non solo l'identificazione delle proprie modificazioni corporee, ma anche e, soprattutto, di poterle regolare per raggiungere uno stato di salute fisica ottimale.

Taylor e collaboratori (2021) affermano in una recente revisione sui nuovi apporti teorici e le nuove ricerche nel campo dell'alessitimia, che l'individuazione di una scarsa capacità enterocettiva potrebbe essere un fattore interessante e rivelatore per l'eziologia del deficit alessitimico, ma dati gli incerti strumenti di valutazione e l'assenza di letteratura nel settore dell'enterocezione, attualmente sarebbe azzardato e prematuro considerare l'alessitimia come un deficit generale dell'enterocezione.

A loro parere per compiere un significativo passo avanti in questa direzione occorrerebbe che le ricerche future chiarissero definitivamente se il deficit enterocettivo ipotizzato per il costrutto alessitimico consista in un fallimento nel rilevare gli stati fisiologici (*IAcc*), oppure

se si riscontri una difficoltà nell'interpretare accuratamente le emozioni e altre sensazioni fisiologiche (*IS*) (Taylor et al., 2021).

3.2 Prospettive attuali: il Modello del Codice Multiplo

Taylor e colleghi (2010) suggeriscono che una delle modalità migliori attraverso la quale è possibile comprendere come le emozioni (*emotions*) possano essere percepite consciamente come affetti (*feelings*), ovvero come esse possano essere rappresentate mentalmente, sia la teoria elaborata da Wilma Bucci (1997), docente della *Adelphi University New York* e membro onorario dell'*International Psychoanalytic Association*.

La teoria del codice multiplo di Wilma Bucci avanza un rivoluzionario cambiamento epistemologico, in quanto, si propone di descrivere il funzionamento dell'individuo in termini sia mentali che corporei, superando il ricorrente dualismo cartesiano.

Secondo la teoria della ricercatrice, "l'organismo umano viene definito come un elaboratore multisistemico di emozioni ed eventi" (Solano, 2013, p. 34), ovvero l'individuo interpreta e processa le informazioni, come per esempio l'esperienza emozionale, attraverso tre sistemi: il sistema subsimbolico non verbale, il sistema simbolico non verbale, ovvero le immagini, e il sistema simbolico verbale, le parole (Bucci, 1997; Di Trani et al., 2017; Solano, 2013).

Le informazioni, anche dette simboli, sono quindi elaborate secondo due livelli differenti, ovvero in modalità simbolica e subsimbolica, e rappresentate mentalmente attraverso due canali, in forma verbale e non verbale. I sistemi simbolici hanno come substrato anatomico-fisiologico l'ippocampo, per la memoria esplicita ed episodica, e le aree corticali superiori, ovvero la corteccia cerebrale prefrontale e limbica, il sistema non simbolico, invece, comprende le aree cerebrali e gli apparati del corpo che elaborano gli aspetti non simbolici dell'emozione, come per esempio le aree del movimento involontario, il sistema nervoso autonomo e vegetativo, l'amigdala, il tronco encefalico (Solano, 2013).

Il sistema subsimbolico non verbale (NV-SS) non utilizza simboli per elaborare l'esperienza, bensì lavora attraverso canali sensoriali e motori e comprende tutte le funzioni del sistema sensoriale e viscerale, tutte le modificazioni fisiologiche messe in atto durante i processi emotivi e la memoria implicita e procedurale. Infatti, in questa elaborazione, le informazioni vengono elaborate in un flusso continuo, senza essere categorizzate in elementi discreti e

dimensioni specifiche, e processate secondo regole e principi impliciti alla coscienza, ma automatici e altamente specializzati per funzioni specifiche (visiva, gustativa, motoria et al.). Grazie a questo sistema, è possibile concepire in che modo il comportamento di un individuo riesca ad agire in maniera organizzata, rapida e complessa nonostante non ci sia stata primariamente una valutazione cognitiva, per esempio colpire correttamente una palla da tennis, differenziare gli odori o ancora sapersi muovere in macchina nel traffico della città (Solano, 2013).

Il sistema simbolico non verbale (NV-S) invece è categoriale, quindi i simboli, ovvero le categorie discrete, vengono assoggettati ad altre entità con le quali si ricombineranno per crearne delle nuove seguendo regole sistematiche. Quindi a questo livello, l'organismo produce ed elabora immagini che potranno confluire direttamente nei sogni o connettersi con rappresentazioni verbali, lo stesso concetto descritto da Bion nella funzione alpha.

Infine, il sistema simbolico verbale (V-S) è un processore sequenziale che lavora su un canale unico, nel senso che le informazioni vengono elaborate una alla volta, e si fonda su categorie discrete, le parole, le quali vengono combinate tra loro per generare un numero infinito di nuove entità e creare così nuovi significati. Il linguaggio è il sistema per eccellenza organizzato in forma simbolica ed esso permette all'individuo di comunicare e riflettere sulla propria esperienza soggettiva grazie alla comunicazione con agli altri, i quali con la loro conoscenza e il loro contributo personale, possono aiutare ad ampliare i contenuti del pensiero individuale.

“Possiamo quindi ridefinire il rapporto mente/corpo come rapporto tra i sistemi simbolici e il sistema subsimbolico, ricordando come ciascun sistema possa essere visto – a seconda del vertice da cui l'osserviamo - come mente o come corpo, e quindi senza ricadere in un dualismo di cartesiana memoria” (Solano, 2013, p.35).

Anche le emozioni, come anticipato all'inizio, possono essere analizzate come schemi emozionali, i quali sono composti da desideri, aspettative, credenze sulle altre persone sviluppatasi durante le varie interazioni lungo il corso della vita (Bucci, 2007).

Gli schemi emozionali comprendono: una serie di modificazioni viscerali e sensoriali associate a un'esperienza emotiva, quindi ciò che sente somaticamente l'individuo in presenza di uno stimolo emotigeno, le rappresentazioni mentali dell'immagine dell'emozione,

ovvero ciò che si desidera e ciò che si teme, e infine le rappresentazioni a livello del sistema nervoso centrale delle azioni fisiche, concrete, che l'organismo associa all'attivazione emozionale (avvicinamento, attacco, fuga) (Bucci, 1997, 2007; Solano, 2013).

Questi schemi possono essere attivati da immagini impresse nella memoria o evocati dal linguaggio, e questa attivazione provoca degli effetti fisiologici che ricordano esperienze passate. È importante sottolineare l'interscambiabilità degli schemi, ovvero ciascuna modalità può attivarne un'altra, per esempio un profumo legato all'infanzia può suscitare sensazioni somatiche viscerali legate alla nostalgia del ricordo, e inoltre, qualunque componente dello schema emozionale può avvenire all'interno o al di fuori della coscienza.

Il sistema emozionale è composto da modalità che differiscono sia nel contenuto sia nel modo di cui si rappresentano, così le connessioni differenziali hanno l'importante compito di collegare i sistemi e possono essere più attive e dirette o più distanti e parziali a seconda che colleghino il subsimbolico al simbolico attraverso elementi concreti e specifici, come la parola che indica "il tavolo", o il simbolo al non simbolico con termini astratti e generali, come per esempio il concetto "verità" (Bucci, 1997, 2007).

Queste connessioni sono il prodotto del processo referenziale, il quale analizza l'informazione seguendo una sequenza logica tra i vari schemi: innanzitutto gli elementi analogici derivanti dalle rappresentazioni subsimboliche vengono classificati in classi funzionali di rappresentazioni equivalenti nel sistema simbolico non verbale, nel quale assumono la forma di immagini discrete prototipiche, infine queste immagini, una volta acquisita la capacità di linguaggio, possono essere collegate alle parole, e quindi al sistema simbolico verbale.

Bucci (1997, 2007) specifica che non avviene una vera e propria trasformazione, bensì una traduzione dalla modalità subsimbolica a quella simbolica che consente all'organismo di comprendere e trasformare il messaggio non verbale in un discorso coerente e organizzato, e soprattutto è fondamentale per l'autoregolazione dell'individuo e per la comunicazione verbale dell'esperienza soggettiva.

Bucci (2007) afferma infatti che una rottura o un fallimento dello sviluppo del processo referenziale, che può essere riconducibile a un conflitto o a un trauma, comporta una dissociazione tra il sistema non verbale e verbale e di conseguenza l'individuo non sarà in grado di attribuire un significato alle emozioni e soprattutto di autoregolarsi emotivamente (Bucci, 2007; Taylor et al., 2013).

La patologia, sia fisica che mentale, viene quindi identificata come una disconnessione tra i sistemi sulla base del trauma, episodico o continuativo, che impedisce fin dall'inizio la formazione delle connessioni referenziali, impedendo così l'integrazione di nuove informazioni e la fossilizzazione degli schemi. Questa disconnessione è particolarmente invadente e debilitante se è causata da una relazione primaria carente perché il bambino, non avendo risorse e strumenti per reagire, non può far altro che dissociare l'attivazione non simbolica dagli oggetti a cui è connessa. Oltre alla dissociazione iniziale, la patologia è legata alle attività che verranno messe in pratica dall'individuo per trovare un significato simbolico alle esperienze emotive.

Il soggetto potrà quindi ricercare il significato dell'attivazione non simbolica costruendo una connessione con un simbolo verosimigliante alla realtà, facendo quindi affidamento, per esempio, alla convinzione di essere afflitto da una malattia somatica (ipocondria) o ancora da un forte desiderio di cibo (bulimia, obesità), oppure, se la ricerca fallisce, tenterà diverse strategie che hanno l'esito di ridurre o eliminare l'arousal emotivo (Bucci, 1997; Solano, 2013).

Secondo la ricercatrice, e altri studiosi come Taylor (1987,1997), Solano (2013, 2020), Di Trani (2017), l'alessitimia può essere interpretata secondo questo modello, quindi come una disconnessione tra sistemi, in particolare tra il sistema fisiologico e cognitivo-esperienziale degli affetti.

Il costrutto dell'alessitimia viene dunque individuato come una dissociazione tra gli schemi emotivi, dovuto da un fallimento o a delle carenze nella relazione primaria, la quale ha come esito lo scollegamento tra il sistema subsimbolico e simbolico che impedisce all'individuo di dare un significato simbolico verbale alle emozioni, con le parole di Taylor e Bagby: “*without linkages to images and words, the individual is unable to symbolize emotional states*“ (Taylor et al., 2013, p.105).

Bucci (2007) afferma quindi che il paziente alessitimico va ben oltre il semplice “non avere parole per le emozioni”, bensì si presenta come un paziente affetto da un disturbo *somatico-emozionale* al quale mancano le rappresentazioni simboliche delle attivazioni fisiologiche.

Diventa quindi necessario creare innanzitutto un collegamento tra i due sistemi non verbali, quindi tra l'attivazione somatica non simbolica e le immagini relative all'oggetto in questione. Infatti, un'attivazione fisiologica associata a emozioni forti senza connessione simbolica e senza la possibilità di essere regolate, ovvero in presenza di una dissociazione tra il sistema

non simbolico dell'emozione e quello cognitivo-esperienziale (simbolico), può sfociare in un'inadeguata regolazione dell'esperienza emozionale e contribuire così alla patogenesi dei vari disturbi a cui è stata associata l'alessitimia (Bucci, 1997, 2002, 2007; Solano, 2013; Taylor et al., 2013).

Il modello teorizzato dalla ricercatrice Bucci può aiutare a comprendere come un disturbo della regolazione del sistema delle emozioni possa creare disturbi di altro genere, proprio grazie all'evidente collegamento tra emozioni e i vari sistemi fisiologici dell'organismo.

Taylor e colleghi (1987, 1992) in seguito a queste considerazioni affermano che “la malattia viene a essere concettualizzata come un disturbo della regolazione affettiva che esita in un disturbo della regolazione psicobiologica” (Solano, 2013, p. 296) e individuano il modello della Bucci come un punto di riferimento finalizzato alla diffusione dell'idea che un buon collegamento tra il sistema non verbale e verbale possa essere l'obiettivo di tutti gli individui, indipendentemente dalla presenza di una patologia mentale o somatica (Di Trani et al., 2017).

CONCLUSIONI

L'obiettivo di questo elaborato è mettere in risalto la relazione tra mente e corpo, soprattutto in manifestazioni psicologiche quali l'alessitimia, in cui è fortemente implicato il costrutto di emozione.

Per questo, nella prima parte del presente trattato si è cercato di dare una definizione al concetto di “emozione”, constatando però che il campo di applicazione scientifica delle scienze emotive è ancora in fase di elaborazione e attualmente è difficile e limitativo assegnare una definizione univoca e specifica al termine. La ricerca del significato e la descrizione delle caratteristiche e del funzionamento degli stati emotivi varia a seconda della visione teorica generale dell'individuo, vale a dire a seconda di come è concettualizzato il suo funzionamento mentale, come vengono intese l'attivazione fisiologica e le modificazioni corporee implicate nei processi psichici e come viene spiegato il suo modo di rapportarsi

all'ambiente relazionale e culturale al fine di migliorarsi e arricchirsi emotivamente tramite la condivisione sociale.

Attualmente nella comunità scientifica, nonostante non si sia raggiunta una definizione di “emozione” comunemente condivisa, si può intravedere un consenso pressoché unanime sull'idea che le emozioni siano caratterizzate da elementi sia psichici che somatici.

I primi contributi scientifici che evidenziano il rapporto tra mente e corpo negli stati emotivi dell'individuo risalgono a James (1884) con la sua teoria somatica delle emozioni, la quale poi viene ripresa e confermata empiricamente nella teoria dei marcatori somatici di Damasio (1994).

Considerare le emozioni come l'elemento somatopsichico e psicosomatico per eccellenza aiuta a evidenziare come mente e corpo siano strettamente correlati tra loro e questo discorso porta a riflettere in che misura e in quale modalità gli elementi psichici e corporei di uno stato emozionale si colleghino tra loro e cosa comporti una mancata o errata comunicazione tra i sistemi dell'organismo.

La psicosomatica è un ambito di studi e ricerche che, a partire dai primi modelli freudiani sulla conversione isterica, ha individuato la causa di alcune forme di patologia organica nell'influsso di una sofferenza mentale individuale, in genere conflittuale, che si riversa sul corpo (Solano, 2013).

Come è stato evidenziato nell'elaborato, il termine “psicosomatica” è riduttivo perché sottintende una relazione mono causale dalla psiche al soma, mentre attualmente si tende a definire una serie di cause (psicologiche, biologiche, sociali) al sorgere di una patologia e si tende a considerare il disturbo somatico come deficit cognitivo, ovvero un mancato sviluppo di funzioni mentali.

Questi studi hanno permesso, però, lo sviluppo di un importante concetto, così la medicina psicosomatica lascia lo spazio a un nuovo costrutto, attualmente ancora ampiamente studiato e analizzato, ovvero l'alessitimia.

L'alessitimia, che letteralmente significa, “mancanza di parole per le emozioni”, è un costrutto molto recente (1970) e, come sottolineato da Taylor e colleghi (2000, 2013), essa indica una dimensione di personalità, caratterizzata da un deficit cognitivo-esperienziale nella valutazione cognitiva dell'esperienza emozionale, che si presenta come un fattore di rischio per diverse patologie, sia fisiche che mentali, appartenenti alla sfera dei disturbi della disregolazione emotiva. Il deficit alessitimico infatti coinvolge e intacca la corretta presa di

coscienza da parte dell'individuo dei suoi stati emotivi e di conseguenza sulla possibilità di sviluppare la capacità di saper regolare le proprie reazioni emotive in base al contesto.

L'alessitimia, dunque, costituisce un costrutto degno di nota perché il deficit che lo caratterizza riguarda una disfunzione a livello mentale che si ripercuote sulla valutazione generale dell'esperienza emotiva, che coinvolge anche l'aspetto corporeo e relazione dell'individuo.

Essa ci aiuta a valorizzare il rapporto tra corpo e mente perché la causa da ricercare nel disfunzionamento alessitimico risiede propria nella corretta comunicazione tra i sistemi che costituiscono l'individuo.

Dalla ritrattazione qui presentata, nel suo complesso, è emerso come le emozioni siano l'elemento somatopsichico e psicosomatico per eccellenza, ovvero incarnano nella loro essenza sia elementi psichici che elementi somatici e questo rapporto evidenzia come sia fondamentale una corretta collaborazione tra i sistemi principali dell'individuo.

Il modello del codice multiplo di Wilma Bucci (1997, 2007), oltre a offrire una migliore comprensione del funzionamento del deficit alessitimico, permette una migliore comprensione della complessità psichica dell'individuo attraverso un'analisi effettuata mediante una corretta connessione tra schemi subsimbolici e simbolici e schemi verbali e non verbali.

Inoltre, le nuove ricerche sull'enterocezione, nel campo della scienza cognitiva *4E Cognitive Science*, danno un ulteriore spunto su quanto il deficit alessitimico possa coinvolgere non soltanto la valutazione cognitiva dell'attivazione fisiologica dell'esperienza emozionale, bensì anche gli stati fisici interni che riguardano il regolare funzionamento dell'organismo, come per esempio la sensazione della fame o del sonno.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Amore, M., (2021). Il corpo e l'azione del narrare in psicoterapia. Somatizzazione, *enactment* e processi di coscienza. *Ricerca Psicoanalitica*, 32(2), 293-318. <https://doi.org/10.4081/rp.2021.289>
2. Apfel R. J., Sifneos P. E. (1979). Alexithymia: Concept and Measurement. *Psychotherapy and Psychosomatics. Strategies in Psychosomatic Practice and*

Research: Proceedings of the 12th European Conference on Psychosomatic Research, 32 (1/4), 180-190. <https://www.jstor.org/stable/45115029>

3. Bagby, R. M., Quilty, L. C., Taylor, G. J., Grabe, H. J., Luminet, O., Verissimo, R., De Grootte, I., Vanheule, S. (2009). Are there subtypes of alexithymia?. *Personality and Individual Differences*, 47 (5), 413-418. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.04.012>
4. Bagby, R. M., Parker, J. D. A., Taylor, G. J. (2020). Twenty-five years with the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 131, 1-12. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002239991931178X>
5. Bagby, M., Taylor, G. J., Parker, J. D. A. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia scale—II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38 (1), 33-40. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90006-X](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90006-X)
6. Brewer, R., Cook, R., Bird, G. (2016). Alexithymia: a general deficit of interoception. *Royal Society open science*, 3, 1-9. <http://dx.doi.org/10.1098/rsos.150664>
7. Bucci, W. (1997). Symptoms and symbols: A multiple code theory of Somatization. *Psychoanalytic Inquiry: A Topical Journal for Mental Health Professionals*, 17 (2), 151-172. <http://dx.doi.org/10.1080/07351699709534117>
8. Bucci, W. (2002). The Referential Process, Consciousness, and the Sense of Self. *Psychoanalytic Inquiry*, 22, 766-793. https://www.researchgate.net/publication/233706249_The_Referential_Process_Consciousness_and_the_Sense_of_Self
9. Bucci, W. (2007). Dissociation from the Perspective of Multiple Code Theory—Part II. *Contemporary Psychoanalysis*, 43 (3), 305-326. <http://dx.doi.org/10.1080/00107530.2007.10745912>
10. Caruana, F., Viola, M. (2018). Come funzionano le emozioni. *Il Mulino, Bologna*.
11. Chalah M. A., Ayache S. S. (2017). Alexithymia in multiple sclerosis: A systematic review of literature. *Neuropsychologia*, 104, 31-47. <https://dx.doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2017.07.034>
12. Critchley, H. D., Garfinkel, S. N. (2017). Interoception and emotion. *Current Opinion in Psychology*, 17, 7–14. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.04.020>

13. Damasio, A. R. (1994). *Descartes' Error: Emotion, Reason, and the Human Brain*. New York, NY: Gosset/Putnam Press.
https://ahandfulofleaves.files.wordpress.com/2013/07/descartes-error_antonio-damasio.pdf

14. Damasio, A. R. (1996). The somatic marker hypothesis and the possible functions of prefrontal cortex. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*, 351 (1346), 1413-1420. <https://doi.org/10.1098/rstb.1996.0125>

15. Di Trani, M., Mariani, R., Renzi, A., Greenman, P.S. and Solano, L. (2017). Alexithymia according to Bucci's multiple code theory: A preliminary investigation with healthy and hypertensive individuals. *Psychology Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 91, 232-247. <https://doi.org/10.1111/papt.12158>

16. Epifanio, M. S., La Grutta, S., Roccella, M., Lo Baido, R. (2014). L'Alessitimia come disturbo della regolazione affettiva. *Minerva Psichiatrica*, 55(4), 193-205.
<https://iris.unipa.it/retrieve/e3ad8916-fe80-da0e-e053-3705fe0a2b96/R17Y2014N04A0193.pdf-%20Alessitimia.pdf#page11>

17. Fournier A, Luminet O, Dambrun M, Dutheil F, Pellissier S, Mondillon L (2019). Importance of considering interoceptive abilities in alexithymia assessment. *PeerJ*, 1-24. <https://peerj.com/articles/7615/>

18. Galati, D. (2020). *Le vicende di psiche*. G.Giappichelli Editore, Torino.

19. Garfinkel, S. N., Critchley, H. D. (2013). Interoception, emotion and brain: new insights link internal physiology to social behaviour. Commentary on: "Anterior insular cortex mediates bodily sensibility and social anxiety" by Terasawa et al. (2012). *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 8 (3), 231-234.
<https://doi.org/10.1093/scan/nss140>

20. Garfinkel, S. N., Seth, A. K., Barrett, A. B., Suzuki, K., Critchley, H. D. (2015). Knowing your own heart: Distinguishing interoceptive accuracy from interoceptive awareness. *Biological Psychology*, 104, 65-74.
<https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2014.11.004>

21. Gross, J. J., Muñoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(2), 151–164. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x>
22. Gross, J. J., Barrett, L.F (2011). Emotion Generation and Emotion Regulation: One or Two Depends on Your Point of View. *Emotion Review*, 3 (8),8-16. <https://doi.org/10.1177/1754073910380974>
23. Gross, J.J, Jazaieri, H. (2014). Emotion, Emotion Regulation, and Psychopatology: An Affective Science Perspective. *Clinical Psychological Science*, 2 (4), 387-401. <https://doi.org/10.1177/2167702614536164>
24. Gross, J. J. (2015). Emotion Regulation: Current Status and Future Prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1–26. <http://www.jstor.org/stable/43865705>
25. McRae, K., Gross, J. J. (2020). Emotion regulation. *Emotion*, 20 (1), 1–9. <https://doi.org/10.1037/emo0000703>
26. Kano, M., Fukudo, S. (2013). The alexithymic brain: the neural pathways linking alexithymia to physical disorders. *BioPsychoSocial Medicine*, 7 (1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1751-0759-7-1>
27. Krystal, H. (1979). Alexithymia and Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 32 (1), 17-31. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1979.33.1.17>
28. Lane, R. D., Weihs, K. L., Herring, A., Hishaw, A., Smith, R. (2015). Affective agnosia: Expansion of the alexithymia construct and a new opportunity to integrate and extend Freud's legacy. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 55, 594-611. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014976341500161X>
29. López-Muñoz, F., Pérez-Fernández, F. A. (2020). History of the Alexithymia Concept and Its Explanatory Models: An Epistemological Perspective. *Frontiers in Psychiatry*, 10 (1026), 1-8. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2019.01026>
30. Luminet, O., Rimé, B., Bagby, R. M., Taylor, G. J. (2004). A multimodal investigation of emotional responding in alexithymia. *Cognition and Emotion*, 18 (6), 741-766. <http://dx.doi.org/10.1080/02699930341000275>
31. Lumley, M. A., Cohen, J. L., Borszcz, G. S., Cano, A., Radcliffe, A. M., Porter, L. S., Schubiner, H., Keefe, F. (2011). Pain and Emotion: A BioPsychoSocial Review of Recent Research. *Journal of Clinical Psychology*, 67 (9), 942-968. <https://doi.org/10.1002/jclp.20816>
32. Lumley, M. A., Neely, L. C., Burger, A. J. (2007). The assessment of alexithymia in medical settings: implications for understanding and treating health problems. *Journal of Personality Assessment*, 89 (3), 230-46. <https://doi.org/10.1080/00223890701629698>

33. Molinengo G., Romeo A., Trombetta T., Rollè L., Castelli L., Loera B. (2023). Shortened version of TAS using IRT: The 10-item scale for adolescents. *Personality and Individual Differences*, 205. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2022.112077>
34. Murphy, J., Brewer, R., Catmur, C., Bird, G. (2017). Interoception and psychopathology: A developmental neuroscience perspective. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 23, 45–56. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2016.12.006>
35. Murphy, J., Catmur, C., Bird, G. (2018). Alexithymia is associated with a multidomain, multidimensional failure of interoception: Evidence From Novel Tests. *Journal of Experimental Psychology: General*, 147 (3), 398–408. <https://doi.org/10.1037/xge0000366>
36. Negri, A., Mariani, R., Di Trani, M. (2022). Comunicazione emotiva e processi di cambiamento. Comprendere la psicoterapia attraverso la teoria del codice multiplo: di Wilma Bucci, 2022 - GIOVANNI FIORITI EDITORE, ROMA. *Ricerca Psicoanalitica*, 33 (2), 403-408. <https://doi.org/10.4081/rp.2022.665>
37. Nemiah, J. C. (1977). Alexithymia: Theoretical Considerations. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28(1/4), *Toward a Theory of Psychosomatic Disorders: Alexithymia, Pensée opératoire, Psychosomatisches Phänomen: Proceedings of the 11th European Conference on Psychosomatic Research Heidelberg*, 199-206. <https://www.jstor.org/stable/45114863>
38. Nemiah, J. C., Sifneos, P.E. (1970). Psychosomatic Illness: A Problem in Communication. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 18(1/6), *Recent Research in Psychosomatics: Proceedings of the 8th European Conference on Psychosomatic Research*, 154-160. <https://www.jstor.org/stable/45113672>
39. Plamper, J. (2018). Storia delle emozioni. *Il Mulino*, Bologna.
40. Porcelli, P. La diagnosi psicologica in medicina psicosomatica. *Università degli Studi "Gabriele D'Annunzio" di Chieti e Pescara*, 11-57. https://www.disputer.unich.it/sites/st13/files/porcelli-diagnosi_f.angeli.pdf
41. Porcelli, P. (2008). Lo stato dell'arte della ricerca sull'alexithymia. *V Congresso Nazionale GRP, Foligno*, 1-9. <https://www.psychomedia.it/grp/foligno-2008/Porcelli-Text.pdf>

42. Porcelli, P. (2018). Epigenetica e psicosomatica: dal laboratorio alla clinica. *Franco Angeli*, 72-82
[.https://www.researchgate.net/profile/Piero-Porcelli/publication/328467108_Epigenetica_e_psicosomatica_dal_laboratorio_alla_clinica/links/5da23b2d45851553ff8c23c8/Epigenetica-e-psicosomatica-dal-laboratorio-alla-clinica.pdf?_sg%5B0%5D=started_experiment_milestone&origin=journalDetail](https://www.researchgate.net/profile/Piero-Porcelli/publication/328467108_Epigenetica_e_psicosomatica_dal_laboratorio_alla_clinica/links/5da23b2d45851553ff8c23c8/Epigenetica-e-psicosomatica-dal-laboratorio-alla-clinica.pdf?_sg%5B0%5D=started_experiment_milestone&origin=journalDetail)
43. Preece, D., Becerra, R., Allan, A., Robinson, K., & Dandy, J. (2017). Establishing the theoretical components of alexithymia via factor analysis: Introduction and validation of the attention-appraisal model of alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 119, 341–352. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.08.003>
44. Preece, D. A., Becerra, R., Robinson, K., Allan, A., Boves, M. (2020). What is alexithymia? Using factor analysis to establish its latent structure and relationship with fantasizing and emotional reactivity, *Journal of Personality*, 88 (6), 1162-1176. <https://doi.org/10.1111/jopy.12563>
45. Šago, D., Babić, G. (2019). Roots of alexithymia. *Archives of Psychiatry Research: An International Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 55(1), 71–84. <https://doi.org/10.20471/may.2019.55.01.06>
46. Samur, D., Tops, M., Schlinkert, C., Quirin, M., Cuijpers, P., Koole, S.L. (2013). Four decades of research on alexithymia: moving toward clinical applications. *Frontiers in Psychology*, 4 (861), 1-4. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00861>
47. Scarpazza, C., Zangrossi, A., Huang, YC, Sartori, G., Massaro, S. (2022). Disentangling interoceptive abilities in alexithymia. *Psychological Research*, 86, 844–857. <https://doi.org/10.1007/s00426-021-01538-x>

48. Shah, P., Hall, R., Catmur, C., Bird, G. (2016). Alexithymia, not autism, is associated with impaired interoception. *Cortex*, 81, 215-20. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2016.03.021>
49. Solano, L. (2010). Some thoughts between body and mind in the light of Wilma Bucci's multiple code theory. *The International Journal of Psychoanalysis*, 91 (6), 1445-1464. <https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2010.00359.x>
50. Solano, L. (2013). Tra mente e corpo. Come si costruisce la salute. *Raffaello Cortina Editore, Milano*.
51. Taylor, G. J. (2000). Recent Developments in Alexithymia Theory and Research. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 45(2), 134-142. <https://doi.org/10.1177/070674370004500203>
52. Taylor, G. J. (2003). Somatization and conversion: distinct or overlapping constructs?. *Journal of The American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 31 (3), 487-508. <https://doi.org/10.1521/jaap.31.3.487.22136>
53. Taylor, G. J. (2010). Affects, trauma, and mechanisms of symptom formation: a tribute to John C. Nemiah, MD (1918-2009). *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79 (6), 339-349. <https://doi.org/10.1159/000320119>
54. Taylor, G. J., Bagby, R. M., Parker, J. D. A. (1991). The Alexithymia Construct: A Potential Paradigm for Psychosomatic Medicine. *The Academy of Psychosomatic Medicine*, 32(2), 153-164. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(91\)72086-0](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(91)72086-0)
55. Taylor, G. J., Bagby, R. M. (2004). New trends in alexithymia research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73 (2), 68-77, <https://doi.org/10.2307/48510800> <https://www.jstor.org/stable/10.2307/48510800>
56. Taylor, G. J., Bagby, R. M. (2013). Psychoanalysis and Empirical Research: The Example of Alexithymia. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 61 (1), 99-133. <https://doi.org/10.1177/0003065112474066>
57. Taylor, G. J., Bagby, R. M. (2021). Examining Proposed Changes to the Conceptualization of the Alexithymia Construct: The Way Forward Tilts to the Past.

Psychotherapy and Psychosomatics, 90, 145-155.

<https://www.karger.com/Article/FullText/511988>

58. Van der Velde, J., Servaas, M. N., Goerlich, K. S., Bruggeman, R., Horton, P., Costafreda, S. G., Aleman, A. (2013). Neural correlates of alexithymia: A meta-analysis of emotion processing studies. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 37 (8), 1774-1785. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2013.07.008>

RINGRAZIAMENTI

Questo percorso universitario è giunto al termine, crederci sembra quasi impossibile.

Non avrei mai pensato o creduto di arrivare fino alla fine, invece ecco che finalmente vedo concludersi un viaggio che mi ha arricchita e fortificata, mi ha insegnato a valorizzare i miei interessi, lavorare con costanza e impegno, ma soprattutto a credere in me stessa.

Desidero innanzitutto ringraziare la relatrice di questa tesi, la professoressa Barbara Sini, per avermi accompagnato in questo passo finale del mio percorso e per la sua disponibilità, gentilezza e pazienza dimostrate durante la stesura del lavoro.

I miei ringraziamenti più grandi e sinceri vanno soprattutto alla mia famiglia.

Grazie mamma per essermi sempre stata accanto, per aver creduto in me, ma soprattutto per avermi insegnato a non mollare mai. Sei e sarai sempre un esempio per me.

Grazie Nonna Maria e Nonno Turi per avermi permesso di frequentare l'università e per avermi sostenuto sempre con un sorriso, un buon piatto a tavola e tanto calore in famiglia.

Grazie Nonna Gianna e Nonno Ambrogio per avermi sempre spronata a dare il meglio di me e per avermi consolata nei momenti di difficoltà.

Grazie Chloé e Noemi per essere le sorelle che non ho mai avuto, spero di essere stata e di essere in futuro un punto di riferimento, una spalla su cui piangere e una mano da prendere nel momento del bisogno.

Grazie anche a te zia Barbara per non aver mai perso il sorriso e la voglia di affrontare la vita con un sorriso, mi hai sempre trasmesso tanta grinta e forza nell'affrontare le difficoltà più grandi.

Ringrazio il mio ragazzo, Andrea, per avermi sopportato e supportato nelle giornate gioiose e in quelle buie, per essermi stato di conforto e per avermi spronato nei momenti difficili, ma soprattutto per amarmi semplicemente così come sono.

Ringrazio i miei amici: Daniela, Nathalie e Robert che ormai da anni fanno parte della mia vita nonostante le mie stranezze e spero di non perdere mai la possibilità di condividere le mie sconfitte, ma soprattutto di festeggiare con loro i miei successi, perché fanno parte di essi.

Ringrazio infine le mie compagne di corso, Rachele e Chiara, che mi hanno accompagnato durante il mio percorso universitario e mi hanno sempre teso la mano nel momento del bisogno.