

Luigi Pastore, Sara Dellantonio

L'identificazione percettiva e la consapevolezza delle emozioni: alessitimia, agnosia e il ruolo delle sensazioni qualitative

(doi: 10.1422/93576)

Sistemi intelligenti (ISSN 1120-9550)

Fascicolo 2, agosto 2019

Ente di appartenenza:

Università degli studi di Trento (unitn)

Copyright © by Società editrice il Mulino, Bologna. Tutti i diritti sono riservati.

Per altre informazioni si veda <https://www.rivisteweb.it>

Licenza d'uso

L'articolo è messo a disposizione dell'utente in licenza per uso esclusivamente privato e personale, senza scopo di lucro e senza fini direttamente o indirettamente commerciali. Salvo quanto espressamente previsto dalla licenza d'uso Rivisteweb, è fatto divieto di riprodurre, trasmettere, distribuire o altrimenti utilizzare l'articolo, per qualsiasi scopo o fine. Tutti i diritti sono riservati.

L'IDENTIFICAZIONE PERCETTIVA
E LA CONSAPEVOLEZZA DELLE EMOZIONI:
ALESSITIMIA, AGNOSIA E IL RUOLO
DELLE SENSAZIONI QUALITATIVE

1. INTRODUZIONE

L'alessitimia è un disturbo della consapevolezza del vissuto emotivo che si manifesta principalmente nell'incapacità di identificare le proprie emozioni e di parlarne, ossia di descriverle in maniera adeguata. Chi ne soffre, in situazioni emotivamente salienti, tende a essere consapevole di mutamenti fisici che avvengono a livello corporeo – per esempio dell'aumento della frequenza cardiaca, respiratoria, della temperatura, della tensione muscolare e simili – ma non prova emozioni vere e proprie, ossia non ha una esperienza qualitativa specifica e consapevole del proprio vissuto emotivo. La natura di questo disturbo lo rende particolarmente interessante per comprendere come le emozioni sono elaborate da parte del sistema cognitivo.

In questo articolo intendiamo discutere un'ipotesi sulla natura dell'alessitimia che la considera come una forma specifica di *agnosia, propriamente una agnosia emotiva*. L'agnosia è tipicamente definita come un deficit percettivo che può colpire tutte le modalità sensoriali: pur in possesso di sistemi sensoriali intatti, chi ne soffre non riesce a riconoscere e identificare oggetti noti. L'idea che l'alessitimia possa essere concepita come una forma di agnosia emotiva è già stata proposta da diversi autori. In questa sede non ci limiteremo a descrivere questa congettura, ma cercheremo di metterla alla prova esaminando in dettaglio le affinità e le differenze che caratterizzano (i sintomi di) alessitimia e agnosia. Per quanto concerne l'agnosia prenderemo in considerazione la forma meglio nota, quella visiva. La nostra analisi cercherà di mettere in luce come effettivamente fra questi due disturbi sussistano evidenti analogie e come queste analogie permettano di formulare alcune ipotesi circa la natura delle emozioni e i passi attraverso cui queste vengono elaborate da parte del sistema cognitivo.

In letteratura le teorie delle emozioni si dividono in due famiglie principali. Su un versante si collocano le cosiddette teorie cognitive secondo le quali la consapevolezza emotiva dipende da fattori legati alla conoscenza delle circostanze che caratterizzano l'episodio emotivo e

alla valutazione del tipo di impatto che queste hanno su chi le vive. Su un altro versante si collocano le teorie cosiddette percettive, secondo le quali la consapevolezza emotiva è dovuta a segnali percettivi specifici interni di carattere corporeo. Si tratta di segnali legati all'interocezione e alla propriocezione, ossia a sensazioni corporee riconducibili, da una parte, a stati legati agli organi interni quali battito cardiaco, respirazione, temperatura, fatica, fame, sete, dolore e, da un'altra, a stati legati al sistema muscolo-scheletrico come postura e tensione muscolare (per una panoramica cfr. p.es. Dellantonio e Pastore 2017, cap. 5).

Come si cercherà di mostrare, le analogie che sussistono fra alessitimia e agnosia forniscono buone ragioni a conferma di una teoria percettiva delle emozioni di tipo particolare. Tale teoria può assumere diverse forme e venire a patti in diversi modi con le posizioni che sostengono l'importanza della cognizione rispetto all'esperienza emotiva. Tuttavia, questa concezione impone un modello per cui l'identificazione e il riconoscimento delle emozioni avviene grazie a un processo di elaborazione di informazione percettiva interna di carattere corporeo analogo a quello che ci permette di identificare e riconoscere oggetti nel mondo esterno sulla base di informazione percettiva di carattere esterno (esterocettiva). Mentre l'agnosia è un disturbo della percezione esterocettiva, l'alessitimia è un disturbo della percezione interna (corporea, interocettiva e propriocettiva).

Il parallelismo fra alessitimia e agnosia corrobora una concezione per cui le emozioni non coincidono *ipso facto* con i cambiamenti corporei che avvengono durante un episodio emotivo (tant'è che, in situazioni emotivamente salienti, gli alessitimici percepiscono cambiamenti corporei, ma non emozioni); per risultare accessibili alla consapevolezza nella forma specifica di emozioni, i segnali corporei – l'interocezione e la propriocezione – devono essere opportunamente elaborati e integrati in una rappresentazione qualitativa globale consapevole che permette a chi li prova di riconoscerli e identificarli come emozioni. Così come l'agnosia è dovuta al fatto che l'informazione esterocettiva è percepita in maniera destrutturata, disorganizzata o comunque non integrata, l'alessitimia è dovuta al fatto che l'informazione interocettiva e propriocettiva è percepita in maniera destrutturata, disorganizzata o comunque non integrata. In entrambi i casi, il percepito non accede alla consapevolezza in maniera globale e dunque non può essere adeguatamente riconosciuto e concettualizzato.

2. ALESSITIMIA: STORIA E DESCRIZIONE DEL COSTRUTTO

Il termine *alessitimia* è un neologismo ricavato dalla lingua greca (*a* privativo, *lexis*: parola, *thymos*: emozione) che fu coniato per descrivere la condizione di alcuni pazienti che manifestavano evidenti difficoltà

nella verbalizzazione delle loro emozioni. Il termine venne introdotto originariamente nel lessico della psichiatria da Peter E. Sifneos all'inizio degli anni '70 per portare a sistema diverse osservazioni cliniche condotte indipendentemente da diversi gruppi di studiosi, in particolare a Parigi e Boston, su pazienti affetti da patologie psicosomatiche classiche in trattamento con metodo psicoanalitico. Al di là della specificità delle singole patologie, questi pazienti erano accomunati soprattutto da un bizzarro comportamento verbale: con livelli differenti di gravità essi manifestavano marcate difficoltà nel nominare, descrivere, esemplificare o contestualizzare i propri vissuti emotivi, come se non fossero in grado di identificare, riconoscere e indicare le proprietà salienti dei fenomeni cui i termini emotivi si riferiscono (Sifneos, 1967; Nemiah e Sifneos, 1970; Sifneos, 1972) come anche i loro toni edonici specifici (Krystal, 1988). Inoltre essi manifestavano una spiccata tendenza a sostituire (surrogare) la descrizione del vissuto emotivo nel suo complesso con la descrizione di specifiche sensazioni somatiche tipiche dell'attivazione corporea appartenente a un episodio emotivo, come la tensione muscolare, la respirazione o l'accelerazione del battito cardiaco, il mutamento di temperatura percepita e simili o con un dettagliato resoconto della situazione e delle circostanze in cui il vissuto aveva avuto luogo (Sifneos, 1974; Taylor, 1994). Questi ultimi tratti del comportamento verbale dei pazienti psicosomatici erano stati descritti da due psichiatri di scuola francese, Pierre Marty e Michel de M'Uzan, che li avevano classificati come *pensiero operatorio* (Marty e de M'Uzan, 1963; Marty, de M'Uzan e David, 1963), tra le cui proprietà figura uno stile narrativo caratterizzato da scarsa capacità immaginativa, povertà di linguaggio metaforico e assenza di ritmica nell'espressione verbale (*aprosodia*), come se per costoro l'esperienza emotiva fosse qualcosa di completamente estraneo e indifferente (von Rad, 1983; Krystal, 1988).

Nel complesso queste caratteristiche furono ritenute da Sifneos la manifestazione di una *personalità alessitimica* dotata di struttura unitaria e coerente: un tipo di personalità responsabile di questo bizzarro comportamento verbale così come della sintomatologia psicosomatica (dovuti a una forma di ipersensibilità nei confronti di specifiche sensazioni corporee, Sifneos, 1974). L'ipotesi che l'alessitimia possa individuare un tipo specifico di "personalità patologica" non ha retto alla prova dei fatti: vi è ampia convergenza circa la sua inattendibilità (cfr. Gerhard, 1988; Taylor, Bagby e Parker, 1997), poiché aspetti caratteristici dell'alessitimia, a vari livelli di gravità, sono riscontrati in popolazioni cliniche diverse da quelle dei pazienti psicosomatici classici, tra cui chi soffre di disturbi neurologici, malattie neurodegenerative, condizioni psichiatriche quali depressione, suicidalità, schizofrenia, disturbi dello spettro autistico (ASD), disturbi del comportamento alimentare, attacchi di panico ecc. (Taylor *et al.*, 1991; Jimerson *et al.*, 1994; Parker *et al.*, 1993; Timoney e Holder, 2013). Ulteriori studi hanno inoltre mostrato la

presenza di tratti Alessitimici in parte non trascurabile della popolazione non clinica (circa il 10% della popolazione generale, cfr. Taylor, Bagby e Parker, 1997; Salminen, 1999; Rinaldi *et al.*, 2017). Questa evidenza ha modificato alla radice l'immagine dell'alessitimia che è considerata oggi come fenomeno subclinico e tratto di personalità con caratteristiche dimensionali (Taylor, Bagby e Parker, 1997; Grabe, Spitzer e Freyberger, 2001; Timoney e Holder, 2013).

Altri aspetti della costruzione teorica di Sifneos hanno però conservato validità, tra cui l'alessitimia quale disturbo specifico della *consapevolezza soggettiva dell'esperienza emotiva*. Per quanto sia uno dei sintomi più evidenti e noti dell'alessitimia, in questa prospettiva il deficit di verbalizzazione delle emozioni rappresenta solo un fattore riconducibile a un problema più generale relativo all'incapacità soggettiva di sviluppare una rappresentazione complessiva e consapevole del vissuto emotivo nelle sue caratteristiche intrinseche e qualitative. È quest'ultima che permette di percepire, identificare e riconoscere l'emozione in maniera immediata e consapevole e di sentirla come una parte propria del vissuto soggettivo. Anche i limiti di immaginazione, la povertà di linguaggio metaforico e il pensiero operatorio vengono a costituire fattori manifesti che possono essere ricondotti al rango di conseguenza di una più o meno accentuata incapacità soggettiva di percepire e rappresentare in maniera globale e adeguata il vissuto emotivo e di discriminare all'interno delle sue componenti¹.

La costruzione di Sifneos si incentrava principalmente sulla prospettiva di prima persona, ossia sulla comprensione soggettiva del *proprio* vissuto emotivo. Nel corso del tempo l'alessitimia ha conosciuto uno slittamento concettuale che ha avuto ripercussioni sul nucleo teorico originario, sulla ricerca empirica e sulle ipotesi etiologiche. I problemi interpersonali degli Alessitimici erano noti e tuttavia considerati come un "effetto collaterale" delle distorsioni comunicative dovute all'alessitimia (Sifneos, 1975; Krystal, 1988). Tuttavia, gradualmente la componente intersoggettiva ha guadagnato centralità concettuale e i problemi sociali degli Alessitimici sono stati assimilati ai deficit di competenza empatica: il riconoscimento e la comprensione delle altrui emozioni sono entrati così – in maniera più o meno diretta – a far parte della dimensione concettuale dell'alessitimia stessa. Questo slittamento di prospettiva è avvenuto per ragioni empiriche e metodologiche, legate allo sviluppo degli strumenti psicometrici di valutazione e diagnosi dell'alessitimia.

¹ In letteratura sono noti molti tratti comportamentali collegati all'alessitimia, come rigidità nella postura, compromissione dell'espressione facciale delle emozioni, spiccata tendenza a mantenere distanza interpersonale, spiccata tendenza al conformismo sociale, scarsa capacità di ricordare l'attività onirica. Tuttavia, come sottolineano per esempio Taylor, Bagby e Parker (1997, 29) "while these characteristics often are associated with alexithymia, they are not part of the theoretical core of the construct".

Nella definizione originaria grande peso era attribuito alla prospettiva della prima persona: come quantificare e misurare la consapevolezza emotiva? Per risolvere il problema uno dei primi strumenti impiegati per valutare l'alessitimia – il *Beth Israel Questionnaire* (Sifneos, 1973) – era stato concepito per concedere ampia apertura di credito all'opinione di chi somministrava lo strumento all'interno di un colloquio clinico. In questo contesto il peso del riconoscimento e della comprensione delle altrui emozioni era estremamente limitato. Con lo sviluppo di altri strumenti, tra cui la *Schalling-Sifneos Personality Scale* (Apfel e Sifneos, 1979) e la *MMPI-Alexithymia Scale* (Kleiger e Kinsman, 1980), si comincia a limitare l'incidenza diretta dell'opinione del somministratore e spostare l'attenzione dalla generale descrizione dell'emozione in prima persona anche alla descrizione ad altri della propria esperienza emotiva. A partire dalla metà degli anni '80 viene sviluppata da parte della Scuola di Toronto la *Toronto Alexithymia Scale – TAS* (Taylor, Ryan e Bagby, 1985) che – dopo revisioni e aggiustamenti – ha dato origine alla TAS-20 (Bagby, Parker e Taylor, 1994), lo strumento a oggi più utilizzato per la valutazione dell'alessitimia, che fornisce un'operationalizzazione psicometricamente più solida del costrutto. La TAS-20 si basa su un questionario di autovalutazione composto da 20 domande che monitorano tre fattori: difficoltà nel distinguere tra sentimenti e sensazioni corporee (identificazione delle emozioni), difficoltà nel descrivere i sentimenti (povertà descrittiva delle emozioni) e pensiero orientato verso l'esterno (pensiero operatorio). Anche se in maniera indiretta, anche la TAS-20 esamina la qualità della comunicazione e del rapporto con gli altri². Inoltre, e questo è l'aspetto più rilevante, poiché la TAS-20 si basa su un questionario di autovalutazione, alle persone è richiesta una certa competenza introspettiva, che, stando al costrutto originario, sarebbe anche la capacità più deficitaria. Si tratta di un problema epistemologico e metodologico non da poco, ovviato raccomandando la somministrazione della TAS in associazione a strumenti di verifica indiretta della performance soggetti valutati, soprattutto in relazione alla loro competenza e consapevolezza emotiva (cfr. *i.a.* Baldoni, 2010).

A tal proposito uno degli strumenti più impiegati è la LEAS (*Levels of Emotional Awareness Scale*), una scala codificata a opera di Lane e Schwartz (Lane e Schwartz, 1987) volta alla valutazione dei livelli di consapevolezza emotiva secondo cui la piena consapevolezza emotiva implica una piena percezione e comprensione del proprio vissuto emotivo

² Nel campo della ricerca empirica sull'alessitimia sono in uso anche strumenti psicometrici quantitativi alternativi alla TAS. Uno tra i più noti è il *BVAQ - Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire* un questionario di autovalutazione strutturato in base a cinque fattori: identificazione delle emozioni, uso dell'immaginazione, verbalizzazione delle emozioni, riconoscimento interno o esterno dell'origine dell'emozione, capacità di analisi dell'emozione (Vorst e Bermond, 2001).

accompagnata da una piena padronanza della percezione e interpretazione del vissuto emotivo altrui (Lane *et al.*, 1990). TAS e LEAS correlano inversamente, ossia tanto maggiore è il peso dei tratti Alessitimici riscontrati tanto peggiore è la performance sulla LEAS e viceversa. L'associazione costante nella somministrazione di TAS e LEAS ha *de facto* indotto a prestare maggiore attenzione alla stima della comprensione delle emozioni altrui anche nel campo della valutazione dell'alessitimia e ha condotto a uno slittamento concettuale nella concezione dell'alessitimia che ha avuto ricadute anche sulla ricerca empirica.

Per un verso, considerare il riconoscimento e la comprensione delle altrui emozioni ha "liberalizzato" il concetto di Alessitimia, sottraendolo al campo della ricerca psichiatrica e psicodinamica in cui era sorto, spingendolo nell'orbita della ricerca cognitiva volte a indagare disfunzioni relazionali dovute a "deficit di empatia" (Moriguchi *et al.*, 2007; Sonnby-Borgström, 2009) o di "teoria della mente" (cfr. Moriguchi *et al.*, 2006), assimilando l'alessitimia al più ampio campo dei deficit di "intelligenza emotiva" (Goleman, 1996) o di "competenza emotiva" (Saarni, 1999).

Per altro verso, questa situazione ha permesso un potenziamento e un'estensione della ricerca volta a indagare l'etiologia dell'alessitimia. I paradigmi basati sul riconoscimento delle emozioni degli altri hanno permesso di condurre ricerche sull'alessitimia non più basate sulla componente linguistica, come obbliga in certo qual modo il questionario di autovalutazione, ma utilizzando anche tecniche in grado di raccogliere anche evidenza di tipo fisiologico e neuropsicologico che necessitano della somministrazione di stimoli non linguistici, prima scarsamente impiegati: per esempio misure legate alla reazione a stimoli visivi, tra cui il riconoscimento delle emozioni nei volti, stimoli uditivi, tra cui la reazione e valutazione dell'aprosodia espressiva e ricettiva (cfr. Taylor, 1987; Caretti e La Barbera, 2005; Timoney e Holder, 2013). L'evidenza così raccolta ha portato alla formulazione di ipotesi funzionali sulla natura e genesi dell'alessitimia, considerata come problema relativo alla costituzione della consapevolezza dei vissuti affettivi dovuto a un deficit di elaborazione dell'informazione emotiva (Sifneos, 1994; Vermeulen, Luminet e Corneille, 2006; Taylor e Bagby, 2013) oppure, secondo un'interpretazione più "liberale", quale esito di uno *stile* particolare di elaborazione cognitiva (Subic-Wrana, 2011).

In letteratura sono state proposte numerose congetture circa le possibili cause dell'alessitimia, che tengono conto, fra l'altro, della distinzione fra Alessitimia primaria (dovuta a cause biologiche e non trattabile terapeuticamente) e secondaria (che deriva da un trauma psicologico o organico e dà origine a sintomi temporanei o permanenti) e che ipotizzano il coinvolgimento di aree cerebrali anche molto diverse fra loro (Messina, Beadle e Paradiso, 2014, 41 ss.; Poquérousse *et al.*, 2018). Sul piano dei modelli di Alessitimia, tuttavia, la contrapposizione principale è fra le posizioni che sostengono una concezione continua vs.

discreta dell'alessitimia. Secondo le prime, l'alessitimia è da intendersi come un tratto di personalità con caratteristiche dimensionali che si sviluppano lungo un continuum con livelli di gravità differenti. In base alle seconde, l'alessitimia è dovuta a deficit specifici di diversa natura che danno luogo a vari tipi di alessitimia.

Il più importante modello di questa seconda fattispecie è quello proposto da Bermond e Vorst (Bermond, 1997; Bermond, Vorst e Mormann, 2006). Secondo questo modello l'informazione è elaborata da due distinti moduli, responsabili degli aspetti emotivi e cognitivi dell'alessitimia, ciascuno dei quali può esser danneggiato; alcuni aspetti tipici dell'alessitimia possono insorgere nel caso i due non fossero sincronizzati opportunamente. Ne deriva l'esistenza di quattro tipologie di alessitimia, due tipi (categorie) principali (cognitivo ed emotivo) e due sottotipi. L'alessitimia di primo tipo è caratterizzata dal danneggiamento di entrambi i moduli ossia da bassa capacità percepire segnali affettivi e bassa capacità cognitiva; il secondo e il terzo tipo sono contrassegnati dal danneggiamento rispettivamente di uno o dell'altro dei moduli e dunque da alta capacità di percepire segnali affettivi, ma da bassa capacità cognitiva (secondo tipo) e da bassa capacità di percepire i segnali affettivi e da alta capacità cognitiva (terzo tipo). Nel quarto tipo il problema sarebbe riconducibile alla sincronizzazione: ci sarebbe altra capacità di percepire segnali affettivi e alta capacità cognitiva, solo che il secondo modulo si attiva prima e ha prevalenza sul secondo.

Per effetto del suo modularismo questo modo di intendere l'alessitimia reintroduce una concezione categoriale del costrutto, contraria all'idea che si tratti di una condizione caratterizzata da un continuum di tratti di gravità crescente, e ne propone un'interpretazione più legata alla fisiologia (Timoney e Holder, 2013). Si tratta tuttavia di una ipotesi scarsamente supportata da un punto di vista empirico ed è ritenuta quantomeno controversa (Bagby *et al.*, 2009). Per questa ragione, l'analisi che proponiamo privilegia una interpretazione continuista (il cui contenuto specifico sarà descritto nei prossimi paragrafi). Va tuttavia precisato come l'ipotesi presa in considerazione nella nostra analisi – il sussistere di un parallelismo fra alessitimia e agnosia dal punto di vista delle loro manifestazioni sintomatologiche – sia potenzialmente compatibile con entrambe queste interpretazioni e sia pertanto ameno parzialmente indipendente da esse. Infatti, come si chiarirà più avanti (§ 4), sebbene il parallelismo fra agnosia e alessitimia vada a sostegno di una concezione dell'alessitimia quale disturbo percettivo, alcuni dei suoi sintomi nei casi meno gravi possono riguardare deficit cognitivi inerenti la categorizzazione di percetti oppure la capacità di legare concetti e parole. Si renderebbe così conto del sussistere di tipi di alessitimia non percettivi, dovuti a basse capacità cognitive o a problemi di sincronizzazione fra percezione e cognizione.

3. ALESSITIMIA COME DEFICIT DI ELABORAZIONE DELL'INFORMAZIONE PERCETTIVA INTERNA

Un'interessante lettura dei processi di elaborazione dell'informazione che portano alla consapevolezza emotiva è offerta dalla nozione di *emotional awareness* proposta da Lane e Schwartz (Lane e Schwartz, 1987; Lane *et al.*, 1990). A loro avviso la consapevolezza emotiva non è qualcosa che gli individui posseggono fin dai primi stadi del loro sviluppo cognitivo, ma una "conquista" cui si giunge progressivamente, grazie a una serie di trasformazioni strutturali nel modo di elaborare l'informazione emotiva analoghe a quelle descritte da Piaget in relazione all'acquisizione di conoscenza relativa al mondo esterno. Tuttavia, mentre la teoria di Piaget ambisce unicamente a dare conto dell'ontogenesi delle nostre capacità percettive, quella di Lane e Schwartz vuole dare conto non solo dell'ontogenesi delle nostre capacità di elaborazione emotiva, ma anche degli stadi di elaborazione del segnale emotivo nei singoli episodi della nostra vita adulta in cui abbiamo una emozione: "Although this perspective applies to cognitive development in the ontogenic sense, cognitive activity at a given moment can be viewed as a construction that recapitulates the sequence of ontogenic development." (Lane e Schwartz, 1987, 136). L'idea è che, affinché si abbia consapevolezza di un'emozione, il segnale emotivo debba essere opportunamente elaborato e subire diverse trasformazioni di complessità crescente i cui passi rispecchiano gli stadi ontogenetici dello sviluppo delle nostre capacità emotive.

In base a questa ipotesi, a un primo livello l'informazione emotiva è percepita unicamente sotto forma di sensazioni corporee come il cambiamento della temperatura percepita, della tensione muscolare, del battito cardiaco, della respirazione e simili ("awareness of bodily sensations"). A un secondo livello, alle sensazioni corporee tipicamente associate alle emozioni si aggiunge la percezione dei cambiamenti corporei ulteriori legati alla spinta all'azione (come aggressività, tendenze alla fuga e simili) generando una "awareness of the body in action". Solo a un terzo livello di elaborazione è possibile parlare di consapevolezza dell'emozione vissuta in senso proprio, dove l'emozione acquista la forma di un'esperienza psicologica oltre che somatica. E tuttavia qui non sussiste ancora la capacità di distinguere tra le varie componenti interne dell'emozione e di percepire "emozioni multiple", per questo la consapevolezza emotiva è limitata a una singola emozione ("awareness of individual feelings"). Al quarto e quinto livello di elaborazione si guadagna una piena consapevolezza emotiva che riguarda non solo una emozione singola, ma anche emozioni complesse e articolate che occorrono contemporaneamente, ottenendo ciò che gli autori denominano una "awareness of blends of feelings" e una "awareness of blends of blends of feelings".

Sebbene Lane e colleghi si concentrino sulla consapevolezza emotiva, la loro concezione non trascura alcuni aspetti caratteristici della teoria delle emozioni, tra cui in primo luogo il ruolo dell'*appraisal* e del linguaggio. L'*appraisal* rappresenta un giudizio circa il modo in cui la situazione all'origine dell'emozione ci influenza che ci permette di stabilire se questa per noi è positiva o negativa da vari punti di vista e quindi di (re)agire opportunamente³. Nella concezione di Lane e Schwartz (1987, 134) l'*appraisal* è uno dei fattori cognitivi che determina quale emozione proveremo: se la situazione si rivela per noi positiva o negativa, questo ci porterà a provare una corrispondente emozione positiva o negativa (quale emozione positiva o negativa proveremo nello specifico dipenderà dal modo in cui la situazione è positiva o negativa per noi). Poiché l'*appraisal* rientra fra i fattori estrinseci di innesco della consapevolezza emotiva, le caratteristiche intrinseche della consapevolezza emotiva possono essere indagate indipendentemente da esso.

Il linguaggio, diversamente, costituisce uno degli elementi grazie a cui l'esperienza emotiva è strutturata e articolata a livello più alto e contribuisce alla discriminazione delle varie componenti dei *blend* emotivi. Da un punto di vista percettivo, questi ultimi si caratterizzano per numerose sfumature che non sarebbero identificabili senza il supporto del linguaggio. Per illustrare questo aspetto Lane e Schwartz (1987, 135) utilizzano in maniera peculiare l'esempio delle molteplici parole a disposizione degli Eskimo per descrivere la neve: l'esperienza percettiva della neve è intrinsecamente complessa perché la neve si può presentare in vari modi (a fiocchi, caduta, ghiacciata, pesante, ecc.); avere molti termini per descriverla ci aiuta a concettualizzare in maniera specifica la nostra esperienza percettiva, distinguendone varie sfumature e dipanandone quindi la complessità. Il linguaggio ci fornisce gli strumenti concettuali per interpretare quello che percepiamo e ci permette di portare l'attenzione sulle sfumature delle nostre sensazioni per cogliere differenze anche molto sottili. Applicato all'esperienza emotiva, esso aiuta a interpretarne la complessità, al fine di comprendere nello specifico cosa stiamo provando. Poiché linguaggi diversi sono portatori di concettualizzazioni diverse, la nostra comprensione dell'esperienza emotiva ad alto livello non è indipendente da fattori culturali mediati appunto dal linguaggio.

Senza entrare in eccessivi tecnicismi, l'elemento centrale della teoria della *emotional awareness* di Lane e Schwartz poggia sull'ipotesi che l'informazione emotiva non sia diversa da altri tipi di informazione e, in particolare, dall'informazione percettiva e che subisca processi di elaborazione spiegabili in maniera analoga. Così come l'informazione

³ Tutte le principali teorie delle emozioni, sia psicologiche sia filosofiche, suggeriscono che le emozioni includono giudizi di *appraisal*. A questo proposito si vedano in particolare Lazarus (1991); Frijda (1986); de Sousa (1987); Oatley e Johnson-Laird (1987).

percezione relativa alla percezione esteroceettiva richiede vari stati di elaborazione al fine di assumere la forma di quella consapevolezza tridimensionale e strutturata del mondo esterno di cui noi tutti siamo abituati a fare esperienza, anche l'informazione emotiva necessita di vari livelli di elaborazione prima di diventare consapevolezza emotiva in senso proprio. Nel caso dell'informazione emotiva ai due capi del processo si collocano le sensazioni corporee (per esempio il cambiamento della temperatura percepita, della tensione muscolare, del battito cardiaco, della respirazione e simile) e la dimensione qualitativa globale dell'esperienza propria delle emozioni complesse.

L'architettura della consapevolezza emotiva (o dell'esperienza emotiva – i due lemmi possono essere intesi come sinonimi in questo contesto) proposta da Lane e Schwartz possiede diversi punti di contatto con un altro importante modello rivolto a comprendere l'esperienza delle emozioni, quale quello proposto da John Lambie e Anthony Marcel (2002). Questo mette a disposizione, fra l'altro, un apparato teorico-concettuale che permette di interpretare la concezione di Lane e Schwartz nel quadro di una teoria filosofica più complessiva circa la natura delle emozioni. Quella avanzata da Lambie e Marcel è una teoria che si sforza di elaborare un approccio in prima persona per rendere conto del modo in cui le persone individuano e categorizzano le proprie emozioni a partire dalle sensazioni che provano. A loro avviso ogni emozione può essere individuata e differenziata da altre sulla base dei *qualia* che le corrispondono: questa esperienza qualitativa o fenomenica è ciò che caratterizza le nostre emozioni nonché il modo in cui ne acquisiamo consapevolezza.

Per Lambie e Marcel (2002) i cambiamenti corporei che avvengono in corrispondenza di una emozione giocano un ruolo centrale rispetto all'esperienza emotiva, tuttavia sarebbe sbagliato ritenere che le due cose coincidono: significherebbe scambiare le cause con gli effetti. Ciascuno dei cambiamenti corporei che avviene in occasione di una emozione genera una sua esperienza qualitativa specifica. Questa descrive ciò che gli autori qualificano come *emotion state*: si tratta di una consapevolezza di primo ordine dell'episodio emotivo che tuttavia di per sé non è sufficiente né per renderci consapevoli di avere una emozione, né dunque per identificarla e classificarla. Per raggiungere questa consapevolezza di più alto livello pienamente sviluppata dell'emozione è necessario avere una *emotion experience* vera e propria. Anche l'*emotion experience* come l'*emotion state* è una esperienza di carattere qualitativo, tuttavia l'*emotion experience* si costituisce a partire dall'*emotion state* attraverso una sua ulteriore elaborazione e integrazione che coinvolge anche processi attentivi e di riflessione introspettiva. Avere una emozione equivale ad essere in uno stato caratterizzato qualitativamente, sviluppato a partire da stati qualitativi di più basso livello derivanti dai cambiamenti corporei.

I modelli di Lane e Schwartz e quello Lambie e Marcel mostrano particolare affinità nel considerare sensazioni somatiche e cambiamenti corporei occorrenti in un episodio emotivo come primo stadio dell'elaborazione dell'informazione emotiva. Una condizione necessaria, ma non sufficiente. Tuttavia, per avere un'esperienza (consapevolezza) emotiva piena è necessario salire di complessità guadagnando un livello più alto di elaborazione dell'informazione che acquista caratteri qualitativi globali non più riducibili alla sommatoria dei meri segnali somatici. Quanti e quali sono esattamente i passi intermedi è una questione ancora aperta, lasciata alla ricerca, a cui Lane e colleghi hanno provato a dare una risposta almeno in via ipotetica.

Come accennato in precedenza, le caratteristiche dell'alessitimia rappresentano un fattore rilevante sia per corroborare questa concezione sul piano empirico sia – ancor più – per provare a dettagliare i livelli di elaborazione dell'informazione emotiva, considerando le conseguenze dei deficit cui l'elaborazione dell'informazione emotiva può andare incontro. Da un punto di vista macroscopico, l'alessitimia rappresenta anzitutto una conferma indiretta del fatto che – sebbene le sensazioni derivanti dai mutamenti corporei che avvengono in corrispondenza dell'emozione svolgano un ruolo rispetto all'esperienza emotiva – quest'ultima non è riducibile a mere sensazioni corporee: l'esperienza qualitativa dell'emozione non è riducibile alla sommatoria delle mere sensazioni interocettive e propriocettive. Come mostra buona parte del materiale etnografico relativo alle osservazioni cliniche condotte su soggetti alessitimici, costoro scambiano e surrogano la descrizione dell'esperienza emotiva con quella delle sensazioni somatiche relative alle attivazioni tipiche occorrenti durante gli episodi emotivi. Più precisamente, in circostanze dotate di salienza emotiva, la loro attenzione e la loro consapevolezza è rivolta alle sensazioni somatiche e non al complesso del vissuto emotivo e alle sue qualità complessive. Da questo punto di vista, è possibile affermare che i soggetti alessitimici avvertono il segnale corporeo quantomeno come parte del segnale emotivo, ma non sono in grado di elaborarlo ulteriormente fino a guadagnare una piena esperienza emotiva.

I soggetti affetti da alessitimia non manifestano problemi cognitivi specifici legati all'elaborazione di informazione non emotiva. Per questo è difficile ipotizzare che l'alessitimia possa essere spiegata alla luce di teorie puramente cognitive delle emozioni secondo le quali il riconoscimento dei nostri stati emotivi non avviene su base percettiva, ma sulla scorta di una conoscenza della situazione in cui questi hanno luogo e di una loro valutazione cognitiva (*appraisal*). La condizione alessitimica induce piuttosto a pensare che la percezione dei segnali corporei che occorrono durante un episodio emotivo sia rilevante rispetto alla consapevolezza emotiva, sebbene questa di per se stessa non sia sufficiente al fine di provare un'emozione in senso proprio. La piena consapevolezza

dell'emozione si consegue, infatti, unicamente a patto che le sensazioni corporee di carattere interocettivo e propriocettivo siano ulteriormente organizzate, strutturate e integrate in un percetto globale caratterizzato da una qualità specifica che i soggetti possono riconoscere in quanto tale e dunque categorizzare e associare a una specifica parola.

4. ALESSITIMIA E AGNOSIA

Per rendere conto dell'alessitimia in termini di deficit di elaborazione di informazione percettiva interna sono state avanzate interpretazioni che la considerano una forma di mancata costituzione di conoscenza a livello della coscienza, ossia come un'*agnosia* e più nello specifico in quanto *agnosia emotiva*. In generale, l'agnosia è un deficit che può colpire l'elaborazione percettiva di tutti i tipi di informazione sensoriale (sebbene l'attenzione maggiore sia stata rivolta alla visione). Chi soffre di agnosia è in grado di recepire in maniera appropriata gli stimoli prossimali e tuttavia non è in grado di sviluppare una percezione in senso proprio, ossia di costituire una rappresentazione in grado di rendere accessibile e consapevole la rappresentazione distale dell'oggetto in questione, impedendone l'identificazione dal punto di vista percettivo o il riconoscimento dal punto di vista concettuale oppure ancora la denominazione dal punto di vista verbale. L'assenza di una rappresentazione completa e strutturata dal punto di vista percettivo impedisce l'associazione con la componente semantica della rappresentazione linguistica (maggiori dettagli sulla base dell'analisi dell'agnosia visiva, cfr. *infra* § 4).

Possiamo provare a trasporre questa breve e sommaria descrizione dei problemi legati alle agnosie nel campo della consapevolezza dell'esperienza emotiva, seguendo quanto affermano Lane e colleghi: "The key point is that the concept of agnosia highlights the importance of mental representation of the emotional meaning of one's perceived interoceptive/somatic emotional reactions states as a prerequisite for both understanding one's experience and naming it [...]. when emotion is not mentally represented appropriately, the emotional response is simply understood as a bodily response, and is not perceived as a differentiated feeling of the type that would be required for use in planning adaptive responses to emotion-eliciting situations or related considerations pertaining to specific experiences in the past" (Lane *et al.*, 2015, 600).

Considerare in parallelo agnosia e alessitimia può essere utile per comprendere il modo in cui il processo di formazione della rappresentazione emotiva nella sua pienezza e globalità proceda attraverso stadi progressivi di elaborazione e come il deficit di consapevolezza emotiva manifestato dagli alessitimici non sia per propria natura diverso da quelli che sono all'origine delle altre agnosie percettive note, rivelando

interessanti somiglianze. Grazie a queste somiglianze è possibile muovere qualche passo ulteriore, anche se speculativo e provvisorio, nella comprensione dell'elaborazione emotiva.

L'ipotesi che l'alessitimia sia interpretabile come una forma di agnosia, in particolare come *agnosia emotiva* ("emotional agnosia"), fu avanzata in chiave puramente speculativa già da Sifneos (1967)⁴. Diversi studi hanno poi ripreso e riarticolato questa posizione, tra cui in particolare quelli di Lane e Schwartz (2015), Lambie e Marcel (2002) e da Jesse Prinz (2004)⁵.

È noto come i pazienti affetti da agnosia visiva esibiscano sintomi tra loro molto diversi e che non esista ancora una tassonomia comunemente e ampiamente accettata in proposito (Farah, 2004, 1-10). Un tentativo molto interessante di classificazione delle agnosie, per quanto datato, è quello proposto nel 1890 da Heinrich Lissauer, il quale distingue fra un'*agnosia appercettiva* (esito di un danno della capacità di formare una rappresentazione strutturata del percelto) e un'*agnosia associativa* (esito di un danno della capacità di associare la rappresentazione del percelto a un concetto o a una parola). Sulla scorta di questa distinzione alcuni autori hanno considerato l'alessitimia come una forma di *agnosia associativa* (Lambie e Marcel, 2002; Prinz, 2004). Altri studi hanno aperto una prospettiva differente (Primmer, 2013; Lane *et al.*, 2015), muovendo dalla constatazione secondo cui l'alessitimia è un costrutto di personalità che si sviluppa lungo un *continuum* e che quindi può manifestarsi in forme diverse con severità scalare. Per Lane e colleghi (2015) le manifestazioni più blande di alessitimia possono essere intese come forme di *anomia*, come cioè incapacità di associare rappresentazioni strutturate a parole; quelle di media gravità possono

⁴ Successivamente Sifneos (1996) ridefinì l'alessitimia come afasia ("*feeling aphasia*"), spostando così l'attenzione sui deficit linguistici propri dell'alessitimia (da cui deriva il suo nome), lasciando aperta la questione della determinazione delle cause alla base del problema linguistico.

⁵ Inizialmente Lane e colleghi (1997) paragonarono l'alessitimia alla visione cieca (*blindsight*), salvo poi abbandonare questa posizione per piegare verso un'interpretazione dell'alessitimia come *agnosia* (Lane *et al.*, 2015, 601-602). Il *blindsight* descrive un disturbo neurologico dovuto a specifiche lesioni cerebrali a causa del quale chi ne soffre diventa cieco (completamente o in un'area del campo visivo) ma è comunque in grado di svolgere alcuni compiti visivi come se vedesse, sebbene non sia cosciente dello stimolo. L'ipotesi che l'alessitimia possa essere considerata affine al *blindsight* è stata ripresa anche in altri studi (cfr. Primmer, 2013). La ragione per cui qui non riprendiamo questa ipotesi non è solo che ha avuto scarso riscontro in letteratura. Un'ulteriore ragione è che non la riteniamo plausibile sul piano funzionale: gli alessitimici non sono 'ciechi' rispetto alle emozioni, ma percepiscono sensazioni e mutamenti somatici disarticolati tra loro anziché il vissuto emotivo nella sua globalità. Inoltre le loro performance in tutti quei compiti che coinvolgono emozioni sono estremamente scarse e non si sono isole di competenza che ci fanno pensare che – a qualche livello – percepiscono le emozioni anche se non ne sono consapevoli.

essere assimilate all'*agnosia associativa*, mentre le manifestazioni più gravi all'*agnosia appercettiva*⁶.

Il limite dell'analogia fra forme di agnosia e di alessitimia di gravità crescente proposta da questi autori risiede nel fatto che la loro analisi non include un confronto tra l'aspetto sintomatologico proprio dell'uno e dell'altro deficit. In quanto segue proveremo a offrire una considerazione in parallelo degli aspetti manifesti delle due condizioni, per meglio sostanziare questa analogia e proporre un'ipotesi unitaria relativa all'elaborazione dell'informazione percettiva per la rappresentazione degli oggetti esterni e per la rappresentazione delle emozioni. Alcuni autori segnalano che il parallelismo fra alessitimia e agnosia non è esente da problemi, legati tra l'altro alla comparazione tra una condizione (come l'alessitimia) che si colloca su un *continuum* e una condizione (l'agnosia) che, pur presentandosi in varianti più o meno gravi a seconda della compromissione del riconoscimento percettivo, viene vista come categoriale. E tuttavia per alcune forme di agnosia, soprattutto la prosopagnosia, si va affermando un'interpretazione di spettro, quindi dimensionale: questa prospettiva autorizza e rafforza l'idea che le due condizioni possano essere poste in relazione non occasionale⁷.

In termini generali *le agnosie visive si definiscono alla stregua di deficit di riconoscimento oggettuale a seguito di lesioni neurali che lasciano tuttavia intatta la capacità di vedere*. A proposito di quest'ultimo aspetto, non sono classificate come agnosie i deficit di discriminazione

⁶ Per questa interpretazione propendono anche gli ideatori della TAS-20 (Taylor, Bagby e Parker, 2016). Non discutiamo qui la tesi – per molti aspetti analoga – di Primmer (2013), poiché a differenza di Primmer noi non consideriamo l'analogia fra *blindsight* e alessitimia (cfr. nota 8). Inoltre, diversamente da Primmer, l'evidenza che utilizzeremo per supportare la nostra ipotesi non è legata al modo in cui gli alessitimici riconoscono le emozioni altrui (caratteristica che non rientra nel nucleo della definizione del costrutto) bensì poggia sulla consapevolezza delle percezioni che gli alessitimici sostengono di avere in seguito a episodi emotivamente salienti.

⁷ Bisogna ricordare che l'agnosia sia un disturbo con molti aspetti ancora inesplorati. La maggior parte di casi di agnosia noti (soprattutto visiva) verte su forme acquisite (a seguito di danni cerebrali), ma sono note anche forme (in casi di prosopagnosia) non acquisite di natura funzionale (Ariel e Sadeh, 1996; Humphreys, Avidal e Bermann, 2007; Geskin e Bermann, 2018). Questo aspetto rafforza la lettura in parallelo tra agnosia e alessitimia. Tratti tipici alessitimici – più o meno marcati – sono riscontrabili in soggetti con danni cerebrali acquisiti e in soggetti che ne sono privi. La duplice origine dell'alessitimia (congenita o acquisita) è ipotesi nota da tempo: Sifneos distingue un'alessitimia innata e una acquisita come effetto di un trauma (Sifneos, Apfel-Savitz e Frankel, 1977); Freyberger distingue una forma primaria di alessitimia, congenita e forse ereditaria, da una secondaria, acquisita a seguito di trauma psicologico o di malattia organica (Freyberger, 1977). Più tardi Sifneos definisce "pseudoalessitimia" la manifestazione di tratti alessitimici su base puramente funzionale, per distinguerla dall'alessitimia dovuta a condizioni (congenite o acquisite) di tipo neurobiologico (Sifneos, 1994). Che l'alessitimia tragga origine da fattori congeniti o acquisiti (con aspetti anche funzionali) è opinione condivisa in letteratura (Messina, Beadle e Paradiso, 2014).

sensoriale che riguardano la capacità di distinguere visivamente tratti caratteristici dello stimolo: possiamo parlare di agnosia solo laddove sia stata accertata l'acutezza visiva e la capacità di discernere forme e colori (McCarthy e Warrington, 1990, 23). In letteratura si distinguono molteplici forme di agnosia anche molto diverse fra loro (cfr. i.a. Farah, 2004), che spesso sono classificate come casi particolari di agnosia appercettiva e associativa (Riddoch e Humphreys, 1987). Tuttavia, in ragione della variabilità dei sintomi manifestati dai pazienti affetti da agnosia, le etichette di agnosia appercettiva e associativa vanno interpretate come termini-cluster che abbracciano deficit simili, ma non identici⁸. Potenzialmente tutte le forme che l'agnosia può assumere possono essere proiettate sul *continuum* alessitimico; tuttavia, per necessità di sintesi, qui considereremo solo le varianti più note.

L'agnosia appercettiva riguarda l'incapacità di identificare percettivamente gli oggetti e si manifesta in modalità molto differenti. Comune denominatore di questi disturbi è il non riuscire a svolgere compiti quali il riconoscimento, la discriminazione e la capacità di collegare stimoli visivi all'esecuzione di altri compiti cognitivi come anche solo copiare (riprodurre su carta) uno stimolo visivo. La figura 1 illustra come un paziente affetto da questo disturbo esegue la copia di una figura: sulla sinistra è raffigurato l'originale e immediatamente sulla destra la copia eseguita dal paziente.

Nell'agnosia appercettiva la percezione dell'oggetto si mostra destrutturata e disorganizzata: chi soffre di questa forma di agnosia non

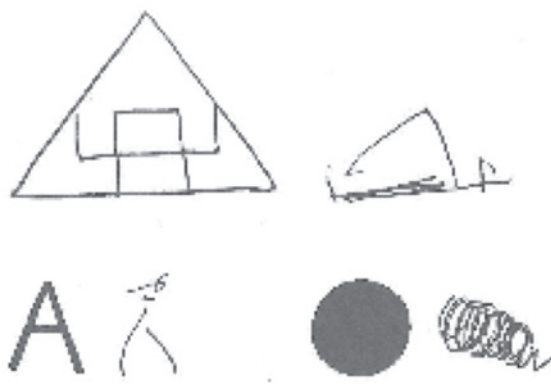


FIG. 1. Disegno di paziente affetto da agnosia appercettiva.

Fonte: Farah (2004, 14).

⁸ Per questa ragione nella sua interpretazione Martha Farah (2004) opta per non classificare come 'agnosia appercettiva' ma solo come 'agnosia visiva' vari deficit apparentati inerenti il riconoscimento percettivo di oggetti.

riesca a ricostruire o a riconoscere l'articolazione delle parti interne del percelto. Poiché il soggetto non è in grado di elaborare una rappresentazione percettiva dell'oggetto distale, non riesce neppure a identificarlo e a concettualizzarlo. Riprendendo una distinzione di Jackendoff (1983) fra concetti (i) *token* e (ii) *type*, ossia fra concetti che servono a identificare (i) *individui in diverse occasioni di presentazione* (per esempio il cane "Pluto" in varie circostanze) e (ii) *classi di oggetti* (l'insieme dei cani), possiamo dire che la mancanza di una rappresentazione percettiva strutturata dell'oggetto inibisce tanto la concettualizzazione *token* quanto quella *type*.

A differenza dell'agnosia appercettiva, l'agnosia associativa non riguarda la capacità di ricostruire o riconoscere la struttura del percelto. Infatti, chi ne soffre è perfettamente in grado di copiare una data figura in maniera anche molto accurata come si evince dalla figura 2 qui sotto (sulla sinistra è rappresentato l'originale e sulla destra la copia eseguita dal paziente). E tuttavia non è in grado di associare questo percelto a un significato, ossia di descriverne la funzione, di pronunciarne il nome o di svolgere compiti non verbali legati alla concettualizzazione dell'oggetto, tra cui individuare all'interno di un insieme di figure tutte quelle appartenenti a un medesimo tipo o classe (per esempio tutte le ancore).



FIG. 2. Disegno di paziente affetto da agnosia associativa.

Fonte: Ratcliff e Newcombe (1982).

Mentre in casi di agnosia appercettiva le persone esperiscono parti disorganizzate e sconnesse, in casi di agnosia associativa vengono esperite forme strutturate in maniera coerente, alle quali però non si riesce ad attribuire un senso e/o ad associare una parola. Il legame percelto/significato può essere spezzato a vari livelli. La disconnessione può essere più grave e riguardare la capacità di *integrare* il percelto: sebbene le parti del percelto siano assemblate correttamente, questo continua a essere percepito come una sommatoria di tratti, senza essere integrato in un complesso coerente che permette il riconoscimento di forme. In letteratura questo particolare deficit è considerato una particolare forma

di agnosia associativa definita agnosia integrativa (cfr. i.a. Riddoch e Humphreys, 1987; Grailet *et al.*, 1990; Aviezer *et al.*, 2007). Questa mancata integrazione impedisce di formare un concetto *token* o di confrontare il percepito con un concetto *token* precedentemente formato al fine di riconoscerlo come ripresentazione del medesimo oggetto individuale già esperito. In altri casi la disconnessione può essere meno grave e riguardare la capacità di mettere in relazione un percepito strutturato a un concetto *type* e quindi di categorizzare ciò che si vede come membro di una classe (per esempio un'ancora come parte dell'insieme delle ancore), preconditione per la sua denominazione. È anche ipotizzabile un problema ancora di più alto livello di semplice anomia che riguarda il legame fra concetto *type* e parola: in questo caso, le persone non sono in grado di denominare ciò che vedono, ma sono in grado di svolgere compiti di riconoscimento non verbale. Ovviamente, poiché le competenze di più alto livello presuppongono quelle di più basso livello, più il deficit è di basso livello più sono gravi e ampie le sue conseguenze.

Queste forme di agnosia sono proiettabili sul *continuum* alessitimico. In situazioni emotivamente salienti, alcuni pazienti alessitimici esibiscono sintomi analoghi a quelli dell'agnosia appercettiva: anziché percepire un pattern chiaro e strutturato di sensazioni, percepiscono in maniera indistinta e disorganizzata la propria attivazione fisica, fino a non riuscire a considerare l'episodio emotivo parte del proprio vissuto. È il caso di quei pazienti che possiedono sentore che qualcosa stia accadendo "dentro di loro", senza tuttavia essere in grado di descrivere di cosa si tratti, di dettagliare le sensazioni che provano oppure – in casi più gravi – di usare il pronome di prima persona "io" nella descrizione, sommaria e generica, dell'episodio in questione (per una casistica, cfr. i.a. Krystal 1988, 243 ss.; von Rad 1983, 87 ss.).

Altri pazienti riportano esperienze invece coerenti con i sintomi dell'agnosia associativa, la cui peculiarità è quella di avere una distinta consapevolezza dei cambiamenti corporei che esperiscono in situazioni emotivamente salienti: non si limitano a provare qualcosa di indefinito, ma sono in grado di riportare nel dettaglio le singole sensazioni che provano (il battito o il respiro accelerato, la tensione muscolare, il cambio di temperatura corporea e simili); tuttavia, nonostante la loro percezione dei cambiamenti corporei sia precisa, sembrano non sapere che cosa stanno provando, soprattutto non sono in condizione di riconoscere ciò che provano in quanto emozione, dal momento che sperimentano ed esaminano la propria attivazione somatica slegata da percezione del tono edonico appropriato (cfr. i.a. Krystal, 1988, 231-241, 252-253).

Anche nel caso dell'alessitimia lo scollamento fra percepito e concetto può essere attribuito a varie capacità più o meno di base che lo rendono rispettivamente più o meno grave. La disconnessione può essere affine a quella rilevata nell'agnosia integrativa: sebbene le singole sensazioni corporee che occorrono in seguito a una situazione emotivamente saliente

siano con buona approssimazione percepite e discriminabili, queste non sono integrate a sufficienza e dunque non danno luogo a un concetto *token* che possa poi a sua volta generare un *type* o essere comparato con un *type* formato precedentemente. In altri casi ancora la disconnessione può essere meno grave e riguardare la capacità di mettere in relazione la percezione di un'emozione con un concetto *type* e quindi di categorizzare questa emozione (riconoscendola per esempio come 'rabbia'): in questi casi è possibile che le persone esperiscano emozioni (che ne abbiano una corretta percezione), ma che non siano in grado di concettualizzarle e dunque anche di associarle a una specifica parola. Sono inoltre ipotizzabili anche problemi di più alto livello – quindi meno gravi – dovuti allo scollamento fra concetto *type* e parola, riconducibili a semplice anomia: in questo caso, la persona è in grado di provare e di concettualizzare un'emozione, ma non di recuperare la parola che la esprime.

5. RIFLESSIONI CONCLUSIVE

Le teorie che spiegano le emozioni come esperienze consapevoli caratterizzate qualitativamente (cfr. *supra* § 3) suggeriscono che esse siano l'esito di processi percettivi che si sviluppano per elaborazione progressiva di segnali corporei a livelli crescenti di complessità. Il parallelismo tra agnosia e Alessitimia non solo supporta questa ipotesi, ma suggerisce che l'elaborazione di informazione corporea di carattere intero-cettivo e pro-cettivo (riconducibile, da una parte, a stati legati agli organi interni quali battito cardiaco, respirazione, temperatura, fatica, fame, sete, dolore e, da un'altra, a stati legati al sistema muscolo-scheletrico come postura e tensione muscolare) e di informazione visiva sia soggetta a deficit analoghi e che dunque l'identificazione e la concettualizzazione delle emozioni e quella di oggetti esterni si sviluppino per passi analoghi e stadi corrispondenti.

Il materiale percettivo grezzo delle emozioni è dato dalle mere sensazioni corporee originate dai cambiamenti fisiologici scatenati da situazioni emotivamente salienti. Quando queste vengono percepite in maniera destrutturata, il soggetto avverte che qualcosa accade nel suo corpo, ma non è in grado di dire cosa: non è in grado neppure di specificare quali sono le specifiche sensazioni corporee che avverte in un dato momento. In questo caso potremmo parlare di agnosia appercettiva emozionale: come nel caso della agnosia appercettiva visiva, il danno è di basso livello e i suoi effetti che si estendono su tutti i passi successivi dell'elaborazione percettiva causando sintomi particolarmente gravi.

Al fine di essere percepite come emozioni, le sensazioni corporee devono non solo essere definite e strutturate, ma anche integrate in modo da formare un percetto unitario che abbia una caratterizzazione qualitativa complessiva ben riconoscibile. Se questa integrazione dei segnali

non ha luogo abbiamo un deficit analogo alla agnosia integrativa visiva. La persona esperisce dei segnali qualitativi strutturati che derivano dai cambiamenti corporei, ma non esperisce la qualità globale del segnale emotivo e dunque non è consapevole di questa emozione.

Altre forme di agnosia associativa evidenziano come la disponibilità di un percolato integrato non sia ancora sufficiente per garantire la capacità di concettualizzarlo. Questa richiede un passo di elaborazione ulteriore. Per concettualizzare un'esperienza emotiva è necessario non solo esperirla in maniera qualitativamente strutturata e integrata, ma anche essere in grado di generalizzarla, elaborandola in forma concettuale (individuando ed estrapolando le caratteristiche comuni con altre esperienze, tali per cui tutte sono intese appartenere a una medesima classe: per esempio sono occorrenze di *rabbia*). Oppure – se il concetto *type* è già disponibile – è necessario essere in grado di confrontare questa esperienza con il concetto così da classificarla. La concettualizzazione dell'esperienza permette fra l'altro di comprenderla a un livello più alto che coinvolge anche il linguaggio, il quale – come sottolineato precedentemente – svolge un ruolo essenziale per discriminare emozioni complesse.

Dal punto di vista più generale della teoria delle emozioni, queste riflessioni supportano anzitutto una teoria percettiva sofisticata delle emozioni, secondo cui gli stati corporei costituiscono i segnali qualitativi dai quali prende le mosse la costituzione della consapevolezza emotiva (che, a vari livelli, si caratterizza anche per importanti componenti cognitive e linguistiche). Volendo estrapolare una prospettiva, l'elemento che questa discussione aiuta a porre in risalto è l'importante ruolo (spesso trascurato soprattutto in ottica cognitivista) svolto dalla dimensione qualitativa dell'esperienza in relazione alla costituzione e allo sviluppo di specifiche tipologie di conoscenza (Dellantonio e Pastore, 2017), in particolare quelle relative ai fenomeni mentali e alla nostra esperienza interna.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Ariel, R.J., Sadeh, M. (1996). Congenital visual agnosia and prosopagnosia in a child: A case report. *Cortex*, 32, pp. 221-240.
- Apfel, R.J., Sifneos, P.E. (1979). Alexithymia: Concept and measurement. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 22, pp. 255-262.
- Aviezer, H., Landau, A.N., Robertson, L.C., Peterson, M.A., Soroker, N., Sacher, Y., Bonneh, Y., Bentin, S. (2007). Implicit integration in a case of integrative visual agnosia. *Neuropsychologia*, 45, pp. 2066-2077.
- Bagby, R.M., Parker, J.D., Taylor, G.J. (1994). The Twenty-item Toronto Alexithymia Scale - I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, pp. 23-32.
- Bagby, R.M., Quilty, L.C., Taylor, G.J., Grabe, H.J., Olivier, L., Verissimo, R.,

- De Grootte, I., Vanheule, S. (2009). Are there subtypes of alexithymia?. *Personality & Individual Differences*, 47, pp. 413-418.
- Baldoni, F. (2010). *La prospettiva psicosomatica*. Bologna: Il Mulino.
- Bermond, B. (1997). Brain and alexithymia. In A.J.J.M. Vingerhoets, F. van Bussel e J. Boelhouwer (a cura di), *The non-expression of emotions in health and disease*. Tilburg: Tilburg University Press, pp. 115-131.
- Bermond, B., Vorst, H.C., Moormann, P.P. (2006). Cognitive neuropsychology of alexithymia: Implications for personality typology. *Cognitive Neuropsychiatry*, 11, pp. 332-360.
- Caretti, V., La Barbera, D. (a cura di) (2005). *Alessitimia. Valutazione e trattamento*. Roma: Astrolabio.
- Dellantonio, S., Pastore, L. (2017). *Internal Perception. The Role of Bodily Information in Concepts and Word Mastery*. Heidelberg: Springer.
- de Sousa, R. (1987). *The Rationality of Emotion*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Farah, M.J. (2004). *Visual Agnosia*. Cambridge, MA: The MIT Press, II ed.
- Freyberger, H. (1977). Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 28, pp. 337-342.
- Frijda, N.H. (1986). *The Emotions*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Gerhards, F. (1988). *Emotionsausdruck und emotionales Erleben bei psychosomatisch Kranken. Eine Kritik des Alexithymiekonzept*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Geskin, J., Behrmann, M. (2018). Congenital prosopagnosia without object agnosia? A literature review. *Cognitive Neuropsychology*, 35, pp. 4-54.
- Goleman, D. (1996). *Emotional intelligence*. New York: Bantam Book.
- Grabe, H.J., Spitzer, G., Freyberger, H.J. (2001). Alexithymia and the temperament and character model of personality. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 70, pp. 261-267.
- Grailet, J.M., Seron, X., Bruyer, R., Coyette, F., Frederix, M. (1990). Case report of a visual integrative agnosia. *Cognitive Neuropsychology*, 7, pp. 275-309.
- Humphreys, K., Avidal, G., Behrmann, M. (2007). A detailed investigation of facial expression processing in congenital prosopagnosia as compared to acquired prosopagnosia. *Experimental Brain Research*, 176, pp. 356-373.
- Jackendoff, R. (1983). *Semantics and Cognition*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Jimerson, D.C., Wolfe, B.E., Franko, D.L., Covino, N.A., Sifneos, P.E. (1994). Alexithymia ratings in bulimia nervosa: clinical correlates. *Psychosomatic Medicine*, 56, pp. 90-93.
- Kleiger, J.H., Kinsman, R.A. (1980). The development of an MMPI alexithymia scale. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 34, pp. 17-24.
- Krystal, H. (1988). *Integration and self-healing. Affect, trauma, alexithymia*. London-New York: Routledge.
- Lambie, J.A., Marcel, A.J. (2002). Consciousness and the varieties of emotion experience: A theoretical framework. *Psychological Review*, 119, pp. 219-259.
- Lane, R.D., Ahern, G.L., Schwartz, G.E., Kaszniak, A.W. (1997). Is alexithymia the emotional equivalent of blindsight?. *Biological Psychiatry*, 42, pp. 834-844.
- Lane, R.D., Quinlan, D.M., Schwartz, G.E., Walker, P.A., Zeitlin, S.B. (1990). The levels of emotional awareness scale: A cognitive-developmental measure of emotion. *Journal of Personality Assessment*, 55, pp. 124-134.

- Lane, R.D., Schwartz, G.E. (1987). Levels of emotional awareness: A cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *The American Journal of Psychiatry*, 144, pp. 133-143.
- 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, pp. 594-611.
- Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and Adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Marty, P., de M'Uzan, M. (1963). Le pensée opératoire. *Revue Française de Psychoanalyse*, 27, supp., pp. 1345-1356.
- Marty, P., de M'Uzan, M., David, C. (1963). *L'investigation psychosomatique*. Paris: P.U.F.
- McCarthy, R., Warrington, E. (1990). *Cognitive Neuropsychology. A Clinical Introduction*. London: Academic Press.
- Messina, A., Beadle, J.N., Paradiso, S. (2014). Towards a classification of alexithymia: Primary, secondary and organic. *Journal of Psychopathology*, 20, pp. 38-49.
- Moriguchi, Y., Decety, J., Ohnishi, T., Maeda, M., Mori, T., Nemoto, K., Matsuda, H., Komaki, G. (2007). Empathy and judging other's pain: An fMRI study of alexithymia. *Cerebral Cortex*, 17, pp. 2223-2234.
- Moriguchi, Y., Ohnishi, T., Lane, R.D., Maeda, M., Mori, T., Nemoto, K., Matsuda, H., Komaki, G. (2006). Impaired self-awareness and theory of mind: An fMRI study of mentalizing in alexithymia. *Neuroimage*, 32, pp. 1472-1482.
- Nemiah, J.C., Sifneos, P.E. (1970). Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In O.W. Hill (a cura di), *Modern trends in psychosomatic medicine*. London: Butterworths, pp. 26-34.
- Oatley, K., Johnson-Laird, P.N. (1987). Towards a cognitive theory of emotion. *Cognition & Emotion*, 1, pp. 20-50.
- Parker, J.D.A., Taylor, G.J., Bagby, R.M., Acklin, M.W. (1993). Alexithymia in panic disorder and simple phobia: A comparative study. *The American Journal of Psychiatry*, 150, pp. 1105-1107.
- Poquérousse, J., Pastore, L., Dellantonio, S., Esposito, G. (2018). Alexithymia and Autism Spectrum Disorders: A Complex Relationship. *Frontiers in Psychology. Clinical and Health Psychology*, 10.3389/fpsyg.2018.01196.
- Primmer, J. (2013). Understanding the dimensional nature of alexithymia. *Journal of Consciousness Studies*, 20, pp. 111-131.
- Prinz, J.J. (2004). *Gut Reactions. A Perceptual Theory of Emotions*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Ratcliff, G., Newcombe, F. (1982). Object recognition: Some deductions from the clinical evidence. In A.W. Ellis (a cura di), *Normality and Pathology in Cognitive Function*. London: Academic Press, pp. 147-171.
- Riddoch, M.J., Humphreys, G.W. (1987). A case of integrative visual agnosia. *Brain*, 110, pp. 1431-1462.
- Rinaldi, R., Radian, V., Rossignol, M., Kandana Arachchige, K.G., Lefebvre, L. (2017). Thinking about one's feelings: Association between Alexithymia and Cognitive Styles in a Nonclinical Population. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 205, pp. 812-815.

- Saarni, C. (1999). *The development of emotional competence*. London-New York: The Guilford Press.
- Salminen, J.K. (1999). Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, pp. 75-82.
- Sifneos, P.E. (1967). Clinical observations on some patients suffering from a variety of psychosomatic diseases. *Acta Medica Psychosomatica*, 7, pp. 1-10.
- Sifneos, P.E. (1972). *Short-term Psychotherapy and Emotional Crisis*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Sifneos, P.E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 22, pp. 255-262.
- Sifneos, P.E. (1974). A reconsideration of Psychodynamic Mechanisms in Psychosomatic Symptom Formation in View of Recent Clinical Observations. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 24, pp. 151-155.
- Sifneos, P.E. (1975). Problem of psychotherapy of patients with alexithymic characteristics and physical disease. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 26, pp. 65-70.
- Sifneos, P.E. (1994). Affect deficit and alexithymia. *New Trends in Experimental & Clinical Psychiatry*, 10, pp. 193-195.
- Sifneos, P.E. (1996). Alexithymia: Past and present. *American Journal of Psychiatry*, 153, pp. 137-142.
- Sonnby-Borgström, M. (2009). Alexithymia as Related to Facial Imitation, Mentalization, Empathy, and Internal Working Models-of-Self and -Others. *Neuropsychoanalysis. An Interdisciplinary Journal for Psychoanalysis and the Neurosciences*, 11, pp. 111-128.
- Subic-Wrana, C. (2011). Emotion regulation and mentalization in somatoform disorders. In I. Nyklicek, A. Vingerhoets e M. Zeelenberg (a cura di), *Emotion regulation and well-being*. Berlin: Springer, pp. 245-260.
- Taylor, G.J. (1987). *Psychosomatic Medicine and Contemporary Psychoanalysis*. Madisob, CT: International University Press.
- Taylor, G.J. (1994). The alexithymia construct: Conceptualization, validation, and relationship with basic dimensions of personality. *New Trends in Experimental & Clinical Psychiatry*, 10, pp. 61-74.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M. (2013). Psychoanalysis and empirical research: The example of alexithymia. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 61, pp. 99-133.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M., Parker, J.D.A. (1991). The alexithymia construct. A potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 32, pp. 153-164.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M., Parker, J.D.A. (1997). *Disorders of Affect Regulation. Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M., Parker, J.D.A. (2016). What's in the name 'alexithymia'? *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 68, pp. 1006-1020.
- Taylor, G.J., Ryan, D., Bagby, R.M. (1985). Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 44, pp. 191-199.
- Timoney, L.R., Holder, M.D. (2013). *Emotional Processing: Deficits and Hap-*

- piness. Assessing the Measurement, Correlates, and Well-being of people with Alexithymia*. Berlin: Springer.
- Vermeulen, N., Luminet, O., Corneille, O. (2006). Alexithymia and the automatic processing of affective information: Evidence from the affective priming paradigm. *Cognition & Emotion*, 20, pp. 64-69.
- Von Rad, M. (1983). *Alexithymie. Empirische Untersuchungen zur Diagnostik und Therapie psychosomatisch Kranken*. Berlin-Heidelberg: Springer.
- Vorst, H.C.M., Bermond, B. (2001). Validity and reliability of the Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire. *Personality & Individual Differences*, 30, pp. 413-434.

Perceptual identification of emotions and emotional awareness. Alexithymia, agnosia and the function of qualitative feelings

Alexithymia is a disease affecting emotional awareness. Those suffering from it are not capable of identifying the emotions they experience and thus cannot describe them: in emotionally salient situations, they are aware of internal bodily changes, but do not feel genuine emotions. In this article, we discuss the hypothesis that alexithymia is a specific form of *emotional agnosia*. We show that there are significant similarities between alexithymia and agnosia and argue that, on the basis of these similarities, we can draw several conclusions on the nature of emotions and on how they are processed by the cognitive system. In particular, we highlight how our analysis is relevant for the classical contraposition between cognitive and perceptual theories of emotions. In fact, the similarities between alexithymia and agnosia provide good arguments to substantiate a particular kind of perceptual theory of emotions: the identification and the recognition of emotions relies on similar mechanisms for processing proprioceptive and interceptive information as those used to process the exteroceptive information that allows us to identify and recognize objects in the external world.

Keywords: alexithymia, emotional agnosia, visual agnosia, cognitive theory of emotions, perceptual theory of emotions

Luigi Pastore, Dipartimento di Scienze della Formazione, Psicologia, Comunicazione, Università degli Studi di Bari "Aldo Moro", Palazzo Chiaia-Napolitano, Via Crisanzio 42, 70121 Bari, luigi.pastore@uniba.it

Sara Dellantonio, Dipartimento di Psicologia e Scienze Cognitive, Università degli Studi di Trento, Palazzo Fedrigotti, Corso Bettini 31, 38068 Rovereto (TN), sara.dellantonio@unitn.it

