

ALAN N. SCHORE

LA SCIENZA E L'ARTE
DELLA PSICOTERAPIA

ALAN N. SCHORE

LA SCIENZA E L'ARTE
DELLA PSICOTERAPIA



Collana Norton sulla Neurobiologia Interpersonale
Allan N. Schore, Direttore Editoriale
Daniel J. Siegel, Direttore Fondatore

Lo studio della salute mentale si trova in un periodo di grande fermento e di riorganizzazione concettuale. Le più disparate ricerche scientifiche stanno dando origine a scoperte libere e indipendenti, che a loro volta vanno a comporre un'ampia visione interdisciplinare del cervello umano e del benessere mentale. La neurobiologia interpersonale dello sviluppo umano ci ha permesso di capire che la struttura funzionale della mente viene plasmata dalle esperienze, soprattutto da quelle che coinvolgono la sfera emozionale.

La Collana Norton sulla Neurobiologia Interpersonale fornirà una visione incisiva e multidisciplinare che agevolerà la nostra comprensione della complessa neurobiologia della mente umana. Attingendo a un'ampia gamma di campi di ricerca notoriamente imparziali - quali la neurobiologia, la genetica, la memoria, i sistemi complessi, l'antropologia e la psicologia evolutiva - questi testi forniranno ai professionisti della salute mentale un resoconto e una sintesi di scoperte scientifiche spesso inaccessibili ai clinici. Questa collana si propone inoltre di accrescere la conoscenza delle esperienze umane tramite una concordanza di cognizioni, e in un certo senso di tradurre in un linguaggio comune tutte le più recenti scoperte scientifiche, inserendole dunque in un impianto concettuale. La collana integrerà il meglio della scienza moderna nell'arte curativa della psicoterapia.

©Istituto di Scienze Cognitive Editore, 2016
ISBN 978-88-97386-23-0

A cura di
Silvia Perrone

Traduzione a cura di
Giuseppe Schiavoni

Grafica e impaginazione
Silvia Brucoli

Stampa
LegoDigit srl, Lavis (TN)

Titolo originale
The Science of the Art of Psychotherapy, W.W. Norton & Company
copyright 2012 by Allan Schore

Istituto di Scienze Cognitive Srl
Via Rolando,16 - 07100 Sassari
www.istitutodiscienzecognitive.com
www.isceditore.it
isc@istitutodiscienzecognitive.it

“A Song for You” Parole e musica di Leon Russell. Copyright © 1970 Irving Music Inc. Copyright Rinnovato. Tutti i diritti riservati. *Ristampato con l'autorizzazione di Hal Leonard Corporation.*

“Forever Young” scritto da Bob Dylan. Copyright © 1973 by Ram's Horn Music; rinnovato nel 2001 da Ram's Horn Music. Tutti i diritti riservati. Copyright internazionale garantito. *Ristampato con l'autorizzazione.*

Capitolo 1 ristampato con l'autorizzazione di Springer.

Schore, J., e Schore, A. (2008). Teoria moderna della relazione affettiva: Il ruolo cardine del controllo dell'affettività nello sviluppo e nel trattamento. *Clinical Social Work Journal*, 36, 9–20.

Capitolo 2 ristampato con l'autorizzazione di John Wiley and Sons.

Schore, A. (2009). Il trauma relazionale e lo sviluppo dell'emisfero destro: Un'interfaccia di autopsicologia psicanalitica e neuroscienza. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1159, 189–203.

Capitolo 3 ristampato con l'autorizzazione di W. W. Norton.

Schore, A. (2009). Controllo dell'affettività dell'emisfero destro: Un meccanismo fondamentale per sviluppo, trauma, dissociazione e psicoterapia. In D. Fosh, D. Siegel, e M. Solomon (Eds.), *Il potere curativo delle emozioni: Neuroscienza affettiva, sviluppo e pratica clinica* (pp. 112–144). New York: W.W. Norton.

Capitolo 4 ristampato con l'autorizzazione di Karnac Books.

Schore, A. (2010). Il capitolo 'Il Sé implicito dell'emisfero destro: Un meccanismo fondamentale della Psicoterapia del Cambiamento' di Allan Schore originariamente pubblicato nel libro *Sapere, Non Sapere e Sapere di Non Sapere: la Psicanalisi e l'esperienza dell'incertezza*, edito da Karnac Books nel 2010. Una versione di questo capitolo è apparsa anche in 'L'io implicito dell'emisfero destro costituisce il nucleo della psicanalisi' (2011) *Psychoanalytic Dialogues*, 21, 1–26.

Capitolo 6 ristampato con l'autorizzazione.

Affettività, Regolazione Affettiva e sviluppo dell'emisfero destro: Il collegamento fra Neuroscienza dello Sviluppo e Pediatria. Riprodotto con l'autorizzazione di *Pediatrics In Review*, 26, 204–211, Copyright 2005 di AAP.

Capitolo 7 ristampato con l'autorizzazione.

Bradshaw, G.A., e Schore, A.N. (2007). Come aprono le porte gli elefanti. Neuroetologia dello Sviluppo, affettività e contesto sociale. *Ethology*, 113, 426–436.

Capitolo 8 ristampato con l'autorizzazione di Taylor e Francis Group LLC.

Dissociazione e disordini dissociativi: DSM-V e oltre, di Allan Schore. Copyright 2009 di Taylor e Francis Group LLC — Books. Tutti i diagrammi riprodotti con l'autorizzazione. **Diagrammi 8.1 e 8.2** da: Tronick, Ed. (2007).

Diagramma 8.3 da Blanke, O., Ortigue, S., Landis, T., e Seeck, M. (2002).

Diagramma 1. Stimolare percezioni corporee ingannevoli. *Nature*, 419, 269-270.

Diagramma 8.4 Schmahl, C.G., Elzinga, B.M., e Bremner, J.D. (2002). Diagramma 3. Differenze individuali nella reattività psicofisiologica in adulti che hanno subito abusi infantili. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 271–276.

Capitolo 9 ristampato con l'autorizzazione di Informa Medical and Pharmaceutical Science — Journals.

Meares, R., Schore, A.N., e Melkonian, D. (2011). Una personalità borderline è un particolare disturbo dell'emisfero destro?: Uno studio del Australian and New Zealand Journal of Psychiatry by Australian e New Zealand College Of Psychiatrists. Copyright 2011.

Capitolo 12 ristampato con l'autorizzazione di John Wiley and Sons.

McIntosh, J. e Schore, A. (2011). Il Diritto di Famiglia e la Neuroscienza dell'affettività: Un'intervista in *Family Court Review* con Allan Schore e Jennifer McIntosh.

INDICE

<i>Riconoscimenti</i>	pag. 13
<i>Verso un nuovo paradigma della psicoterapia</i>	15
PARTE I. TERAPIA DELLA REGOLAZIONE AFFETTIVA E NEUROPSICANALISI CLINICA	45
1. Teoria moderna dell'attaccamento: il ruolo centrale della regolazione affettiva nello sviluppo e nel trattamento <i>Con Judith R. Schore</i>	47
2. Trauma relazionale e sviluppo dell'emisfero destro: un'interfaccia tra psicologia analitica del Sé e neuroscienze	77
3. Regolazione affettiva dell'emisfero destro: un meccanismo fondamentale per sviluppo, trauma, dissociazione e psicoterapia	101
4. Il Sé implicito dell'emisfero destro, il nucleo della psicanalisi	159
5. Messe in atto terapeutiche: lavorare sul livello di tolleranza affettiva nelle finestre dell'emisfero destro	201
PARTE II. NEUROSCIENZA DELLO SVILUPPO AFFETTIVO E NEUROPSICHIATRIA DELLO SVILUPPO	283
6. Attaccamento, regolazione emotiva ed emisfero destro in via di sviluppo: collegamento fra neuroscienze dello sviluppo e pediatria	285

7. Come aprono le porte gli elefanti: neuroetologia evolutiva, attaccamento e contesto sociale <i>Con Gay Bradshaw</i>	309
8. Traumi affettivi e sviluppo dell'emisfero destro: origini della dissociazione patologica	329
9. La personalità borderline è un particolare disturbo dell'emisfero destro? uno studio del p3a tramite l'analisi single trial <i>Con Russell Meares e Dimitri Melkonian</i>	403
10. L'ambiente di adattabilità evolutiva di Bowlby: attuali alterazioni nella società statunitense	423
11. Utilizzare la teoria della regolazione nella valutazione clinica della relazione di attaccamento madre-figlio <i>Con Ruth Newton</i>	475
12. Il Diritto di famiglia e le neuroscienze dell'attaccamento: un'intervista per <i>Family Court Review</i> <i>Con Jennifer McIntosh</i>	533

RICONOSCIMENTI

Nell'ultimo decennio sono stato incoraggiato a proseguire nel mio lavoro, nonché profondamente gratificato, dall'approvazione che ho ricevuto da parte di molte persone. Questa grande stima nei confronti delle mie idee è stata espressa in varie forme: un gran numero di citazioni da parte di altri autori nei più disparati articoli scientifici e medici, dialoghi stimolanti con persone di tutto il mondo, palesi dichiarazioni di interesse e complimenti da parte dei miei colleghi, e moltissime comunicazioni via mail con persone di ogni ceto sociale, che desideravano raccontarmi quanta importanza avesse avuto il mio lavoro per le loro vite.

I miei ringraziamenti vanno a tante persone, che sono state assolutamente fondamentali ottenere un tale apprezzamento nei confronti del mio lavoro. Devo moltissimo ai traduttori in Italiano, Francese e Tedesco del mio libro *Regolazione degli Affetti e Riparazione del Sé*: Roberto Speciale-Bagliacca, Giles de Lisle ed Eva Rass; e allo stesso modo ringrazio Andre Sassenfeld per la traduzione in Spagnolo dei miei articoli. E' stato inoltre mio grande piacere lavorare con i seguenti direttori editoriali, che mi hanno invitato a condividere le mie idee su molte riviste e pubblicazioni scientifiche: Darcia Narvaez, Ruth Lanius, Barry Lester, Joshua Sparrow, Tessa Baradon, Diana Fosha, Paul Dell, John O'Neill, Jean Petrucelli, Jennifer McIntosh, Larry Nazarian, Carol Tossone, Susanne Bennett, Judy Nelson, Nancy Van Der Heide, William J. Coburn, Charles Carlini, Joe Palombo, Rick Leonhardt, Dan Siegel e Gay Bradshaw.

Come curatore della Collana Norton sulla Neurobiologia Interpersonale, posso dire che è stato un piacere lavorare con tutti gli autori presenti in questa Collana, così come con la mia collega alla Norton, Deborah Malmud, il cui lavoro è stato fondamentale per il successo di queste pubblicazioni. Grazie anche a Vani Kannan, Ben Yarling e soprattutto a Jean Blackburn per il lavoro che hanno svolto per questo libro.

Su un piano più personale, voglio ringraziare Wolfgang Amadeus Mozart e Joseph Haydn, per aver fornito in numerose occasioni l'adeguato supporto al mio

processo creativo. E la mia gratitudine va anche a mio figlio David, per aver risolto più volte i miei problemi informatici, e a mia figlia Beth, il cui talento per la grafica e il design ha dato origine alla copertina di questo libro.

E infine, più di tutto, grazie a Judy. Insieme siamo due ali, e due remi.

VERSO UN NUOVO PARADIGMA DELLA PSICOTERAPIA

Nel 1994, prima dell'inizio di quello che in seguito è stato chiamato "il decennio del cervello", scrissi il mio primo libro, *Regolazione degli Affetti e Origini del Sé: La Neurobiologia dello Sviluppo Emotivo*. In quel lavoro, pubblicato alla fine degli anni '90, descrivevo quei meccanismi neurobiologici interpersonali, quali ad esempio l'attaccamento affettivo, che facilitano lo sviluppo delle principali strutture di regolazione del Sé nell'emisfero destro del cervello di un bambino nelle prime fasi del suo sviluppo. Inoltre, applicavo la teoria dello sviluppo per generare modelli eziologici riferiti ad alcuni disturbi psichiatrici e della personalità, in cui si manifestano gravi deficit nel controllo dell'affettività. Quindi, ampliando il concetto di regolazione, descrivevo i meccanismi affettivi non verbali che costituiscono il nucleo del processo psicoterapeutico. Nel libro cercavo di creare un punto di vista globale e interdisciplinare, che potesse dare una spiegazione più approfondita ad alcuni dei problemi fondamentali affrontati nel ventesimo secolo dalle scienze dello sviluppo, dalla neurobiologia, dalla psichiatria e dalla psicanalisi. A quell'epoca, basare un intero volume su un approccio transdisciplinare, così come proporre una teoria globale integrativa, rappresentava un'idea radicale.

Quel libro esponeva i principi basilari della teoria della regolazione, e tutto quello che ho scritto da allora è un'elaborazione di quel modello neurobiologico interpersonale di sviluppo, di psicopatogenesi e di trattamento del Sé implicito. Una delle linee guida del mio lavoro è l'idea che qualunque teoria dello sviluppo deve integrare psicologia e biologia. Negli ultimi vent'anni ho sostenuto che nessuna teoria sul funzionamento umano può essere ridotta ad una mera descrizione di processi psicologici, ma deve necessariamente essere integrata in tutto ciò che sappiamo sullo sviluppo biologico e strutturale del cervello. Ci sono altri tre temi basilari che scaturiscono fin dal primo paragrafo del mio primo libro. Il primo è che le fasi iniziali della vita sono essenziali per lo sviluppo di tutte le successive strutture e funzioni. Il secondo è che le emozioni sono lo strumento migliore per ottenere una più approfondita conoscenza della condizione uma-

na. Il terzo è che, lungo l'intero arco della vita, alla base del Sé ci sono i processi inconsci. Pertanto il libro cercava anche di reintegrare le idee psicanalitiche sulla mente inconscia all'interno della scienza dello sviluppo. *Regolazione degli Affetti e Origini del Sé*, giunto ormai alla quattordicesima ristampa, è stato il primo libro a documentare non lo sviluppo cognitivo del bambino, bensì il suo sviluppo sociale ed emotivo.

Il decennio del cervello, che va approssimativamente dal 1995 al 2005, ha salutato l'arrivo di tecnologie innovative che consentono l'acquisizione di immagini cerebrali (la neuroimaging), le quali hanno dato la possibilità di studiare il cervello durante i processi di elaborazione delle informazioni provenienti sia dall'esterno che dall'interno. In quel periodo il numero di ricerche neurobiologiche sui processi emotivi e sociali è cresciuto in maniera esponenziale. A seguito del mio libro del '94, nel 2003 ho pubblicato altri due volumi in cui ho descritto tutto il lavoro intercorso in quell'intervallo di tempo. Oltre a esporre gli studi più recenti, ho continuato a servirmi della teoria della regolazione per dimostrare le applicazioni cliniche di questi nuovi dati. Nel primo dei due volumi, dal titolo *Disregolazione degli Affetti e Disturbi del Sé*, ampio i miei modelli neurobiologici interpersonali nei capitoli che trattano di neuroscienze dell'affettività e neuropsichiatria dello sviluppo, mentre il secondo volume, *Regolazione degli Affetti e Riparazione del Sé*, è più indirizzato alla psicoterapia e alla neuropsicanalisi dello sviluppo.

Questi due libri sono quindi arrivati alla fine di quel periodo cruciale che collegava lo studio classico del cervello del diciannovesimo secolo alle più moderne neuroscienze del ventesimo secolo, dunque in un momento di transizione fra la psicanalisi classica e quella moderna. Nella prefazione a *Disregolazione* facevo notare che “nel corso del periodo che va sotto il nome di decade del cervello, le neuroscienze hanno vissuto una crescita straordinaria e acquisito un'enorme mole di nuove conoscenze.”

Questo libro, *La Scienza e l'Arte della Psicoterapia*, offre una raccolta rappresentativa di sviluppi ed elaborazioni della teoria della regolazione nati dal 2005 in poi. Seguendo lo stesso schema dei volumi del 2003, i capitoli della Parte I riportano i miei contributi alla teoria della regolazione affettiva (TRA) e alla neuropsicanalisi clinica, mentre nella Parte II viene descritto il mio attuale lavoro sulle neuroscienze dello sviluppo affettivo e sulla neuropsichiatria dello sviluppo. Come nei due volumi precedenti, ogni capitolo rappresenta un certo stadio della teoria in un dato momento storico, dando così ad ogni sezione un ordine cronologico. Alcuni dei capitoli iniziali sono stati rieditati, e i più recenti contengono molto materiale nuovo totalmente inedito.

Qui, come in tutto il mio lavoro degli ultimi 20 anni, uso l'espressione “teoria della regolazione” per sottolineare esplicitamente il fatto che ciò che espongo è una teoria, cioè una sistematica elencazione dei principi generali di una scienza. Nello specifico, è la formulazione di un concetto esplicativo dei processi di sviluppo, cosa che a mio parere è uno degli obiettivi fondamentali della scienza. Essendo una teoria di base può essere usata per scopi clinici, e in alcuni capitoli descrivo il modo in cui la “teoria moderna dell'attaccamento”, integrata nella neurobiologia, ha trasformato la teoria classica dell'attaccamento in una teoria della regolazione, che a sua volta può essere utilizzata come base scientifica per la TRA. La teoria della regolazione può essere usata anche come fonte di ipotesi, verificabili attraverso ricerche sperimentali.

Il lettore potrà notare che, in alcuni fra i capitoli scritti in tempi più recenti, faccio riferimento ad un *cambio di paradigma*. Quello che nel decennio del cervello era iniziato come un timido ruscello, nel 21esimo secolo si è trasformato nel fiume impetuoso di una più profonda e complessa esplorazione dei problemi fondamentali della mente, del cervello e del corpo da parte sia di ricercatori che di medici. Quella “*eccezionale crescita ed enorme mole di nuove conoscenze*” di cui parlavo a proposito delle neuroscienze, ha dato origine ad un tangibile cambio di paradigma, non solo nel campo delle scienze sperimentali ed applicate, ma perfino nell'arte. Ognuno dei capitoli di questo libro descrive in modo dettagliato in che modo questo cambio di paradigma sta mutando lo studio della salute mentale, inclusa la pratica della psicoterapia. In questa Introduzione cerco di spiegare quanto questo libro, al pari dei suoi tre predecessori, possa contribuire concretamente al cambio di paradigma. E guardando al futuro, mi piacerebbe esporre qualche riflessione su quali effetti possa avere questa trasformazione nell'indirizzare gli studi sulla salute mentale.

Nel 2009 l'Associazione degli Psicologi Americani mi invitò a presiedere una seduta plenaria sul tema “Il Cambio di Paradigma: l'Emisfero Destro e l'Inconscio Relazionale”. Era la prima volta che una seduta plenaria dell'APA veniva presieduta da un libero professionista, che oltretutto era anche un medico esperto di psicanalisi. In sostanza, l'APA chiedeva uno studio sul ruolo sempre più importante svolto dall'affettività nelle neuroscienze e nella psicologia clinica e dello sviluppo. In quell'occasione mi venne suggerito di usare la più delicata espressione “*rivoluzione emozionale*” al posto di “*cambio di paradigma*”, ma declinai l'invito. Così presentai alla Conferenza Interdisciplinare dati che indicavano che teorici e ricercatori stavano spostando la loro attenzione dalla percezione conscia dell'emisfero sinistro all'affettività inconscia dell'emisfero destro. Aggiunsi inoltre che il cambio di paradigma si stava verificando non solo nell'ambito

della psicologia, ma anche in altre discipline, e che la psicologia aveva ormai la necessità di instaurare un più vivace dialogo con le scienze biologiche ad essa affini. Nel mio discorso sottolineai l'importanza della neuroscienza affettiva e dello sviluppo (ancor più della neuroscienza cognitiva) nella psicologia clinica, e sostenni che l'imminente cambio di paradigma stava coinvolgendo psicologia e biologia, e stava riducendo la distanza fra ricercatori e clinici, una distanza che per la psicologia aveva sempre costituito un problema. Al contrario del decennio precedente, le parole *interdisciplinarietà* e *integrazione* stavano ormai diventando di uso comune.

E' il caso di ricordare che in *La Struttura delle Rivoluzioni Scientifiche* (1962), Thomas Kuhn asseriva che un paradigma consiste in una serie di affermazioni o ipotesi che indirizzano le osservazioni dei ricercatori. Quando un paradigma viene ritenuto superato, viene rimpiazzato da uno nuovo. Se guardo indietro agli ultimi 40 anni, psicologia e psichiatria negli anni 60 e 70 utilizzavano essenzialmente un paradigma comportamentale, per cui si può affermare che fosse un periodo dominato dalla psicologia comportamentale. Il cervello, il corpo e l'inconscio erano rinchiusi in una misteriosa "scatola nera" che non poteva essere aperta. In psicanalisi le pulsioni e gli stati motivazionali erano declassati e relegati al regno della metapsicologia. E così le emozioni, che Skinner poneva oltre i confini dell'investigazione scientifica. Modelli di un cambiamento psicoterapeutico si limitavano ad un cambiamento nei comportamenti ansiosi disadattivi del paziente.

Negli anni 70 e 80 si è passati ad un periodo in cui la scienza studiava non solo il comportamento esteriore, ma anche i processi cognitivi interni (come memoria, attenzione, percezione, schemi rappresentativi, consapevolezza e linguaggio). Fu dunque un periodo dominato da un paradigma cognitivo e da una psicologia cognitiva ad esso direttamente correlato, che indirizzò anche modelli di psicopatologia e psicoterapia. Il principio fondamentale di questo paradigma era quello di cercare di cambiare le percezioni cosce disadattive del paziente, attraverso la creazione di modelli di terapia cognitivo-comportamentale (TCC). Attualmente ci troviamo in un periodo in cui emozioni corporee e stati psicobiologici occupano un ruolo chiave nella ricerca e nei modelli clinici. Riflettendo su questo cambio di paradigma, Buchanan così scriveva in un articolo del 2009 sulla prestigiosa rivista Nature:

La scienza comportamentale [...] deve innanzitutto cercare la spiegazione più ovvia di un comportamento umano, osservando i semplici segnali sociali, prima di costruire spiegazioni molto più complesse basate sul linguaggio e sul ragionamen-

to conscio [...] La funzione del linguaggio è probabilmente l'apice di un più arcaico sistema cerebrale per segnali sociali non linguistici (p. 529)

Nello stesso momento, il mio collega nel campo delle neuroscienze dell'affettività Jaak Panksepp affermava che "la rivoluzione cognitiva, come il neuro-comportamentismo radicale, ha intenzionalmente cercato di tenere nascoste le emozioni. Ora le scienze cognitive devono reimparare che gli antichi sistemi emotivi hanno un potere che non dipende dai processi cognitivi neocorticali" (2008, p. 51). Dato che i processi emotivi del cervello sono estremamente rapidi ed avvengono al di sotto dei livelli di consapevolezza conscia, l'attenzione delle osservazioni cliniche e delle ricerche si è spostata dai fenomeni impliciti a quelli espliciti. Nel mio lavoro ho presentato un sistema teorico in grado di plasmare sia comportamenti palesi e percezioni cosce, che stati affettivi del cervello/mente/corpo più nascosti e inconsci. L'attuale cambio di paradigma ha anche funzionato come antidoto alla precedente dicotomia cartesiana che ha afflitto psichiatria e psicologia.

Inoltre, questo cambio di paradigma dal comportamento alla percezione e alle sensazioni emotive corporee ha contribuito in modo sostanziale a creare collegamenti più solidi fra psicologia, neuroscienze sociali e psichiatria, tutte discipline che hanno ormai concentrato la loro attenzione sui fenomeni affettivi. Nell'ambito della biologia comportamentale ha poi gettato le basi per la nascita della psicologia trans-specie (Bradshaw e Sapolsky, 2006; Northoff e Panksepp, 2008), focalizzata sulla sfera emotiva degli animali (de Waal, 2011). Kuhn (1962) affermò che un cambio di paradigma, per definizione, influenza simultaneamente più discipline scientifiche. Facendo parte dello staff editoriale di 35 riviste e avendo dunque una certa esperienza come revisore di articoli, posso fornire la mia opinione sull'argomento. I modelli psicologici di sviluppo, che fino a qualche tempo fa circoscrivevano il loro campo d'azione allo sviluppo cognitivo, hanno ora iniziato ad esplorare lo sviluppo emozionale e sociale. Le neuroscienze si stanno spostando dallo studio dei processi cognitivi dell'emisfero sinistro basati sul linguaggio e sulle funzioni motorie volontarie, allo studio delle funzioni concrete di elaborazione emotiva del sistema limbico nella parte destra del cervello, e dell'asse HPA (asse ipotalamo-ipofisi-surrene, N.d.t.) di regolazione dello stress. Oltre a questa traslazione dall'emisfero sinistro a quello destro, i ricercatori stanno anche scendendo lungo il neurasse, dai sistemi corticali a quelli subcorticali, e dal sistema nervoso centrale (SNC) al sistema nervoso autonomo (SNA). Tutte queste nuove informazioni vengono rapidamente assorbite dalla psichiatria. Stiamo assistendo alla nascita di indagini neuropsichiatriche sulla

disregolazione dei sistemi nervosi limbico ed autonomo, in un ampio spettro di disturbi psichiatrici in Asse I e in Asse II. Resta ancora da risolvere un'importante questione, e cioè se il cambio di paradigma possa influenzare l'imminente quinta iterazione del *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* dell'Associazione Psichiatrica Americana, e se possa esserne inglobato.

È ormai chiaro che questo nuovo impulso nella ricerca ha trovato il suo pro-pellente nei progressi compiuti nel campo della neuroimaging, attraverso la quale è possibile osservare e documentare le relazioni fra struttura e funzione del cervello nel momento in cui i processi avvengono. Il lettore potrebbe obiettare che esistono ancora grossi limiti nelle attuali tecniche delle immagini *in vivo* – la loro limitata definizione temporale non permette di cogliere le dinamiche delle funzioni cerebrali in tempo reale – e che anche futuri progressi tecnologici potrebbero non essere sufficienti. Abbiamo bisogno anche di modelli teorici psiconeurobiologici integrativi che possano generare non solo ipotesi dimostrabili, ma anche concettualizzare in modo significativo un'ampia mole di ricerche e di dati clinici. E c'è anche la necessità di una prospettiva neurobiologica interpersonale che tenga in considerazione le interazioni cervello-cervello. In qualità di direttore editoriale della Collana Norton sulla Neurobiologia Interpersonale sto assistendo ad un balzo quantitativo e qualitativo nella ricerca sulle emozioni, vista come potente risorsa per i nuovi e più aggiornati modelli di intervento psicoterapeutico che affondano le loro radici nelle neuroscienze affettive, sociali e dello sviluppo. È ormai evidente che cambiamenti psicoterapeutici che si riferiscono alle sole percezioni cosce senza considerare l'elaborazione delle emozioni, sono limitati.

In realtà, uno scontro fra paradigmi psicoterapeutici può essere attualmente osservato, soprattutto nel trattamento di quei disturbi più gravi che si presentano con un passato di traumi relazionali e, di conseguenza, un deficit nella regolazione dell'affettività. In casi come questi, il cuore dei processi di cambiamento sono le emozioni più che le percezioni, dunque la TCC si trova sul punto di venire soppiantata da più aggiornati modelli psicodinamici maggiormente focalizzati sull'affettività, inclusa la TRA. Il mio collega Philip Bromberg nel suo ultimo libro parla del cambio di paradigma nella psicoterapia:

Un gran numero di scrittori che si occupano di aspetti interpersonali e relazionali hanno appoggiato l'idea che ci si trovi di fronte ad un cambio di paradigma, e l'hanno concettualizzato come una trasformazione da una psicologia del singolo ad una psicologia fra due persone. Ho la sensazione che questa definizione sia corretta, e che intrinseci in questo mutamento concettuale siano tre cruciali mutamenti clini-

ci: un avvicendamento fra la supremazia del contenuto e la supremazia del contesto, fra la supremazia della percezione e la supremazia dell'affettività, e un allontanamento (ma non un totale abbandono) dal concetto di "tecnica." (p. 126)

In un suo scritto sui meccanismi di cambiamento all'interno della letteratura cognitiva, Kazdin (2007) conclude così: "forse ora possiamo affermare con molta più sicurezza che qualunque siano le basi dei mutamenti nella terapia cognitiva, non sembrano avere a che fare con le percezioni così com'erano originariamente intese" (p. 8). In una sua recente panoramica sull'attuale stato della terapia cognitiva, Beck, uno dei fondatori di questa disciplina, descrive l'importanza cruciale rivestita dal *contesto*, e afferma: "la relazione terapeutica è un ingrediente chiave in tutte le psicoterapie, comprese quelle cognitive [...] Molte delle variabili interpersonali comuni ad altre psicoterapie (cordialità, empatia, considerazione positiva incondizionata) sono alla base dei mutamenti cognitivi e sintomatici" (Beck e Dozois, 2011, p. 401). Il lettore noterà che uno dei principi cardine dei capitoli successivi afferma che le dinamiche relazionali-affettive fra paziente e terapeuta sono alla base del processo di cambiamento, ben più dei meccanismi di interpretazione cognitiva. È indubbio che in psicologia clinica un gran numero di ricerche sull'alleanza terapeutica stia dando impulso alla transizione da una psicologia del singolo puramente intrapsichica ad una psicologia relazionale fra due persone (vedi Safran e Muran, 2000).

L'attuale cambio di paradigma viene spinto anche da un incremento del numero di ricerche sulla lateralità del cervello. La sua asimmetria è stata descritta già agli albori della neurologia moderna, nel 19esimo secolo. Anche chi non è addentro alle neuroscienze sa che Broca e Wernicke hanno individuato e collocato alcune (ma non tutte) funzioni del linguaggio nell'emisfero cerebrale sinistro. Un po' meno conosciuto è il fondamentale lavoro di Hughlings Jackson sulle funzioni di elaborazione emotiva che avvengono nell'emisfero destro. La tecnologia attuale ha permesso studi molto innovativi sulle straordinarie operazioni svolte da ciascun emisfero, ognuno dei quali considerato come un'unica unità funzionale. Tutti ormai concordano che l'asimmetria del cervello è un ancestrale meccanismo evolutivo di organizzazione neurale che si verifica non solo nel cervello umano, ma anche in quello di tutte le altre specie, mammiferi e non mammiferi (Vallortigara e Rogers, 2005). Nella nostra specie la specializzazione degli emisferi coinvolge essenzialmente le principali funzioni psicologiche, inclusi linguaggio, azione, percezione e memoria, così come emozioni e regolazione dello stress; inoltre è ora considerata un indicatore delle disfunzioni espresse in ogni forma di psicopatologia. Parallelamente all'attuale "rivoluzione emozionale", le

moderne tecniche di neuroimaging e le emergenti branche di neuroscienze affettive e sociali stanno fornendo nuova linfa all'interesse scientifico nei confronti delle meravigliose e fondamentali funzioni svolte dall'emisfero destro.

Nel mio libro del 1994 sulla regolazione affettiva e lo sviluppo emotivo, deducevo che lo stadio iniziale di sviluppo dell'emisfero cerebrale destro ha un ruolo chiave nella nascita dell'attaccamento nei primi 2 anni di vita. Dopotutto molti degli eventi cruciali nell'infanzia di un essere umano avvengono prima dello sviluppo dei centri del linguaggio nell'emisfero sinistro. Così ho integrato alcuni dati preesistenti (ricordiamoci che ciò accadeva prima dell'inizio della decade del cervello) per sostenere che le esperienze di attaccamento infantile inducono epigeneticamente la lateralizzazione nello sviluppo dell'emisfero destro. Ho inoltre presentato ulteriori dati per sostenere che il "sistema di controllo dell'attaccamento" descritto da John Bowlby, il creatore della teoria dell'attaccamento, si trova al centro della corteccia orbitofrontale (o ventromediale) dell'emisfero destro. Nel 2001 ho ampliato questa teoria in modo da collegare la patologia dell'attaccamento (abuso infantile e abbandono) con le alterazioni nella curva dello sviluppo dell'emisfero destro. Nei capitoli seguenti citerò molte delle attuali ricerche che confermano queste ipotesi. Parecchi laboratori hanno documentato il ruolo chiave ricoperto dalla corteccia orbitofrontale nella neurobiologia dell'attaccamento umano (vedi Barrett e Fleming, 2011; Minagawa-Kawai et al., 2009; Nitschke et al., 2004; Noriuchi, Kikuchi e Senoo, 2008; Parsons, Young, Murray, Stein e Kringelbach, 2010; Swain, Loberbaum, Kose e Strathearn, 2007). Lo sviluppo delle funzioni essenziali dell'emisfero destro durante l'arco della vita è un tema centrale che ricorre in tutto il mio lavoro sullo sviluppo, la psicopatogenesi e la psicoterapia.

Nel discorso da me tenuto durante la seduta plenaria dell'APA sostenni che il cambio di paradigma da percezione ad emozione va in parallelo con lo spostamento dell'attenzione dall'emisfero sinistro a quello destro. Non possiamo più pensare al cervello come a due metà di una singola entità, perché in realtà sono due sistemi che elaborano tipi di informazione diversi in modo altrettanto diverso. Numerosi studi sono ormai concordi nell'affermare che i due emisferi del cervello umano differiscono fra loro nella macrostruttura, nella ultrastruttura, nella fisiologia, nella chimica e nel controllo comportamentale. In effetti, nei vertebrati la parte sinistra del cervello è specializzata nel controllo di schemi comportamentali ben definiti in circostanze ordinarie e familiari. Per contro, la parte destra è il luogo deputato al risveglio emotivo e all'elaborazione di nuove informazioni. Si è anche d'accordo nel sostenere che l'elaborazione di informazioni verbali, conscie, razionali e seriali avviene nell'emisfero sinistro, mentre

l'elaborazione delle informazioni emotive non verbali, inconsce, olistiche e soggettive avviene in quello destro. Questo libro, come tutto il mio lavoro, integra gli attuali studi sull'emisfero destro all'interno dei miei modelli clinici e di sviluppo.

Nel 2003 ho esposto l'idea che nello sviluppo e nella psicoterapia il ruolo dominante è ricoperto dai processi impliciti e inconsapevoli dell'emisfero destro, e non dalle funzioni del linguaggio di quello sinistro. Più recentemente ho descritto come le più complesse funzioni umane, quali regolazione dello stress, intersoggettività, umore, empatia, compassione, etica e creatività, abbiano tutte luogo nell'emisfero destro. Sostengo anche che una più profonda capacità di elaborazione possa essere la chiave della competenza clinica. Per un terapeuta, la maggior parte del suo sapere, che viene assorbito con l'esperienza, è implicito, agisce in modo veloce e inconsapevole al di sotto dei livelli di coscienza, e si manifesta istintivamente attraverso l'intuizione clinica. Nella comunicazione fra gli emisferi destri di terapeuta e paziente che si stabilisce all'interno di un'alleanza terapeutica, si osserva che in una psicoterapia a lungo termine il meccanismo di cambiamento si colloca principalmente nelle connessioni fra le aree prefrontale, corticale e subcorticale dell'emisfero destro del cervello del paziente. Per quanto riguarda il cambio di paradigma nell'ambito della psicoterapia relazionale, anche i modelli neurobiologici interpersonali clinici di cambiamento terapeutico si stanno spostando dalla parte sinistra a quella destra, dalla mente al corpo e dal sistema nervoso centrale a quello autonomo.

Questo mutamento nell'ambito dei modelli relazionali di psicoterapia è affiancato da studi di neuroscienze sociali sul ruolo fondamentale svolto dall'emisfero destro nelle interazioni sociali (vedi Decety e Lamm, 2007; Semrud-Clikeman, Fine e Zhu, 2011). Indubbiamente è in atto un'esortazione a "distogliere l'attenzione dalla classica scienza del cervello singolo e a puntarla verso un più innovativo approccio basato su due corpi" (Dumas, 2011, p. 349). Uno studio molto recente tramite doppio EEG su comunicazioni spontanee e reciproche e su interazioni sociali, ha mostrato una sincronizzazione intercerebrale delle regioni temporo-parietali destre in entrambi i soggetti dell'esperimento (Dumas, Nadel, Soussignan, Martinerie e Garnero, 2010). Moltissime ricerche sulle neuroscienze dell'affettività dimostrano che il medesimo sistema corticale lateralizzato destro è fondamentale nella consapevolezza sociale del Sé (Keenan e Gorman, 2007; Schore, 2003).

Lo psichiatra Iain McGilchrist, in suo magnifico libro del 2009 dal titolo *Il Maestro e il suo Messaggero*, presenta una rassegna molto completa delle ricerche sulla lateralità del cervello, e arriva alla conclusione che i due emisferi cerebrali sono profondamente diversi fra loro. L'emisfero sinistro e quello destro creano

due versioni del mondo coerenti, assolutamente diverse e spesso incompatibili, con priorità e valori contrastanti. La parte sinistra si occupa dei dettagli, preferisce la meccanica alle cose vive ed è incline all'egoismo, laddove la parte destra ha un respiro più ampio, maggiore flessibilità ed è più generosa. McGilchrist afferma:

Io credo che la rappresentazione dei due emisferi sia molto diversa, perché se è vero che entrambi contribuiscono alla nostra conoscenza del mondo, la quale comunque ha la necessità di essere sintetizzata, è altrettanto vero che l'emisfero destro ha un ruolo prioritario, poiché esso comprende le cognizioni che l'altro emisfero accumula, ed è il solo capace di sintetizzarle in un unico strumento utilizzabile. (2009, p. 176)

La descrizione di McGilchrist del "ruolo prioritario" dell'emisfero destro – riproiettato nel suo straordinario apporto al "primato dell'affettività" e al "primato della volontà inconsapevole", e nel gran numero di prove indicanti che "sia il concetto che la sua espressione hanno origine nell'emisfero destro" – coincide con la mia asserzione relativa al cambio di paradigma da percezione conscia ad affettività inconscia, e alla predominanza del cervello destro – il "cervello emotivo", il "cervello sociale" – nella psicoterapia. Sostengo che, nelle esperienze umane, a dominare è l'emisfero emozionale destro e non quello linguistico sinistro, e che i problemi basilari dell'esistenza non possono essere compresi a fondo senza affrontare quest'argomento cruciale. Negli ultimi vent'anni uno dei punti cardine dei miei studi sulla psicanalisi dello sviluppo e sulle neuroscienze degli affetti è stata la convinzione che l'emisfero destro sia predominante non solo negli anni dell'infanzia, ma in tutte le fasi del ciclo vitale. Per quanto riguarda lo stadio iniziale dello sviluppo umano, il recente enorme aumento di conoscenza delle neuroscienze dello sviluppo è stato straordinario. Leckman e March, in un editoriale del 2011 pubblicato sulla *Rivista di Psicologia e Psichiatria Infantile* e intitolato "Le Neuroscienze dello Sviluppo Diventano Maggiorenni", descrivono "il fenomenale progresso che la ricerca ha avuto negli ultimi 30 anni", e alludendo al cambio di paradigma concludono:

Questi ultimi 10 anni ci hanno fatto chiaramente capire che oltre alla copiosa cascata di eventi genetici, molecolari e cellulari che portano alla formazione dei miliardi di neuroni che compongono la neocorteccia umana, le condizioni *in utero* e immediatamente post-natali, e le relazioni diadiche fra il bambino e chi si occupa di lui nei suoi primi anni di vita possono produrre effetti diretti e duraturi

sullo sviluppo cerebrale del bambino e sul suo comportamento [...] *L'impatto permanente delle prime cure materne e il ruolo dei mutamenti epigenetici del genoma durante i periodi cruciali delle prime fasi dello sviluppo cerebrale, sia in salute che in malattia, è probabilmente una delle più grandi scoperte scientifiche con enormi implicazioni nel nostro campo.* (p. 334)

A conferma delle ipotesi sullo sviluppo che avevo esposto nei miei primi libri, ormai tutti concordano sul fatto che durante i momenti cruciali dell'infanzia, quando il cervello in via di sviluppo sta intensificando la sua sensibilità nei confronti delle esperienze socio-ambientali, una programmazione epigenetica attraverso variazioni nelle cure materne può dare origine o ad un rischio di future psicopatologie o ad una resilienza ad esse (Stevenson, Halliday, Marsden e Mason, 2008). Riguardo alla seconda possibilità, il principio che traumi relazionali avvenuti durante l'infanzia possano alterare il corso dello sviluppo cerebrale nell'adolescenza e nella maturità è espresso nella seguente affermazione: "Lo sviluppo cerebrale graduale e ordinato consente cambiamenti nell'ambito di una fase specifica dei primi anni di vita, che possono modificare emissioni funzionali in fasi della vita più avanzate" (Wei, David, Duman, Anisman e Kaffman, 2010). Si stima che ogni anno 3.7 milioni di bambini vengano visitati per aver subito maltrattamenti (Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani degli Stati Uniti, 2009). Molte ricerche hanno dimostrato che gravi alterazioni dell'ambiente sociale, quali maltrattamento, abuso e abbandono, provocano deviazioni nella curva di sviluppo cerebrale, che con il passare del tempo possono predisporre il soggetto a disturbo post-traumatico da stress, disturbo da personalità borderline, schizofrenia e depressione (Roth e Sweatt, 2011). È importante notare che questo meccanismo epigenetico è profondamente coinvolto nelle psicopatologie più gravi, e può perfino creare differenze individuali nella personalità. Champagne afferma: "*Perfino naturali variazioni nella qualità o nella quantità delle cure materne possono avere conseguenze a lungo termine sul cervello e sul comportamento della prole*" (2011, p. 4, corsivo mio).

A questo punto ci troviamo di fronte alla questione su come questa crescente mole di scoperte nel campo dello sviluppo e delle neuroscienze potrà essere usata nelle discipline che si occupano di salute mentale, non solo durante le terapie vere e proprie, ma anche nella formazione delle future generazioni di psicoterapeuti. Le vecchie idee su cosa debba far parte del bagaglio di conoscenze basilari di un professionista della salute mentale devono ormai essere aggiornate, se non del tutto cambiate. Per arrivare a questo traguardo dobbiamo realizzare che uno dei maggiori ostacoli che clinici e ricercatori si stanno trovando ad affrontare

non è tanto l'enorme quantità di nuovi dati, quanto piuttosto il significato di tali dati; vale a dire, il modo in cui queste informazioni interdisciplinari vengono concettualizzate. Fino a poco tempo fa esisteva un pregiudizio nei confronti della creazione di grandi teorie omnicomprensive, ma io ritengo invece che ormai abbiamo un assoluto bisogno di una prospettiva teorica globale capace di integrare, di sintetizzare e di trarre un significato da quegli schemi psico-funzionali e bio-strutturali nascosti fra le pieghe di tutti quei dati che le neuroscienze stanno generando.

Nel passato la dicotomia Cartesiana mente/corpo ha afflitto non solo psicologia e psichiatria, ma tutta la medicina in generale, soprattutto quella psicosomatica, pediatrica, la medicina interna, la neurologia e la dermatologia. L'attuale cambio di paradigma da percezione ad emozione ha agito da forza propulsiva nel risolvere questo annoso problema e nel creare modelli teorici che integrino biologia e psicologia, "natura ed educazione." Questi modelli vengono usati per generare ipotesi verificabili su un gran numero di fenomeni clinici, inclusi i meccanismi psicoterapeutici di cambiamento. In un recente articolo apparso nella *Rivista dell'Associazione dei Medici Americani*, Glass conclude: "Gli studi dimostrano con certezza sempre maggiore che esiste una correlazione bidirezionale fra struttura cerebrale e funzione da un lato, e fra emozione e comportamento dall'altro, indicando così che l'idea di una separazione fra gli effetti psicologici e biologici di un trattamento è semplicistica e imprecisa" (pp. 1588-1599).

La prospettiva biopsicosociale della teoria della regolazione, ed il suo focalizzarsi sui processi emotivi corporei adattivi e maladattivi, può servire da base per nuovi trattamenti integrativi fra corpo e mente (Schore, 1994, 2003a). In un suo discorso all'Associazione Americana di Medicina Psicosomatica, Richard Lane ha dichiarato: "La fisiologia delle emozioni è probabilmente il pilastro della medicina psicosomatica [...] Stati emotivi avversivi sono associati a stati fisici nocivi" (p. 214). La successiva frontiera è una più profonda comprensione delle origini psicobiologiche interpersonali e dei trattamenti dei disturbi psicosomatici. Questo lavoro potrebbe anche chiarire i meccanismi di sviluppo adattivi e maladattivi, e quelli caratterologico-relazionali psiconeuroimmunologici, tramite i quali personalità differenti affrontano i processi patologici.

È ormai palese che la convinzione che la psicologia (o la psicoterapia) cambi la mente, e la biologia (o la farmacologia) cambi il cervello e il corpo è obsoleta. Nel 2005 lo psichiatra Premio Nobel Eric Kandel sosteneva che non esiste più alcun dubbio che la psicoterapia possa avere come risultato cambiamenti del cervello tangibili e individuabili (Etkin, Pittenger, Polan e Kandel, 2005). Nel 2008 Glass ha così riassunto l'idea ormai comunemente accettata: "Recenti ricerche

sulle immagini cerebrali, sulla biologia molecolare e sulla neurogenetica hanno dimostrato che la psicoterapia è in grado di cambiare la funzione e la struttura del cervello. Essa inoltre influenza il flusso sanguigno cerebrale regionale, il metabolismo dei neurotrasmettitori, l'espressione genica, ed opera mutazioni permanenti nella plasticità sinaptica" (p. 1589). In uno studio del 2010 sulla neuroimaging, pubblicato su *Ricerca Psicoterapeutica*, Tschacher, Schildt e Sander affermano: "La ricerca sulla psicoterapia non verte più sulla sua efficacia, ma su quanto effettivo sia il cambiamento prodotto" (p. 578, corsivo mio).

Questi dati sfidano l'attuale tendenza della psichiatria a concentrarsi esclusivamente sulla psicofarmacologia, sminuendo l'importanza della psicoterapia, una tendenza particolarmente allarmante nel campo della psichiatria infantile. La psichiatria ha la necessità di valutare se la psicoterapia possa far parte di tutto ciò che essa può offrire ai pazienti, invece di delegarla ad altre discipline (Halasz, 2010). Inoltre ritengo che il cambio di paradigma dalla percezione conscia all'affettività inconscia, e la crescente influenza di modelli relazionali di sviluppo e di cambiamento psicoterapeutico possano contrapporsi a modelli di trattamento puramente psicologici come la TCC, che è basata sull'assunto che "sentimenti negativi sono causati da pensieri e convinzioni irrazionali; la terapia deve mirare a cambiare quelle convinzioni" (Shedler, 2001, p. 56). In realtà in alcune ricerche molto recenti su pazienti con gravi traumi, Foa riporta: "in una terapia, affrontare esplicitamente le percezioni attraverso una ristrutturazione cognitiva non è necessario per un miglioramento dei sintomi del DPTS" (Moser, Cahill e Foa, 2010, p. 74).

Moltissimi medici praticanti ormai riconoscono che esistono grossi limiti negli interventi che utilizzano i meccanismi della percezione conscia dell'emisfero sinistro per affrontare i deficit affettivi e interpersonali involontari non consci che fanno parte dei disturbi psichiatrici più gravi. Nei capitoli successivi descriverò il modo in cui la forza del cambio di paradigma stia dando vita a modelli emotivi di sviluppo e clinici molto più complessi. Questo progresso sta dando la possibilità di utilizzare più aggiornate psicoterapie relazionali basate sull'affettività, come la TRA, su soggetti fino a questo momento considerati refrattari alla psicoterapia cognitiva e comportamentale. Allo stesso modo stiamo assistendo ad importanti passi avanti nel trattamento psicoterapeutico di casi di gravi disturbi della personalità, una categoria finora considerata refrattaria alla "cura della parola".

Il cambio di paradigma presuppone anche una revisione delle procedure di valutazione psicologica dei pazienti, prima e durante la psicoterapia. In un suo contributo molto creativo, Finn (2011), citando studi sulla neuroimaging, as-

serisce che il test di Rorschach e l'AAPPS (Adult Attachment Projective Picture System) sono particolarmente sensibili alla funzionalità limbica e alla disorganizzazione dell'emisfero destro, e dunque ai deficit impliciti dei traumi precoci dell'attaccamento, laddove invece test verbali *self-report* come il BDI (Beck Depression Inventory) e l'MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, N.d.T.) agiscono molto di più sulle funzioni corticali dell'emisfero sinistro e sui modelli espliciti di se stessi. Io aggiungerei che anche l'AAI (Adult Attachment Inventory) grava in modo eccessivo sui processi linguistici dell'emisfero sinistro, troppo per essere utilizzato come strumento di conoscenza dei meccanismi impliciti più profondi di un processo psicoterapeutico.

Fino a poco tempo fa i medici si rivolgevano esclusivamente alle neuroscienze cognitive per cercare di capire i meccanismi più complessi del cambiamento psicoterapeutico. I limiti di un tale approccio balzano agli occhi se si osserva che alla base della disciplina c'è un concetto essenzialmente meccanico. Michael Cazzaniga, il "padre della branca", in una recente intervista ha dichiarato: "In generale, ciò che stiamo cercando di fare nel campo delle neuroscienze cognitive è scoprire in che modo lavora la "macchina" mente-cervello. Poi, dopo che questa macchina si è messa in moto, la domanda diventa: come funziona? Proprio come quando tutti noi, davanti ad una qualsiasi macchina, ci chiediamo come funzionano" (2011, p. 4, corsivo mio). La psicoterapia però comporta cambiamenti non nelle percezioni della macchina mente/cervello del paziente, ma nelle esperienze affettive racchiuse nel suo complesso cervello/mente/corpo. Pertanto non è una sorpresa che in questo momento tutte le forme di trattamento psicologico stiano integrando dati provenienti dalle neuroscienze sociali, dello sviluppo e dell'affettività, con l'intento di adottare modelli clinici più efficienti.

I progressi nel campo delle neuroscienze dello sviluppo hanno implicazioni non soltanto nei modelli di psicopatogenesi e di trattamento dei disturbi dell'età adulta. Ora che le cause dell'attaccamento traumatico in psicopatologia vengono studiate con la lentezza della neurobiologia interpersonale, io suggerisco che gli interventi, sia preventivi che terapeutici, debbano essere messi in atto nelle prime cruciali fasi della vita. Grazie agli importanti passi avanti fatti nella comprensione della neurobiologia dell'attaccamento, la distanza fra teoria, ricerca e applicazione clinica si sta rapidamente riducendo. I ricercatori che stanno studiando i processi neurobiologici e neuroendocrinologici che sono all'origine dell'attaccamento fra madre e neonato, ora dichiarano: "Comprendere le basi motivazionali delle cure materne, sia sane che a rischio, potrebbe aprire nuovi orizzonti teorici e opportunità cliniche, e potrebbe anche portare all'elaborazione di interventi più specifici in grado di concentrarsi sulle alterazioni dei legami madre-figlio, da

attuarsi in tempi più precoci e in modi più accurati" (Atzil, Hendler e Feldman, 2011, p. 11). Abbiamo bisogno di concentrare la nostra attenzione a livello psicoterapeutico, e non solo psicofarmacologico, sui precursori dello sviluppo dei disturbi in Asse I e in Asse II già in età infantile, senza aspettare che si manifestino in età adulta. Invece di riporre eccessiva fiducia nei trattamenti psicofarmacologici sui bambini (Wrong, Murray, Camilleri-Novak, e Stephens, 2004), i recenti modelli interdisciplinari che integrano neuroscienze e pediatria, si stanno concentrando su una significativa riduzione dello stress e degli episodi traumatici nelle prime fasi dell'infanzia (Shonkoff, Boyce, e McEwen, 2009). In un recente articolo apparso su *Science*, dal titolo "Proteggere il Cervello, non solo Stimolare la Mente", il pediatra Jack Shonkoff dichiara in modo deciso

Quando si parla di sviluppo cerebrale, un'età di 4 anni non può essere considerata "troppo presto". Per bambini che si trovano in ambienti nocivi, quattro anni di inerzia di fronte a costanti minacce ai processi di sviluppo cerebrale sono difficilmente giustificabili [...] I progressi nelle neuroscienze indicano che interventi su madri vulnerabili atti al miglioramento della salute mentale, delle abilità esecutive e delle capacità di regolazione del Sé, da iniziarsi già nel periodo della gravidanza, prefigurano promettenti strategie nella protezione dei cervelli in via di sviluppo dei bambini. (p. 983)

Per poter fornire un servizio di questo tipo dobbiamo però affrontare il problema dello scarso numero di psicoterapeuti infantili e, in generale, di professionisti della salute mentale dei bambini.

I programmi di formazione in psichiatria, psicologia clinica, psicanalisi e varia consulenza medica e sociale, devono essere aggiornati perché i modelli educazionali del secolo scorso sono ormai superati. Questi programmi devono acquisire le informazioni più recenti non solo sullo sviluppo emotivo, sulla neurobiologia interpersonale dell'attaccamento, sulla psicobiologia dei traumi e sugli effetti della regolazione dello stress sull'empatia relazionale, ma anche su come le dinamiche affettive non verbali basate sul corpo possono esprimersi in un'alleanza terapeutica fra il medico e il paziente, che sia neonato, bambino, adolescente o adulto. Queste informazioni sul ruolo primario che l'affettività regolata e disregolata, soprattutto inconscia, ricopre nelle relazioni, sono molto importanti per una comprensione biopsicosociale più profonda non solo della psicopatogenesi, ma anche dell'eziologia di disturbi e malattie. La comunicazione e la regolazione degli affetti consci e inconsci fra il paziente e un medico sintonizzato con lui empaticamente e psicobiologicamente, vengono affrontate

non solo in tutte le discipline sulla salute mentale, ma anche nella medicina che si occupa degli aspetti regolativi e comunicativi delle emozioni non-verbali in un rapporto fra paziente e medico (Adler, 2007).

Nei capitoli che seguiranno, un altro tema importante sarà il rinnovato interesse nei confronti delle funzioni soggettive implicite e inconsce, e quindi della psicanalisi, che è proprio la scienza dei meccanismi inconsce. La moderna psicanalisi è stata rinvigorita dai progressi nella psicanalisi dello sviluppo, che descrive le origini intersoggettive della mente inconscia, e nella neuropsicanalisi, che studia in che modo le comunicazioni intersoggettive influenzino la struttura psichica interna. Negli ultimi 20 anni ho fornito dati clinici e sperimentali che indicano come l'emisfero destro costituisca il substrato biologico dell'inconscio umano. Questa tesi è stata ripresa in un recente lavoro neuroscientifico di Tucker e Moller (2007), che scrivono: "La specializzazione dell'emisfero destro nella comunicazione emotiva attraverso canali non-verbali sembra svelare un territorio della mente simile all'inconscio psicanalitico caricato motivazionalmente" (p. 91).

Alla fine del 19° secolo Freud creò il *Progetto di una Psicologia Scientifica* (1895-1966), "una psicologia che sarà una scienza naturale", e così facendo diede vita alla neuropsicanalisi, che anticipava la psicanalisi clinica (Schore, 1997, 2010). All'inizio del secolo successivo creò inoltre la "cura con le parole", una tecnica psicanalitica basata sul principio clinico che il lavoro di uno psicoterapeuta ha sempre a che fare con l'affettività, prefigurando così l'attuale cambio di paradigma. Alla fine del 20° secolo molti autori sono tornati al *Progetto* di Freud e, con la nascita della psicanalisi moderna, hanno approfondito la conoscenza dei meccanismi dell'emisfero destro che governano la comunicazione non-verbale, il transfert, la motivazione inconscia e il ruolo centrale dell'affettività. Oggi questo tentativo di utilizzare la scienza, soprattutto la neuroscienza, per andare più a fondo nei processi psicoterapeutici di cambiamento ha travalicato i confini della psicanalisi, e ha incluso tutte le forme di cura con la parola. Come membro del comitato editoriale della *Rivista della Psicoterapia Unificata e della Scienza Clinica*, posso affermare con certezza che in questo momento nella psicologia esiste una forte corrente di pensiero che si propone di chiarire i meccanismi di base e i fattori comuni che sono all'origine dell'attuale psicoterapia, e che tutti i modelli clinici stanno reintroducendo concetti psicodinamici. Questi modelli hanno in comune fra loro un concetto basilare, e cioè che l'alleanza terapeutica convoglia i principali meccanismi di azione terapeutica. In un futuro che ci auguriamo molto prossimo, la riconsiderazione dei modelli aggiornati di neuropsicanalisi relazionale e i progressi negli studi sugli effetti dei traumi dell'attaccamento sullo

sviluppo cerebrale potrebbero aiutare a richiudere quella profonda spaccatura fra psichiatria biologica e psichiatria dinamica.

In una recente meta-analisi sul crescente numero di ricerche sull'efficacia della psicoterapia psicodinamica, Shedler (2010) riporta prove empiriche che dimostrano che la portata degli effetti delle terapie psicodinamiche è tanto grande quanto quella riscontrata in altri trattamenti considerati "scientificamente provati". Shedler presenta molti dati che supportano la scoperta che i benefici della terapia psicodinamica non sono transitori, ma sono duraturi e addirittura aumentano col passare del tempo. Contrariamente alle terapie cognitive, "la terapia psicodinamica mette in moto processi psicologici che portano ad un cambiamento perfino dopo la fine della terapia" (p. 101). Egli conclude inoltre che, oltre ad una remissione dei sintomi, "la terapia psicodinamica può incrementare risorse e capacità interiori, e ciò consente di avere una vita più ricca, più libera e più soddisfacente" (p. 107).

Altre ricerche sugli effetti della psicoterapia psicodinamica su pazienti con disturbi da personalità borderline, mostrano benefici almeno pari se non superiori a quelli ottenuti con un altro tipo di trattamento dagli effetti scientificamente provati, e cioè la terapia del comportamento dialettico (Clarkin, Levy, Lenzenweger e Kemberg, 2007). È importante sottolineare che solo pazienti borderline sotto trattamento psicodinamico hanno mostrato cambiamenti nei meccanismi psicologici intrapsichici associati ad una riduzione dei sintomi, vale a dire cambiamenti nell'organizzazione dell'attaccamento e nella funzione riflessiva (Levy et al., 2006). A questo aggiungiamo che numerose ricerche molto recenti documentano quanto sia efficace sul lungo termine la psicoterapia psicodinamica nel trattamento di pazienti con disturbi della personalità, disturbi mentali multipli e disturbi mentali cronici (Leichsenring e Rabung, 2008). Infatti i miei modelli neuropsicanalitici dello sviluppo vengono ora usati sia nelle ricerche sui disturbi da personalità borderline in Asse I (Meares, Schore e Melkonian, 2011), che nei trattamenti dei disturbi schizofrenici in Asse II (Hugh e Lohne, 2009).

L'attuale ampliamento di conoscenze e il cambio di paradigma stanno avendo grande influenza anche al di fuori delle discipline di salute mentale, coinvolgendo anche l'organizzazione politica e culturale della società. Nel primo volume del mio libro del 2003 sostenevo che è il Sé implicito non conscio dell'emisfero destro, e non il Sé esplicito conscio dell'emisfero sinistro, a dominare sulle funzioni adattive umane. Fornendo dati al livello neuropsicologico, culturale e storico, McGilchrist (2009) riprende questo concetto: "Se quello che intendiamo con la parola consapevolezza è la parte della mente che mette a fuoco il mondo, che lo rende esplicito, che permette che venga descritto attraverso un linguaggio,

e che è consapevole della sua stessa consapevolezza, è ragionevole collegare la mente conscia ad attività che in massima parte risiedono nell'emisfero sinistro" (p. 188). Egli tuttavia aggiunge: "Il mondo dell'emisfero sinistro, dipendente dal linguaggio denotativo e dall'astrazione, genera chiarezza e ha il potere di manipolare cose conosciute, fisse, statiche, isolate, decontestualizzate, esplicite, incorporee, generiche, e fondamentalmente prive di vita" (p. 174). Per contro, "l'emisfero destro genera un mondo di esseri viventi cangianti, in evoluzione, interconnessi, impliciti e personificati, nell'ambito del contesto reale in cui si vive, rimanendo però in un regno mai pienamente comprensibile e ancora poco conosciuto – e con questo mondo l'emisfero destro ha un rapporto di protezione." (p. 174). Sicuramente l'emisfero destro "emotivo" "ha la sua rappresentazione più sofisticata e dettagliata, e probabilmente anche la più evoluta, nella corteccia prefrontale, la parte più sviluppata del cervello" (p. 437).

Un concetto fondamentale del libro di McGilchrist (2009) è espresso già nel titolo: *l'emisfero destro è il maestro, e quello sinistro è il suo messaggero, che è coccuto, si crede superiore, e a volte tradisce il maestro, recando danno ad entrambi*. Supportato da prove che spaziano fra scienza e arte, McGilchrist afferma in modo molto convincente che, nel mondo moderno, l'emisfero sinistro sta prendendo il sopravvento, con conseguenze potenzialmente disastrose. Sono d'accordo sul fatto che la cultura occidentale, ora ancor più che in passato, stia enfatizzando in modo perfino eccessivo le funzioni dell'emisfero sinistro. Il nostro concetto culturale di salute mentale e fisica, così come gli obiettivi dell'istruzione a tutti i livelli, non fanno che incensare il pensiero razionale, logico, analitico, sottovalutando invece le funzioni olistiche, corporee e relazionali dell'emisfero destro, che sono essenziali per l'omeostasi e per la sopravvivenza. È ironico che proprio in un momento storico in cui medici e ricercatori stanno facendo enormi scoperte, non solo sui modelli socio-emotivi di sviluppo ottimale dell'emisfero destro, ma anche sui modelli di eziologie e trattamenti di un ampio spettro di psicopatologie, i professionisti in questo campo debbano subire tagli alle spese e forti freni inibitori economici e culturali. Come si spiega? Ci viene continuamente detto che le ragioni di tutto ciò risiedono in fattori economici oggettivi, ma il cambio di paradigma nella psicologia e nelle neuroscienze suggerisce invece che siano in gioco forze inconsce soggettive.

Leggerete ora la descrizione che McGilchrist (2009) fa di come potrebbe essere il mondo se l'emisfero sinistro divenisse tanto dominante a livello fenomenologico da essere in grado di sopprimere completamente l'emisfero destro. Egli immagina che questo mondo "sinistro" porterebbe ad una sempre maggiore specializzazione e ad una tecnicizzazione della conoscenza, oltre che ad una gigan-

tesca burocratizzazione, ad un'incapacità di allargare i propri orizzonti, ad un'esaltazione della quantità e dell'efficienza a discapito della qualità, ad un'invasione della tecnologia ai danni dell'interazione umana, alla mancanza di rispetto nei confronti di abilità e capacità di giudizio acquisite con l'esperienza, e alla mortificazione dello straordinario, del personale, dell'individuale. Nel dettaglio:

Il sapere che scaturisce dall'esperienza e l'acquisizione pratica di abilità concrete desterebbero diffidenza, dando l'impressione di essere minacciosi o semplicemente incomprensibili [...] I concetti di abilità e di discernimento, in passato considerati l'apice dell'esperienza umana, che arrivano in modo lento e silenzioso lungo il corso della vita, verrebbero messi da parte in favore di processi quantificabili e ripetibili [...] Le capacità stesse di un individuo verrebbero ridotte ad un algoritmo che possa essere scritto e poi, se necessario, regolamentato dagli amministratori, perché altrimenti la tendenza sospettosa dell'emisfero sinistro non potrebbe essere certa che queste misteriose "capacità" vengano uniformemente e correttamente applicate [...] Sempre meno persone farebbero lavori che presuppongano un contatto con qualcosa di reale, con il mondo vivente, ma si dedicherebbero invece a piani, strategie, scartoffie, iter burocratici e procedure gestionali [...] La tecnologia dominerebbe, essendo diretta espressione del desiderio dell'emisfero sinistro di manipolare e controllare il mondo per il suo esclusivo piacere, ma sarebbe affiancata da una gigantesca macchina burocratica e da un numero enorme di sistemi di astrazione e di controllo. (McGilchrist, 2009, p. 429)

Vi suona familiare? Io ho il sospetto che questa "immaginaria" visione di un mondo governato dall'emisfero sinistro in questo momento sia reale, non solo nella cultura in generale, ma anche nel campo della salute mentale, nelle seguenti forme: un'eccessiva enfasi posta sulla psicofarmacologia a discapito della psicoterapia, un potere esagerato da parte delle compagnie assicurative nel definire le normative e le forme "accettabili" di trattamento, un'idealizzazione delle "pratiche basate su prove scientifiche", una sottostima di quell'enorme quantità di studi sull'efficacia dell'alleanza terapeutica, una tendenza ad avversare la "manualizzazione" della terapia, un modello di formazione più concentrato sull'apprendimento delle tecniche che sull'ampliamento delle capacità relazionali, e una mutazione della psicoterapia da professione a business.

Possiamo invertire quest'attuale sbilanciamento fra i due emisferi? Il cambio di paradigma ha dato grande impulso ai nostri tentativi di comprendere molte delle domande fondamentali sulla condizione umana, alle quali ora si può provare a dare una risposta grazie alle recenti scoperte sulle prime fasi dello sviluppo

dell'emisfero destro. Un esempio è il desiderio di un'esplorazione più profonda delle nostre origini da parte della moderna scienza dello sviluppo. Nel 2005 Insel e Fenton artolarono il seguente concetto, largamente condiviso: "La maggioranza dei disturbi mentali [...] ha inizio in una fase della vita molto precedente a quanto finora ritenuto" (p. 590). Più recentemente, Leckman e March (2011) hanno asserito che "gli scienziati sono sempre più concordi nel ritenere che le origini dei disturbi dell'età adulta siano spesso da ricercarsi nelle alterazioni biologiche e dello sviluppo che avvengono nei primi anni di vita" (p. 333). Abbiamo bisogno, *subito*, di utilizzare tutte queste nuove nozioni per agire più velocemente e per riflettere più profondamente su cosa sia necessario – a livello individuale, familiare e culturale – per fornire un contesto umano ottimale per una buona salute fisica e mentale. Oltre a sostenere culturalmente lo sviluppo di capacità cognitive e intellettuali, abbiamo bisogno di incoraggiare la capacità adattiva dell'individuo di rapportarsi socialmente ed emotivamente ad altri esseri umani, attraverso le funzioni di comunicazione intersoggettiva, di elaborazione degli affetti, di empatia e di regolazione interattiva dello stress. I numerosi studi sulle funzioni critiche di sopravvivenza che hanno luogo nell'emisfero destro possono essere applicati all'individuo e alle varie culture, non solo quelle umane, ma anche quelle animali (Bradshaw e Schore, 2007; Schore e Schore, 2008).

I prossimi capitoli dimostreranno che le nuove informazioni sull'attaccamento, i traumi, la regolazione dell'affetto e lo sviluppo dell'emisfero destro, sono direttamente correlate al trattamento delle disfunzioni socio-emotive che sono alla base di una vasta gamma di disturbi psichiatrici della personalità. Inoltre tutta questa conoscenza ha anche un valore pratico, perché consente di generare modelli più complessi di crescita e di sviluppo umano indirizzati specificamente all'ottimizzazione della plasticità cerebrale, e dunque del potenziale umano. Tutto ciò ha ancora più valore quando parliamo dello sviluppo cerebrale che avviene in quei periodi cruciali dell'infanzia in cui la crescita del cervello del bambino subisce una forte accelerazione. Anche altre professioni potrebbero trarre grande giovamento da queste conoscenze. Giudici e avvocati nel campo del Diritto di Famiglia si stanno dimostrando molto interessati all'utilizzo delle attuali neuroscienze, per poter essere in grado di prendere decisioni "salomoniche" più consapevoli sugli affidamenti congiunti dei bambini nel primo anno di vita, che si trovano quindi nel periodo cruciale per l'attaccamento umano. Vogliono inoltre essere informati su quello che sappiamo circa gli effetti nel tempo dei traumi relazionali dell'attaccamento in età infantile (vedi Schore e McIntosh in *Family Court Review*, 2011).

Vediamo un continuo flusso di informazioni neuroscientifiche riversarsi nella didattica, nelle discipline umanistiche e nelle arti, e diffondersi in tutti gli strati

della società. Di queste informazioni si può fare un buono o un cattivo uso. Prendiamo ad esempio un articolo apparso nel 2005 sulla rivista *Time*, in cui si parlava delle nuove frontiere della ricerca sul cervello, e delle applicazioni pratiche dei progressi nelle neuroscienze (McCarthy, 2005). In quell'articolo alcuni intervistati ne descrivevano l'importanza nel campo della neuroeconomia, e parlavano di come le aree del cervello che hanno a che fare con le abitudini dei consumatori e con i processi decisionali della politica, possono venire influenzate e manipolate da meccanismi inconsci. Nello stesso articolo, io parlavo dello sviluppo affettivo e delle neuroscienze sociali come potenziali risorse per una comprensione più profonda delle origini neurobiologiche interpersonali dell'empatia, della fiducia, dell'inganno, della comunicazione emotiva e della regolazione della violenza – tutte questioni fondamentali dell'esperienza umana. Essendo io membro del consiglio editoriale della *Rivista Americana del Gioco*, mi preme aggiungere che abbiamo la necessità di fare ulteriori ricerche sui meccanismi del gioco, che è un altro sistema motivazionale essenziale della vita umana.

In uno dei prossimi capitoli riporto alcuni dati psichiatrici e sociologici che indicano chiaramente che alcuni aspetti fondamentali della condizione umana stanno iniziando a mostrare sintomi clinici di grave stress, dando origine ad un incremento dei disturbi emotivi nell'infanzia e nell'adolescenza. Una delle più chiare manifestazioni del cambio di paradigma è la correzione di quei precedenti modelli psicologici di sviluppo che asserivano che *tutti* i bambini sono "resilienti". Noi ora sappiamo che quest'affermazione è imprecisa, se non addirittura fuorviante. Molte ricerche sulle neuroscienze dello sviluppo dimostrano con certezza che tutti i bambini non sono "resilienti", ma "malleabili", sia in senso negativo che positivo (Leckman e March, 2011). Ci sono prove evidenti che il numero di alterazioni biologiche nocive nei primi anni di vita sta aumentando rapidamente.

Nel 2003 ero membro della Commissione per i Bambini a Rischio, che stilò il rapporto dal titolo *Predisposti alla Connessione*. Citando numerose ricerche, la Commissione, composta da 33 fra pediatri, ricercatori e professionisti della salute mentale, concludeva: "Le implicazioni di queste ricerche sono chiare e profonde: il decadimento della salute mentale di molti bambini americani è un problema grave, ed è responsabile dell'attuale incremento dei casi di problemi fisici. Disturbi psicosomatici e psicosociali provocano pesanti e duraturi effetti sulla vita dei bambini e sulla società" (2003, p. 71). Questa preoccupante tendenza non accenna a diminuire. Tutt'oggi, l'Accademia Americana della Psichiatria Infantile e Adolescenziale (AAPA) sottolinea una "crisi" in atto nell'ambito della salute mentale dei bambini: uno su cinque ha disturbi psichiatrici diagnostica-

bili, e uno su dieci soffre di malattie mentali abbastanza gravi da impedirgli di condurre una vita normale (AAPA, n.d.). Un recente studio psichiatrico epidemiologico su un campione di 10.000 adolescenti, ha documentato “un’alta incidenza” di disturbi mentali fra i giovani. In questo studio si sottolinea che “più o meno un giovane americano su quattro/cinque si trova ad affrontare nel corso della propria vita disturbi mentali con gravi menomazioni” (Merikangas et al., 2010, p. 980).

E qui negli Stati Uniti, come stiamo reagendo a questa crisi che tocca il cuore della nostra società? E se non lo stiamo facendo, perché? Nei modelli clinici parliamo di individui che hanno difese intrapsichiche contro l’incertezza, lo stress e le informazioni negative o dolorose. Meccanismi di difesa quali la negazione, la repressione e perfino la dissociazione sono utilizzate dalla società per evitare di confrontarsi faccia a faccia con i gravi fattori di stress di cui è permeata. 40 anni fa Jacob Bronowski ha fatto quest’acuta osservazione: “Pensate a quanto l’evoluzione ha investito nel cervello dei bambini [...] Nella storia, le varie civiltà hanno rozzamente ignorato quell’enorme potenziale. In realtà possiamo dire che l’infanzia più lunga della storia dell’umanità è stata quella della civilizzazione, trascorsa cercando di imparare a comprendere quel potenziale” (1973, p. 425)

Alcuni miei colleghi ed io, nel tentativo di superare le resistenze e portare questo problema all’attenzione dell’intera società e del mondo culturale, stiamo scrivendo due libri: *Evoluzione, Prime Esperienze e Sviluppo Umano: Dalla Ricerca alla Pratica e al Metodo* (Narvaez, Panksepp, Schore e Gleason, in stampa), e *Impatto dei Traumi Infantili su Salute e Disturbi: L’Epidemia Nascosta* (Lanius, Vermetten e Pain, 2010). Questi libri, basati sulle più recenti scoperte nel campo delle neuroscienze dello sviluppo, della psichiatria e della psicologia dello sviluppo, gettano una nuova luce su molti gravi problemi psicologici e sociali che giacciono nei punti ciechi della nostra società. E, cosa ancora più importante, tutti questi studiosi di varie discipline forniscono considerazioni pratiche su quali tipi di esperienze siano essenziali nei primi anni di vita per uno sviluppo ottimale del cervello e del corpo – considerazioni che possono servire non solo a comprendere meglio teorie e ricerche scientifiche, ma anche ad accrescere la consapevolezza delle politiche pubbliche.

All’inizio del mio libro del 1994 facevo una dichiarazione piuttosto controversa: “La comprensione dello sviluppo iniziale è uno degli obiettivi fondamentali della scienza. Le fasi iniziali dei sistemi viventi preparano il terreno a tutti quegli aspetti delle funzioni interne ed esterne dell’organismo che avranno poi luogo in tutte le fasi successive della vita”. Nel 1996 dichiarai che “l’auto-organizzazione di un cervello in via di sviluppo avviene nel contesto di una relazione con un

altro Sé e con un altro cervello.” Questo libro, come i suoi tre predecessori, presenta al lettore una grande quantità di dati interdisciplinari, peraltro in continua espansione, che dimostrano come questi concetti siano ormai accettati in tutte le scienze della vita e della salute mentale. In una recente panoramica sull’attuale neuroscienza dello sviluppo, Leckman e March (2011, p. 333) concludono: “il nostro mondo *in utero* e immediatamente post-natale plasma e costruisce gli individui che diventeremo (neonati, bambini, adolescenti, e adulti che a loro volta si occuperanno dei neonati)”. A questo punto è chiaro che tutte le prove indicano il fatto che possiamo massimizzare gli effetti, a breve e lungo termine, dei nostri interventi concentrandoli nel periodo di maggiore sviluppo cerebrale – vale a dire dall’ultimo trimestre della gravidanza a tutto il secondo anno di vita. Resta da scoprire se i nostri governanti vorranno sovvenzionare questi studi così importanti oppure no.

In questo volume, *La Scienza e l’Arte della Psicoterapia*, presento un ampliamento della teoria della regolazione, includendo idee specifiche sulle dirette implicazioni del cambio di paradigma nelle professioni mediche, e sulla cultura in generale. Come nei miei lavori precedenti, le mie intenzioni, in qualità di scienziato e medico, sono quelle di informare gli psicoterapeuti sulle ultime rilevanti scoperte scientifiche, e gli scienziati sui progressi più recenti nel campo delle pratiche mediche, e dunque cercare di stimolare un dialogo più vivace fra tutte le discipline della salute mentale. Per raggiungere quest’obiettivo continuerò a citare testualmente le parole dei medici che studiano la mente, e dei neuroscienziati che studiano il cervello, mostrando così quanto siano ormai concordi sull’importanza dei fenomeni corporei dell’affettività, e dando vita ad un linguaggio comune che faccia riferimento al regno dell’emotività soggettiva.

La prima parte del libro, *Terapia della Regolazione Affettiva e Neuropsicanalisi Clinica*, contiene capitoli sull’arte nell’esercizio della psicoterapia, esponendo modelli neurobiologici interpersonali dei meccanismi di cambiamento nel trattamento di ogni tipo di paziente, ma in special modo di quei pazienti con alle spalle una storia di traumi relazionali infantili. Questi capitoli contengono contributi alla “teoria moderna dell’attaccamento”, nonché all’attenzione che essa pone sui meccanismi affettivi essenziali non-verbali inconsci che si nascondono dietro alle parole del paziente e del terapeuta, sui modelli neuropsicanalitici clinici che lavorano sui traumi relazionali, sulla dissociazione patologica, e sull’uso della terapia della regolazione degli affetti nei momenti emozionalmente stressanti di intensa affettività che hanno luogo durante i trattamenti medici. In questo libro il lettore potrà equiparare a livello semantico i termini *psicanalitico* e *psicodinamico*, e *psicanalista* e *psicoterapeuta*.

Nel corso dei suddetti capitoli, presenterò un modello di cambiamenti cervello/mente/corpo che avvengono non soltanto nei pazienti, ma anche nei terapeuti, e parlerò dell'evoluzione della competenza terapeutica e di come l'esperienza clinica alteri le funzioni implicite dell'emisfero cerebrale destro del terapeuta. La prospettiva trans-teoretica della teoria della regolazione può fungere da lente di ingrandimento per portare alla luce gli aspetti intra- e intersoggettivi fondamentali di tutti i comportamenti o funzioni del Sé adattivi e maladattivi. Questa prospettiva può quindi essere applicata a qualunque interpretazione su come la soggettività di un medico, agendo su livelli inferiori alla consapevolezza conscia, viene utilizzata in ogni istante del processo psicoterapeutico. Anche se molte delle osservazioni cliniche che seguiranno hanno come oggetto pazienti adulti, i principi terapeutici generali possono essere applicati anche ai processi di cambiamento nel trattamento di bambini e adolescenti.

Il lettore potrà notare che la mia esposizione dei problemi medici, a livello formale è molto simile a quella dei miei scritti precedenti. Al contrario della usuale tecnica di presentare materiale su un caso specifico per poter chiarire i concetti clinici generali, questo tipo di approccio cerca prima di costruire meccanismi basilari comuni di fenomeni inconsci intrapsichici e interpersonali, e quindi di applicarli al contesto terapeutico di un caso specifico. Una prospettiva di questo tipo cerca anche di rivelare l'arte nella scienza della psicoterapia, e sottolinea l'attuale significativo incremento delle ricerche scientifiche sui processi psicoterapeutici. A proposito di questo incremento, Kazdin e Nock (2003) affermano: "Lo studio dei meccanismi di trattamento è probabilmente il miglior investimento a breve e lungo termine per il miglioramento della pratica clinica e della cura del paziente [...] Capire perché un trattamento funziona può servire a massimizzare gli effetti della terapia, e a garantire che nozioni di importanza cruciale siano largamente adottate nella pratica clinica" (p. 1117).

L'argomento principale dei capitoli della seconda parte del libro, Neuroscienza dello Sviluppo Affettivo e Neuropsichiatria dello Sviluppo, è la scienza alla base dei modelli clinici di sviluppo e psicopatogenesi della teoria della regolazione. L'applicazione ad ampio raggio del modello generale interpersonale neurobiologico di sviluppo emotivo e sociale, è evidente nei seguenti esempi: l'incorporazione delle neuroscienze dello sviluppo all'interno della pratica pediatrica, gli studi di etologia sugli elefanti, le esposizioni teoriche di dissociazione patologica e traumi relazionali, le ricerche sperimentali sui disturbi della personalità borderline, una panoramica sulle attuali tendenze culturali nell'educazione dei bambini dalla prospettiva delle neuroscienze dello sviluppo affettivo, l'applicazione della teoria della regolazione alla valutazione clinica di relazioni di attac-

camento ad alto rischio, e il contributo della moderna teoria dell'attaccamento nel campo del Diritto di Famiglia. Sebbene moltissimi professionisti della salute mentale siano attivamente coinvolti nel trattamento psicoterapeutico di bambini, adolescenti e adulti, uno dei temi fondamentali dei prossimi capitoli sarà la necessità di occuparsi più seriamente del problema di avere una valutazione, un intervento e una prevenzione più rapidi.

BIBLIOGRAFIA

Adler, H. M. (2007). Verso una comprensione psicosociale del rapporto medico-paziente: Un dialogo emergente. *Journal of General Internal Medicine*, 22, 280-285.

Accademia Americana della Psichiatria Infantile e Adolescenziale (AAPA), (n. d.). *The Campaign for America's Kids*.

Atzil S., Hendler T. e Feldman R. (2011). Specificare le basi neurobiologiche dell'attaccamento umano: Cervello, ormoni e comportamento in madri sincrone e intrusive. *Neuropsychopharmacology*, doi:10.1038/npp.2011.172

Barrett J. E Fleming A. S. (2011). Analisi annuale sulla ricerca: Non tutte le madri sono uguali: prospettive neurali e psicobiologiche sulla maternità e sull'importanza delle differenze individuali. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52, 368-397.

Beck A. T. e Dozois D. J. A. (2011). Terapia cognitiva: Situazione attuale e direzioni future. *Annual Review of Medicine*, 62, 397-409.

Bradshaw G. A. e Sapolsky R. M. (2006, Novembre/Dicembre). Specchio, specchio. *American Scientist*, 487-489.

Bradshaw G. A. e Schore A. N. (2007). Come aprono le porte gli elefanti: Neuroetologia dello Sviluppo, Affettività e Contesto Sociale. *Ethology*, 113, 426-436.

Bromberg P. M. (2011). *L'ombra dello tsunami e la crescita della mente relazionale*. New York: Routledge.

Bronowski J. (1973). *L'Ascesa dell'Uomo*. New York: Little Brown.

Buchanan M. (2009). Segnali segreti. *Nature*, 457, 528-530.

Champagne F. A. (2011). Impronte materne e origini della variazione. *Hormones and Behavior*, 60, 2-11.

Clarkin J. F., Levy K. N., Lenzenweger M. F. e Kernberg O. F. (2007). Valutare tre trattamenti per i disturbi da personalità borderline: Uno studio multiplo. *American Journal of Psychiatry*, 164, 922-928.

Commissione per i Bambini a Rischio (2003). *Predisposto alla Connessione. Il nuovo caso scientifico delle comunità autoritarie*. New York: Institute for American Values.

Dipartimento Americano della Salute e dei Servizi Umani, Amministrazione Famiglie e Bambini, Ufficio Infanzia. Rapporto annuale sui maltrattamenti infantili: Statistiche nazionali sull'abuso e l'abbandono, 2009.

Decety J. e Lamm C. (2007) Il ruolo della connessione temporo-parietale nell'interazione sociale: Come processi computazionali di basso livello contribuiscono alla meta-cognizione. *The Neuroscientist*, 13, 580-593.

de Waal F. B. M. (2011). Che cos'è l'emozione animale? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1224, 191-206.

Dumas G. (2011). Verso una neuroscienza a due corpi. *Communicative and Integrative Biology*, 4, 349-352

Dumas G., Nadel J. Soussignan R., Martinier J. e Garner L. (2010). Sincronizzazione intercerebrale durante le interazioni sociali. *PLoS ONE*, 5, e12166.

Etkin A., Pittenger C., Polan H. J. e Kandel E. R. (2005). Verso una neurobiologia della psicoterapia: Scienza di base e applicazioni cliniche. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, 17, 145-158.

Finn S. E. (2011). Viaggi attraverso la valle della morte: valutazione psicologica multimetodo e trasformazione della personalità nella psicoterapia a lungo termine. *Journal of Personality Assessment*, 93, 123-141.

Freud S. (1966). Progetto di una psicologia. In J. Strackey (ed. & trad.), *The standard edition of the complete psychological work Of Sigmund Freud* (Vol. I, pp. 281-392). Londra: Hogarth Press. (Originale pubblicato nel 1895).

Gazzaniga M. (2011). Intervista con Michael Gazzaniga. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1224, 1-8.

Glass R. M. (2008). Psicoterapia Psicodinamica e ricerca delle prove. Bambi sopravvivono a Godzilla? *The Journal of The American Medical Association*, 300, 1587-1589.

Halasz G. (2010). Conversazione con Alan Schore. *Australasian Psychiatry*, 19, 30-36.

Hug E. e Lohne P. (2009). Uno studio sul trattamento di un paziente con psicosi e dipendenza da stupefacenti: Verso un'integrazione di prospettive psicanalitiche e neuroscientifiche. *Psychosis*, 1, 82-92.

Insel T. R. e Fenton W. S. (2005) Epidemiologia psichiatrica. Non si tratta più di contare. *Archives of General Psychiatry*, 62, 590-592.

Kazdin A. E. (2007). Mediatori e meccanismi di cambiamento nella ricerca sulla psicoterapia. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1-27.

Kazdin A. E. e Nock M. K. (2003). Delineare meccanismi di cambiamento nelle terapie su bambini e adolescenti: Questioni metodologiche e raccomandazioni per la ricerca. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 1116-1129.

Keenan J. P. e Gorman S. (2007). Il ruolo causale dell'emisfero destro nell'autocoscienza: E' il cervello ad essere selettivo. *Cortex*, 43, 1047-1082.

Kuhn T. (1962). *La struttura della rivoluzione scientifica*. Chicago: University of Chicago Press.

Lane R. D. (2008). Substrati neurali dei processi emotivi impliciti ed espliciti: Un quadro unitario della medicina psicosomatica. *Psychosomatic Medicine*, 70, 214-231.

Lanius R. A., Vermetten E. e Pain C. (2010). *L'impatto di traumi in età precoce su salute e malattia: L'epidemia nascosta*. Cambridge: Cambridge University Press.

Leckman J. F. e March J. S. (2011). Editoriale: La neuroscienza dello sviluppo diventa maggiorenne. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52, 333-338.

Leichsenring F. e Rabung S. (2008). Efficacia a lungo termine della psicoterapia psicodinamica: Una meta-analisi. *The Journal of The American Medical Association*, 300, 1551-1565.

Levy K. N., Meehan K. B., Kelly K. M., Reynoso J. S., Weber M., Clarkin J. F. et al. (2006). Mutamento negli schemi dell'attaccamento e nelle funzioni riflessive in una prova casuale di controllo della psicoterapia del transfert per il disturbo della personalità borderline. *Journal Of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1027-1040.

McCarthy T. (2005, 9 novembre) Entrare nella tua testa. *Time*.

McGilchrist I. (2009). *Il Maestro e il suo Messaggero*. New Haven CT: Yale University Press.

- Meares R., Schore A. N. e Melkonian D. (2011). La Personalità Borderline è un Particolare Disturbo dell'Emisfero Destro? Uno studio del P3A tramite l'utilizzo dell'analisi Single Trial. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45, 131-139.
- Merikangas K. R., He J. P., Burstein M., Swanson S. A., Avenevoli S., Cui L. et al. (2010). Diffusione di disturbi mentali cronici negli adolescenti americani: Risultati dell'indagine nazionale sulla comorbidità – Supplemento Adolescenti. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49, 980-989.
- Minagawa-Kawai U., Matsuoka S., Dan I., Naoi N., Nakamura K. E Kojima S. (2009). Attivazione prefrontale associata all'attaccamento sociale: Riconoscimento emotivo facciale nelle madri e nei neonati. *Cerebral Cortex*, 19, 284-292.
- Moser J. S., Cahill S. P. e Foa E. B. (2010). Prove di risultati più scarsi in pazienti con gravi percezioni negative correlate a traumi che ricevono un'esposizione prolungata oltre a una ristrutturazione cognitiva. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 72-75.
- Narvaez D. J., Panksepp J., Schore A. N. e Gleason T. (in stampa). *Evoluzione, Prime Esperienze e Sviluppo Umano: Dalla Ricerca alla Pratica e al Metodo*. New York: Oxford University Press.
- Nitschke J. B., Nelson E. E., Rusch B. D., Fox A. S., Oakes T. R. e Davidson R. J. (2004). La corteccia orbitofrontale provoca uno stato d'animo piacevole nelle madri che guardano le foto dei loro figli appena nati. *NeuroImage*, 21, 583-592.
- Noriuchi M., Kikuchi Y. E Senoo A. (2008). La Neuroanatomia funzionale dell'amore materno: La reazione della madre all'attaccamento del neonato. *Biological Psychiatry*, 63, 415-423.
- Northoff G. e Panksepp J. (2008). Il concetto trans-specie del Sé e il sistema mediale subcorticale-corticale. *Trends in Cognitive Science*, 42, 47-55.
- Panksepp J. (2008). Il potere della parola può risiedere nel potere degli affetti. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 42, 47-55.
- Parsons C. E., Young K. S., Murray L., Stein A. e Kringelbach M. L. (2010). La neuroanatomia funzionale dell'evoluzione della relazione genitori-figli. *Progress in Neurobiology*, 91, 220-241.
- Roth T. L. e Sweatt J. D. (2011). Rapporto annuale di ricerca: meccanismo epigenetico e formazione ambientale del cervello durante i periodi sensibili dello sviluppo. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52, 398-408.
- Safran J. D. e Muran J. C. (2000). *Negoziare l'alleanza terapeutica: Una guida sul trattamento relazionale*. New York: Guilford Press.
- Schore A. N. (1994). *Regolazione degli affetti e origini del Sé*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Schore A. N. (1996). La maturazione dipendente dall'esperienza di un sistema di regolazione nella corteccia orbitale prefrontale, e l'origine della psicopatologia dello sviluppo. *Development and Psychopathology*, 8, 59-87.
- Schore A. N. (1997). Un secolo dopo il Progetto di Freud: Un riavvicinamento fra psicanalisi e neurobiologia è possibile? *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 45, 807-840.
- Schore A. N. (2001). Gli effetti dei traumi relazionali sullo sviluppo dell'emisfero destro, sulla regolazione degli affetti e sulla salute mentale dei neonati. *Infant Mental Health Journal*, 22, 201-269.
- Schore A. N. (2003a). *Regolazione degli affetti e riparazione del Sé*. New York: Norton
- Schore A. N. (2003b). *Disregolazione degli affetti e disordini del Sé*. New York: Norton
- Schore A. N. (2009). Il cambio di paradigma: L'emisfero destro e l'inconscio relazionale. Discorso all'assemblea plenaria dell'Associazione degli Psicologi Americani, 2009, Toronto, Canada.
- Schore A. N. (2010). Allan Schore sul lavoro di Freud: E' tutto nell'emisfero destro.
- Schore A. N. e McIntosh J. (2011). Diritto di Famiglia e neuroscienza dell'attaccamento. *Family Court Review*, 49, 501-512.
- Schore A. N. e Schore J. R. (2008). Teoria moderna dell'attaccamento: Il ruolo centrale della regolazione degli affetti nello sviluppo e nel trattamento. *Clinical Social Work Journal*, 36, 9-20.
- Semrud-Clickeman M., Fine J. G. e Zhu D. C. (2011). Il ruolo dell'emisfero destro nell'elaborazione delle interazioni sociali in adulti sani e l'uso della risonanza magnetica funzionale. *Neuropsychobiology*, 64, 47-51.
- Shedler J. (2010). L'efficacia della psicoterapia psicodinamica. *American Psychologist*, 65, 98-109.
- Shonkoff J. P. (2011). Proteggere il cervello, non soltanto stimolare la mente. *Science*, 333, 982-983.
- Shonkoff J. P., Boyce W. T. e McEwen B. S. (2009). Neuroscienza, biologia molecolare e le radici infantili nella disparità della salute: Costruire un quadro nuovo per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie. *Journal of the American Medical Association*, 301, 2252-2259.
- Stevenson C. W., Halliday D. M., Marsden C. A. e Mason R. (2008). Programmazione precoce della lateralizzazione e della sincronizzazione emisferica nella corteccia prefrontale mediana degli adulti. *Neuroscience*, 155, 852-863.
- Swain J. E., Loberbaum J. P., Kose S. e Strathearn L. (2007). Basi cerebrali delle prime interazioni fra genitore e neonato: Psicologia, fisiologia e studi *in vivo* della neuroimaging funzionale. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 262-287.
- Tschacher W., Schildt M. e Sander K. (2010). Connettività cerebrale nell'ascolto di stimoli affettivi: Studio e implicazioni nella psicoterapia della risonanza magnetica funzionale in immagini. *Psychotherapy Research*, 20, 576-588.
- Tucker D. M. e Moller L. (2007). La metamorfosi. Individuazione del cervello dell'adolescente. In D. Romer & E. F. Walker, *Psicopatologia adolescenziale e sviluppo cerebrale. Integrare il cervello e la scienza della prevenzione* (pp. 85-102). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Vallortigara G. e Rogers L. J. (2005). Sopravvivere con un cervello asimmetrico: Vantaggi e svantaggi della lateralizzazione cerebrale. *Behavioral and Brain Sciences*, 28, 575-633.
- Wei L., David A., Duman R. S., Anisman H. e Kaffman A. (2010). Lo stress precoce incrementa comportamenti ansiosi in topi Balb/c nonostante un aumento compensativo dei livelli di cure materne post-natali. *Hormones and Behavior*, 57, 396-404.
- Wong I. C. K., Murray M. L., Camilleri-Novak D. e Stephens P. (2004). Tendenza all'aumento delle prescrizioni di medicine psicotropiche pediatriche. *Archives of Disease in Childhood*, 89, 1131-1132.

PARTE I

TERAPIA DELLA REGOLAZIONE AFFETTIVA
E NEUROPSICANALISI CLINICA

TEORIA MODERNA DELL'ATTACCAMENTO:
IL RUOLO CENTRALE DELLA REGOLAZIONE AFFETTIVA
NELLO SVILUPPO E NEL TRATTAMENTO

Con Judith R. Schore

La teoria dell'attaccamento, elaborata per la prima volta nel 1969 da John Bowlby, negli ultimi dieci anni ha conosciuto una nuova grande popolarità, non soltanto nell'ambito della salute mentale, ma anche in quello delle scienze biologiche. Questa teoria, che ha preso vita da una fusione fra psicanalisi e biologia comportamentale, ad un'analisi superficiale potrebbe apparire semplice. L'assunto alla sua base è che le relazioni che stabiliamo durante le prime fasi della nostra vita ci segnino in modo indelebile, e che per il resto della nostra esistenza i processi dell'attaccamento rimangano il cardine di tutte le funzioni emotive e sociali. Le prime idee di Bowlby (1969) sono arrivate nel periodo della psicologia comportamentale, e davano risalto ai comportamenti in situazioni inusuali e in situazioni sicure, e aprivano la strada al predominio della percezione e delle capacità narrative e riflessive dell'attaccamento. A dispetto di queste tendenze, ricordiamo l'interpretazione che Ainsworth diede (1969) di *Attaccamento*, la seminale opera di Bowlby: "In effetti, quello che Bowlby ha cercato di fare è aggiornare la teoria psicanalitica alla luce delle recenti scoperte della biologia" (p. 998).

Con l'attuale incorporazione della neurobiologia all'interno della teoria dell'attaccamento, abbiamo ora la possibilità di comprendere meglio come e perché il primo ambiente sociale influenza tutte le successive funzioni adattive. L'integrazione fra i dati clinici più recenti e le ricerche sullo sviluppo e sulla neurobiologia, ha fatto sì che le idee originali di Bowlby fossero ampliate, originando così modelli di sviluppo umano molto importanti a livello terapeutico. Infatti Palombo, Bendiczen e Koch, in una loro recente (2009) panoramica sulla psicanalisi dello sviluppo, concludono che le attuali teorie neuropsicologiche dell'attaccamento stanno tornando indietro alle fondamentali domande psicanalitiche poste dai modelli freudiani dell'inconscio umano.

Con il suo enfatizzare lo sviluppo umano, la teoria dell'attaccamento condivide con l'assistenza socio-sanitaria una prospettiva biopsicosociale. L'assi-

stenza sociale, tradizionalmente, si è sempre concentrata su due questioni fondamentali: l'ambiente che circonda una persona, e le sue relazioni. Quest'orientamento teorico include sia le dinamiche relazionali psicologiche che iniziano nell'infanzia, sia i fattori individuali biologici e somatici, nonché le influenze socioculturali interiori e situazionali. La prospettiva psicobiosociale dell'assistenza sociale è assolutamente coerente con la spiegazione che l'attuale teoria dell'attaccamento dà dei meccanismi che operano nel cuore psicobiologico del contesto intersoggettivo (il complesso cervello/mente/corpo), una matrice relazionale dell'ambiente dalla quale emerge ogni individuo. Noi sosteniamo che lo sviluppo individuale ha origine nel rapporto fra il cervello, la mente e il corpo del neonato e di chi se ne prende cura, rinchiuso all'interno di una cultura e di un ambiente che lo supporta oppure lo inibisce, o che addirittura a volte lo minaccia. Uno degli elementi chiave affinché un assistente sociale sia "culturalmente competente" è la sua sensibilità nei confronti degli inizi relazionali degli assistiti, rispettando la loro cultura. Queste origini relazionali vengono forgiate nel primo anno di vita, si esprimono attraverso comunicazioni non-verbali dell'attaccamento, e sono influenzate dall'ambiente culturale in cui si formano. Vengono inoltre plasmate dal modo in cui ogni individuo percepisce il mondo.

Inoltre, la prospettiva psicobiosociale fondamentale dell'assistenza socio-sanitaria, come la teoria dell'attaccamento, mette in evidenza l'importanza decisiva delle forze inconscie¹ che guidano tutte le emozioni umane, la percezione e il comportamento all'interno di una matrice socioculturale. Pertanto l'assistenza socio-sanitaria ha anche inglobato il concetto freudiano fondamentale del ruolo cardine dell'inconscio nella vita di tutti i giorni. Fin dal principio, la teoria dell'attaccamento, basata sulla psicanalisi e sulla biologia comportamentale, ha concentrato la sua attenzione sul modo in cui le esperienze reali, soprattutto quelle infantili, hanno un'influenza diretta sul sistema inconscio. Questo è un principio di base dell'assistenza socio-sanitaria indirizzata alla psicodinamica. I collegamenti fra l'assistenza sociale psicanalitica ed altre discipline basate sulla psicanalisi sono stati rafforzati nel momento in cui, in tempi recenti, l'assistenza sociale ha incorporato le nuove scoperte della psicanalisi relazionale, della psicologia del Sé e della neuropsicanalisi. Senza alcun dubbio negli ultimi dieci anni abbiamo assistito ad una riscoperta e ad un ampliamento del modello freu-

diano. Bargh e Morsella (2008) affermano: "Il modello freudiano di un inconscio visto come forza propulsiva primaria nella vita di tutti i giorni è, ancora oggi, più specifico e dettagliato di qualunque altro modello presente nella psicologia cognitiva o sociale contemporanea" (p. 73).

Nello stesso lasso di tempo, anche la teoria classica dell'attaccamento ha conosciuto una significativa diffusione. Nel 2000 A. Schore ha presentato il Settimo Memorial Annuale John Bowlby (2000b) e, tornando alla metodologia di Bowlby che prevedeva l'integrazione fra biologia e psicanalisi, ha presentato scoperte recenti avvenute durante il "decennio del cervello", per sostenere che la moderna teoria dell'attaccamento altro non è che una teoria della regolazione. Nello stesso anno ha pubblicato un articolo su *Attachment & Human Development*, individuando nell'emisfero destro il sistema di controllo dell'attaccamento descritto da Bowlby. In un altro articolo del 2001 sul *British Journal of Psychotherapy*, Schore estrapolava il suo modello psicanalitico di attaccamento dall'incontro clinico, inclusi i modelli psicobiologici dell'attaccamento nell'alleanza terapeutica, e le comunicazioni fra gli emisferi destri di due persone in un rapporto di transfert-controtransfert (Schore, 2001a).

La moderna teoria dell'attaccamento integrata con le neuroscienze, riesce a chiarire ulteriormente lo sviluppo del sistema inconscio umano in relazione alle prime esperienze infantili, sviluppo che continua lungo tutto il corso della vita. La teoria della regolazione ha avuto origine da svariate fonti interdisciplinari, e ha stimolato un dialogo non solo all'interno di una stessa disciplina, ma anche fra discipline diverse (ad esempio psicanalisi, neuroscienza, psichiatria, traumatologia, psicologia dello sviluppo, pediatria), incluso il servizio socio-sanitario. Applegate e Shapiro, in un loro eccellente libro dal titolo *Neurobiologia per il Servizio Socio-Sanitario* (2005) applicano in modo specifico la neurobiologia dell'attaccamento al lavoro dell'assistente socio-sanitario, e sostengono che questa teoria è totalmente compatibile con l'importanza data dall'assistenza sociale alla psicobiosocialità.

Un altro fattore importante che ha contribuito alla trasformazione della teoria dell'attaccamento è il crescente interesse verso le emozioni e la regolazione dell'emotività. Infatti molte discipline mediche e scientifiche stanno sperimentando un cambio di paradigma dalla percezione all'affettività, e questa transizione si estrinseca in uno spostamento di interesse dalle teorie dello sviluppo cognitive a quelle emotive. Sviluppando la teoria della regolazione, abbiamo sostenuto che qualunque teoria dello sviluppo, e la sua corrispondente teoria della terapia, deve includere le scoperte psicobiologiche che riguardano il modo in cui le transazioni emotive precoci con l'oggetto primario influiscono sullo

¹ In questo capitolo equipariamo "inconscio" con "non-conscio", cioè, funzioni implicite che avvengono al di sotto dei livelli di coscienza non perché esse siano represses, ma perché sono troppo veloci per raggiungere la consapevolezza.

sviluppo della struttura psichica; in altre parole, in che modo le comunicazioni dell'attaccamento affettivo facilitino la maturazione di sistemi cerebrali coinvolti nell'eccitamento e nell'autoregolazione degli affetti (Schore e Schore, 2008). La complessità e la ricchezza di una teoria integrativa della neurobiologia e dell'attaccamento mette in connessione cervello, mente e corpo, e racchiude quegli elementi essenziali che ci permettono di comprendere e curare in modo più efficace i disturbi del Sé correlati all'attaccamento, e i disturbi della regolazione degli affetti. Attualmente c'è un forte interesse medico e sperimentale su come siano stimolati, comunicati e regolati i processi corporei dell'attaccamento affettivo all'interno della diade madre-neonato². Altrettanto interesse viene dedicato al modo in cui l'armonizzazione psicobiologica e lo stress relazionale influenzino, sia positivamente che negativamente, la maturazione dei sistemi di regolazione dei cervelli ai primi stadi di sviluppo.

Quindici anni fa, Schore sottolineava il ruolo fondamentale dell'attaccamento nella regolazione degli affetti e nello sviluppo emotivo. Nel suo imprescindibile libro del 1994, presentava moltissimi dati interdisciplinari, e teorizzava che le transazioni dell'attaccamento sono cruciali per lo sviluppo dei sistemi strutturali dell'emisfero destro coinvolti nell'elaborazione non conscia delle emozioni, nella modulazione dello stress, nella regolazione del Sé, e quindi delle origini funzionali del centro affettivo del Sé implicito, che opera in modo automatico e veloce al di sotto dei livelli di coscienza. Nel 2000, presentando una ristampa del classico di Bowlby, *Attaccamento*, Schore affermava: "In sostanza, uno degli obiettivi principali del primo libro di Bowlby è quello di dimostrare che si può imbastire un processo di arricchimento reciproco promuovendo un dialogo fra biologia e psicologia" (p. 24), e diceva inoltre che la teoria dell'attaccamento evidenzia l'estrema importanza dell'affettività, ed è fundamentalmente una teoria della regolazione. Questo collegamento fra la teoria e le dinamiche affettive sono state riprese da Fonagy, Gergely, Jurist e Target nel loro volume *Regolazione degli Affetti, Mentalizzazione e Sviluppo del Sé* (2002). In effetti Fonagy e Target concludevano: "L'intero sviluppo del bambino deve essere un accrescimento della regolazione del Sé." Parallelamente, Mikulincer, Shaver e Pereg, in un loro lavoro sull'attaccamento visto da una prospettiva di psicologia sociale, apportavano un grande contributo alla teoria dell'attaccamento e alla regolazione degli affetti.

Nell'ambito della teoria dell'attaccamento, l'attuale spostamento di interesse

da comportamento e percezione ad affettività e regolazione degli affetti, riflette una tendenza più ampia all'interno delle scienze psicologiche. Ryan, in un suo recente editoriale sulla rivista *Motivation and Emotion*, asserisce:

Dopo tre decenni di predominio da parte dell'approccio cognitivo, i processi emotivi e motivazionali sono tornati alla ribalta. Ricercatori e professionisti si sono resi conto dei limiti di un approccio esclusivamente cognitivo nella comprensione dell'origine e della regolazione del comportamento umano. (p. 1)

Questa rinnovata importanza data agli aspetti sociali ed emotivi dello sviluppo iniziale, ha provocato una trasformazione della teoria dell'attaccamento in una struttura pragmatica per modelli sia di psicopatogenesi che di processi di cambiamento in psicoterapia. Nel nostro studio abbiamo suggerito che la teoria della regolazione può generare complessi modelli di psicopatogenesi, attraverso il collegamento fra i fattori di stress dell'attaccamento e la neurobiologia dello sviluppo emotivo deteriorato, dei deficit permanenti nella disregolazione degli affetti, e della genesi dei disturbi della personalità. L'applicazione dei concetti sull'attaccamento ai modelli di psicoterapia è stata resa evidente nel momento in cui i trattamenti si sono concentrati sulle dinamiche affettive dei modelli operativi interni dell'emisfero destro, codificando le strategie di *coping* della regolazione degli affetti, che vengono attivate durante l'alleanza terapeutica (Schore, 1994, 2001b, 2002, 2003a). In altre parole, la relazione terapeutica e l'utilizzo del Sé da parte dell'assistenza socio-sanitaria sono fondamentali negli interventi che vanno dalla gestione dell'assistenza stessa, alla collocazione nelle famiglie adottive, alle pratiche di adozione e alla psicoterapia e breve e lungo termine.

Privati della componente psicobiologica, i precedenti modelli classici di attaccamento non erano rivolti direttamente a quei fenomeni clinici che sono essenziali per una valutazione dello sviluppo e per la psicoterapia. Una domanda fondamentale dei modelli di meccanismo di cambiamento nella psicoterapia è: in che modo le esperienze relazionali hanno un impatto positivo sulla struttura psichica? Integrando dati biologici e di sviluppo, i collegamenti fra le funzioni dell'attaccamento e i loro persistenti effetti su una struttura psichica in via di sviluppo, sono evidenti nella neuropsicologia delle prime fasi dello sviluppo dell'emisfero destro. La parte destra emotiva del cervello è profondamente legata al corpo e al sistema nervoso autonomo (SNA), e rispetto all'emisfero sinistro, che si sviluppa più tardi, è diverso nell'anatomia, nella fisiologia e nella biochimica. L'emisfero destro elabora le emozioni, più precisamente le emozioni inconse, ed è il luogo in cui risiede un sistema mnemonico procedurale implicito.

2 In questo capitolo useremo la parola "madre" intercambiabile con l'espressione "tutrice primaria". Ci riferiamo alla persona simbolo dell'attaccamento primario, sebbene ci sia la possibilità che questa figura possa anche non essere la madre.

Dunque uno dei concetti cardine del nostro studio afferma che le esperienze dell'attaccamento plasmano fin dall'inizio l'organizzazione dell'emisfero destro, che è il cuore neurobiologico dell'inconscio umano (Schore, 2003b). Certamente gli interventi terapeutici sono basati sui medesimi processi relazionali dinamici impliciti. In un trattamento, queste esperienze di attaccamento affettivo vengono comunicate e regolate all'interno dell'alleanza terapeutica. La co-creazione di una relazione di attaccamento fra un assistente sociale empatico e il suo assistito è considerata un elemento imprescindibile della pratica clinica, e il rispetto verso l'individuo è, ed è sempre stato, della massima importanza. L'attuale diffusione dei principi dell'attaccamento nella comunicazione interattiva e nella regolazione degli affetti che avvengono al di sotto dei livelli di coscienza, spiegano e giustificano un approccio di questo tipo. I meccanismi di cambio dello sviluppo includono dunque modifiche nella funzione e nella struttura psichica, sia nei primi stadi dello sviluppo che in quelli successivi. Noi sosteniamo che la moderna teoria dell'attaccamento/regolazione sia coerente con la recente tendenza relazionale intersoggettiva della letteratura psicodinamica, e che possa essere incorporata senza alcuna difficoltà nella formazione, nella teoria, nella ricerca e nella pratica dell'assistenza sociale.

A questo proposito, in questo capitolo sottolineeremo le regole generali della moderna teoria dell'attaccamento, e la loro importanza nella professione dell'assistenza socio sanitaria. Inizieremo con una visione d'insieme sul ruolo fondamentale della regolazione interattiva inconscia nello stabilire relazioni di attaccamento, e delle conseguenze permanenti che ciò ha sullo sviluppo dell'emisfero destro e del Sé implicito. Quindi presenteremo le applicazioni cliniche della teoria della regolazione in una sezione dedicata alla neurobiologia interpersonale delle comunicazioni non-verbali implicite all'interno dell'alleanza terapeutica, seguita da una discussione sulle transazioni affettive corporee transfert-controtransfert. Alla fine esporremo alcune ulteriori riflessioni sulle implicazioni dei modelli neurobiologici dell'attaccamento nell'ambito dell'assistenza socio-sanitaria. Ciò facendo, acquisiremo una certa familiarità con i concetti base della teoria dell'attaccamento classica, delle relazioni oggettive, della psicologia relazionale e del Sé, e collegheremo questi modelli alle loro radici neurobiologiche, per essere così in grado di offrire una teoria globale e interdisciplinare che sia conforme alle basi psicobiosociali dell'assistenza socio-sanitaria.

Introduzione: il nucleo psicobiologico delle comunicazioni dell'attaccamento nello sviluppo regolazione interattiva

La funzione primaria del primo anni di vita di un essere umano è la creazione di un legame sicuro di comunicazione emotiva fra il neonato e la tutrice primaria. Per arrivare a questo tipo di comunicazione la madre deve essere sintonizzata psicologicamente con i cambiamenti dinamici degli stati corporei interni dell'eccitamento centrale e autonomo. Durante le comunicazioni affettive insite negli sguardi reciproci, la tutrice sensibile e psicobiologicamente sintonizzata valuta le espressioni non-verbali dell'eccitamento del neonato, regolando quindi questi stati affettivi, sia positivi che negativi. Le relazioni di attaccamento mediano la regolazione emotiva diadica, nella quale la madre (tutrice primaria) co-regola i sistemi nervosi centrale e autonomo in via di sviluppo del neonato.

In questo processo dialogico, più la madre armonizza e vincola il suo livello di attività a quello del neonato durante i periodi di impegno sociale, migliore sarà il riposo del neonato nei periodi di disimpegno; e più lei sarà attenta al momento in cui iniziano i segnali di un nuovo impegno, più la loro interazione sarà sincronizzata. Nei momenti giocosi di sincronia degli affetti, i due si trovano in una risonanza affettiva, e in tal modo si ha un'amplificazione della vitalità e uno stato d'animo positivo. Nei momenti di riparazione interattiva, la tutrice attenta che si sia de-sintonizzata, può regolare lo stato negativo del neonato risintonizzandosi con lui al momento giusto. I processi regolatori della sincronia affettiva, che creano stati di eccitamento positivo, e la riparazione interattiva, che modula gli stati di eccitamento negativo, sono le basi fondamentali dell'attaccamento e delle emozioni ad esso associate; e la resilienza nei confronti dello stress e della novità è uno degli indicatori più importanti della sicurezza dell'attaccamento. Attraverso sequenze di sintonizzazioni, de-sintonizzazioni e ri-sintonizzazioni, il neonato diventa una persona, arrivando ad una "nascita psicologica" (Mahler, Pine e Bergman, 1975). Questa matrice pre-verbale costituisce il nucleo del Sé incipiente.

Quindi, le emozioni vengono inizialmente regolate da altri, ma nel corso dell'infanzia diventano sempre più auto-regolanti, grazie allo sviluppo neuro-fisiologico. Queste capacità adattive sono fondamentali per la regolazione del Sé, per la capacità di regolare in modo flessibile gli stati emotivi psicobiologici attraverso l'interazione con altri esseri umani, per la regolazione interattiva in contesti di interconnessione e, in assenza di altri esseri umani, per la regolazione del Sé in contesti autonomi. L'attaccamento – il risultato di una predisposizione biologica (temperamentale) e geneticamente codificata del bambino, e del par-

ticolare ambiente creato da chi si occupa di lui – dunque rappresenta la regolazione biologica del sincronismo fra organismi diversi e all'interno di uno stesso organismo.

Il ruolo fondamentale delle dinamiche dell'attaccamento non conscie è quindi la regolazione psicobiologica interattiva. Secondo Pipp e Harmon (1987), "È possibile che [...] noi siamo biologicamente connessi alle persone con le quali abbiamo rapporti stretti. [...] La regolazione omeostatica fra i membri di una diade è un aspetto costante in tutte le relazioni intime nel corso della vita" (p. 650). A un livello ancora più importante, l'attaccamento rappresenta il meccanismo evolutivo attraverso il quale siamo connessi sociofisiologicamente ad altre persone (Adler, 2002); e la regolazione non-conscia implicita interattiva è il meccanismo alla base di tutte le essenziali funzioni di sopravvivenza del sistema umano (Schore, 2003a, 2003b).

Questo principio ricorre in tutte le attuali ricerche sullo sviluppo del cervello, laddove Ovscharoff e Braun (2001, p. 33) riportano che "L'interazione diadica fra il neonato e la madre [...] serve a regolare l'omeostasi interna dell'individuo in via di sviluppo." Da notare la similitudine fra quest'affermazione e quella di Kohut, che nel 1971 affermava che le transazioni regolative diadiche fra il neonato e l'oggetto Sé materno permettono sia all'uno che all'altro il mantenimento di un equilibrio omeostatico. Inoltre le transazioni regolatorie dell'attaccamento influenzano lo sviluppo della struttura psichica, cioè generano uno sviluppo cerebrale (Schore, 1994). In un loro lavoro molto recente, Fonagy e Target (2005, p. 334) scrivono:

Se davvero la relazione di attaccamento dà un così importante contributo allo sviluppo cerebrale, come molti ormai affermano (ad esempio Schore, 1997, 2003a), allora il ruolo dei fattori determinanti nelle relazioni di attaccamento va ben oltre il concetto di fornire una sensazione di sicurezza e di tranquillità (Bowlby, 1969)".

Ancor più specificamente, le funzioni di regolazione delle interazioni madre-neonato agiscono come attivatori dello sviluppo e del mantenimento delle connessioni sinaptiche durante la costituzione dei circuiti funzionali dell'emisfero destro (Cozolino, 2002; Henry, 1993; Schore, 1994; Siegel, 1999; Sullivan e Gratton, 2002). Un crescente numero di studi ora sostengono la teoria che le aree limbiche del lato destro, coinvolte nella regolazione delle funzioni autonome e dei più sofisticati processi cognitivi, sono responsabili della "formazione di legami sociali", sono "parte di quei circuiti che sostengono la rete sociale umana", e che "il predominio indiscusso dell'emisfero destro emerge immediatamente dopo la nascita" (Allman, Watson, Tetreault e Hakeem, 2005, p. 367).

A conferma di tutto ciò, dopo un recente studio della spettroscopia nel vicino infrarosso di un attaccamento madre-bambino di 12 mesi, i ricercatori hanno così concluso: "I nostri risultati concordano con quelli di Schore (2000), che sottolineava l'importanza dell'emisfero destro nel sistema di attaccamento" (Minagawa-Kawai et al., 2009, p. 289). I neuroscienziati che ora studiano il cervello sociale umano asseriscono che per tutta la vita "i substrati neurali della percezione di voci, visi, gesti, odori e feromoni, come è stato evidenziato dalle moderne tecniche di neuroimaging, sono caratterizzati da uno schema generale di asimmetria funzionale dell'emisfero destro" (Brancucci, Lucci, Mazzatenta e Tommasi, 2009, p. 895).

Poiché le funzioni implicite di regolazione dell'attaccamento maturano in uno stadio così precoce dello sviluppo, prima ancora della formazione di sistemi verbali espliciti, A. Schore (1994, 2003a, 2003b) si è concentrato sulle straordinarie operazioni dell'emisfero destro, il quale si sviluppa molto precocemente (Chiron et al., 1997). Dall'infanzia in poi, lungo tutto il corso della vita, questo sistema lateralizzato destro così precoce è in massima parte coinvolto nei processi impliciti e nel controllo delle funzioni vitali, sostenendo la sopravvivenza e permettendo all'organismo di fronteggiare lo stress e le sfide. Schore ha anche suggerito che il sistema implicito dell'emisfero destro, che si evolve nelle fasi pre-verbali dello sviluppo, rappresenta il substrato biologico dell'inconscio dinamico (Schore, 2002a). Coerentemente con questo modello, Keenan, Gallup e Falk (2003) concludono:

Parlando dell'emisfero destro in termini di Sé, abbiamo un modo rivoluzionario di pensare al cervello. Un nuovo modello di cervello, quindi, deve tenere nella massima considerazione l'importanza che ha l'emisfero destro nello stabilire e mantenere il nostro senso di consapevolezza di noi stessi e degli altri. (p. 252)

Gli studi sulle neuroscienze riportano che in questo momento l'emisfero destro ha un ruolo decisivo nel "mantenere un senso del Sé coerente, continuo e unitario" (Devinsky, 2000), e che un processo del lobo frontale destro, il processo che mette in connessione "l'individuo con le esperienze emotivamente salienti, e con i ricordi alla base degli schemi del Sé, è il collante che tiene insieme il senso del Sé" (Miller et al., 2001, p. 821). Usando le immagini della risonanza magnetica funzionale, Buchheim et al. (2006) asseriscono che l'AAPPS (*Adult Attachment Projective Picture System*) attiva la corteccia inferiore frontale destra, un'area che si occupa dei "processi di controllo che hanno a che fare con la regolazione delle emozioni."

A. Schore ha descritto il modo in cui i circuiti limbici di elaborazione delle emozioni nell'emisfero destro del neonato, che sono fondamentali per costruire un senso emotivo del Sé, sono influenzati da transazioni dell'affetto implicite intersoggettive celate nella relazione di attaccamento con la madre (Schore, 1994, 2005). Un'elaborazione implicita è alla base della rapida e automatica gestione dei segnali affettivi non-verbali nell'infanzia, ed è "ripetitiva, automatica, fornisce una veloce categorizzazione, aiuta a prendere le decisioni e opera al di fuori del territorio dell'attenzione focale e dell'esperienza verbale" (Lyons-Ruth, 1999, p. 576). Trevarthen nel 1990 ha descritto come la vocalizzazione prosodica, i messaggi visivi coordinati, il linguaggio tattile e il linguaggio del corpo facciano da canali comunicativi nei proto-dialoghi fra madre e neonato, e inducono effetti emotivi istantanei. Bowlby (1969) ha scritto anche che "espressioni facciali, postura e tono di voce" sono mezzi fondamentali nelle comunicazioni dell'attaccamento fra un Sé emergente e l'oggetto primario (Schore, 2001). L'elaborazione implicita diadica di queste comunicazioni dell'attaccamento non-verbali sono il risultato delle operazioni che l'emisfero destro del neonato compie mentre interagisce con l'emisfero destro della madre. Le esperienze di attaccamento sono dunque innate in un modello operativo interno che codifica strategie di regolazione degli affetti, agendo a livelli impliciti non-consoci.

I neuroscienziati hanno dimostrato che lo stimolo visivo dell'emisfero destro (e non di quello sinistro) durante l'infanzia è essenziale per lo sviluppo della capacità di elaborare le informazioni provenienti dai visi delle persone (Le Grand, Lucci, Mazzatenta e Tommasi, 2003). Queste scoperte supportano le prime congetture della letteratura psicanalitica, secondo le quali: 1. "Le più significative interazioni di base fra madre e figlio risiedono di solito nell'area visiva: la manifestazione fisica del bambino si riflette nella luce degli occhi della madre" (Kohut, 1971, p. 117); 2. queste precoci rappresentazioni mentali sono basate essenzialmente sugli stimoli visivi (Giovacchini, 1981); e 3. che l'immaginazione visiva storica deriva da eventi accaduti nelle prime fasi dello sviluppo (Anthi, 1983).

A proposito della capacità del neonato di elaborare un tono di voce emotivo (la prosodia), ora si pensa che:

L'emisfero destro del neonato è fortemente coinvolto nella percezione della melodia nelle parole e dell'intonazione della voce della madre, e di tutte le altre persone che lo circondano. Lo stadio di sviluppo pre-verbale del bambino è caratterizzato dalle interazioni delle componenti descrittive ed emotive dovute principalmente ai meccanismi cerebrali che agiscono sui principi della comunicazione non-verbale. (Bogolepova e Malofeeva, 2001, p. 353)

E per quanto riguarda la sponda opposta nel sistema di comunicazione da emisfero destro a emisfero destro all'interno della diade dell'attaccamento, i ricercatori così descrivono le capacità elaborative della madre: "Un gran numero di funzioni situate all'interno dell'emisfero destro lavorano in modo congiunto per il monitoraggio del bambino. Oltre ad elaborare le emozioni e le espressioni facciali, l'emisfero destro è anche specializzato nelle percezioni uditive, e nella percezione dell'intonazione, dell'attenzione e delle informazioni tattili (Bourne e Todd, 2004, pp. 22-23).

È importante notare che queste prime esperienze possono essere regolate o disregolate, dando all'attaccamento una connotazione di sicurezza o di insicurezza. Watt (2003, p. 109) osserva: "Se i bambini crescono con esperienze di separazione, di angoscia, di paura e di rabbia, andranno incontro ad uno sviluppo gravemente patogeno, non solo dal punto di vista psicologico, ma anche da quello neurologico." Ciò è dovuto al fatto che durante i primi periodi cruciali dell'infanzia, storie di attaccamento insicuro "si imprinono affettivamente" nel cervello del bambino, che in quel periodo è soggetto ad uno sviluppo molto rapido (Schore, 2001a, 2003a). Queste esperienze relazionali angosciose vengono codificate nei modelli operativi inconsci all'interno dell'emisfero destro, e non di quello sinistro. In uno studio sulla lateralizzazione emisferica dell'attaccamento evitante, Cohen e Shaver (2004) concludono: "Negatività emotiva e indietreggiamento motivazionale sono state messe in connessione con il lobo frontale destro del cervello dagli studi psicofisiologici" (p. 801), e che gli individui evitanti mostrano "un coinvolgimento dell'emisfero destro nell'elaborazione di emozioni negative e di parole legate all'attaccamento" (p. 807).

Feinberg e Keenan (2005), nel riassumere un gran numero di dati neuropsicologici, concludono:

L'emisfero destro, in particolare la regione frontale destra, in circostanze normali ha un ruolo cruciale nello stabilire la relazione appropriata fra il Sé e il mondo [...] La disfunzione ha come conseguenza un disturbo della personalità a doppio senso fra il Sé e l'ambiente, che può portare a disturbi anche fra il Sé e il mondo. (p. 15)

In un contesto terapeutico relazionale che ottimizzi le comunicazioni intersoggettive e le regolazioni interattive, i deficit dei modelli operativi interni del Sé e del mondo vengono gradualmente riparati. Ricordiamo che Bowlby affermava che ristabilire la consapevolezza e correggere i modelli operativi interni è un dovere essenziale della psicoterapia.

La caratterizzazione delle più complesse funzioni dell'emisfero destro, fatta da Decety e Chaminade (2003), è direttamente applicabile alla psicoterapia dei disturbi del Sé:

Gli stati mentali che sono essenzialmente esclusivi del Sé, possono essere condivisi fra persone diverse [...] Ha quindi un senso che la consapevolezza del Sé, l'empatia, l'identificazione con gli altri, e più in generale i processi intersoggettivi dipendano fundamentalmente dalle risorse dell'emisfero destro, che sono le prime a svilupparsi. (p. 591)

Queste particolari operazioni implicite compiute dall'emisfero destro sono di enorme importanza per un funzionamento adattivo interpersonale, e vengono attivate in particolare durante l'alleanza terapeutica. Il cervello destro incrementa "la conoscenza relazionale implicita" immagazzinata nel territorio non-verbale (Stern et al., 1998), e che è alla base del processo psicoterapeutico di cambiamento.

Dato che l'emisfero destro ha il predominio anche su aspetti più ampi della comunicazione e sulle esperienze emotive soggettive, la comunicazione implicita degli stati affettivi fra emisferi destri dei membri delle diadi madre-neonato e terapeuta-paziente, si può riassumere con il termine "intersoggettività". La correlazione neurobiologica di questo concetto di intersoggettività è espresso in quest'affermazione: "l'organizzazione del Sé in un cervello in via di sviluppo avviene nell'ambito di una relazione con un altro Sé, e con un altro cervello" (Schoore, 1996, p. 60). Questo è vero in contesti che facilitano la crescita, sia in termini di sviluppo che di terapia. Le neurobiologia interpersonale della teoria moderna dell'attaccamento ha dunque costituito una ricca fonte di informazioni sul ruolo fondamentale delle comunicazioni non-verbali non-consce in una relazione psicoterapeutica.

Comunicazione non-verbale dell'attaccamento nell'emisfero destro: comunicazioni implicite in un'alleanza terapeutica

È ormai accettato che "il flusso espressivo prerazionale non-verbale che vincola il neonato ai suoi genitori continua ad essere per tutta la vita uno dei mezzi più importanti per percepire a livello intuitivo le comunicazioni affettive-relazionali fra le persone" (Orlinsky e Howard, 1986, p. 343). Le transazioni del cervello destro inoltre mediano l'inconscio relazionale così come viene manifestato nella seduta psicanalitica, e questa è la descrizione fatta da

Lyons-Ruth (2000) degli scambi affettivi della conoscenza relazionale implicita nell'alleanza terapeutica:

La gran parte delle transazioni relazionali si basano principalmente su un substrato di segnali affettivi che danno una valenza valutativa o una direzione ad ogni comunicazione relazionale. Esse si svolgono ad un livello implicito di segnalazione e risposta rapida, e succede tutto in modo troppo veloce per una transazione verbale simultanea e per una riflessione conscia. (pp. 91-92)

Scaer (2005) descrive così le comunicazioni implicite essenziali all'interno della relazione terapeuta-paziente:

Molti aspetti dell'interazione sociale sono non-verbali, dato che consistono in leggerissime variazioni dell'espressione facciale che stabiliscono il tono dell'interazione. Anche la postura e i movimenti del terapeuta [...] possono riflettere emozioni quali disapprovazione, sostegno, buonumore e paura. Il tono e il volume della voce, gli schemi e la velocità della comunicazione verbale, e il contatto visivo contengono anch'essi elementi comunicativi subliminali e contribuiscono ad instaurare inconsciamente un ambiente sicuro e salubre. (pp. 167-168)

Queste comunicazioni del cervello destro trasmettono l'espressione della "personalità del terapeuta" più di quanto facciano le verbalizzazioni consce.

Gli studi sullo sviluppo hanno una diretta attinenza con il processo psicoterapeutico basato sulla comunanza dei meccanismi impliciti intersoggettivi che trattano e regolano le emozioni nelle relazioni madre-neonato e terapeuta-paziente. Schoore così descrive la natura dei processi impliciti ed espliciti nel contesto psicoterapeutico:

Durante il trattamento, il terapeuta empatico assiste consciamente ed esplicitamente alla verbalizzazione del paziente, in modo da fare una diagnosi obiettiva e razionalizzare la sintomatologia disregolativa del paziente. Ma il terapeuta ascolta e interagisce anche su un altro livello, un livello soggettivo dell'esperienza, che implicitamente elabora informazioni socio-emotive momentanee al di sotto dei livelli di coscienza. (Schoore, 2003b, p. 52)

Una domanda fondamentale relativa al trattamento è come gestiamo ciò che viene comunicato senza l'uso delle parole. Discutendo dell'elaborazione sub-simbolica, Bucci (2002) osserva: "Noi riconosciamo i cambiamenti degli sta-

ti emotivi degli altri basandoci sull'osservazione di sottili differenze nella loro espressione facciale o nella postura, e riconosciamo i cambiamenti del nostro stesso stato basandoci sull'esperienza somatica o cinestesica" (p. 194). Queste comunicazioni implicite vengono espresse nell'alleanza terapeutica fra i sistemi cerebrali dell'emisfero destro del paziente e del terapeuta.

Gli esseri umani, nella normale emotività giornaliera, si basano soprattutto sui canali di comunicazione non-verbali e sugli scambi interpersonali. Il canale verbale, il linguaggio, è un mezzo relativamente povero, non sufficiente ad esprimere la qualità, l'intensità e le sfumature delle emozioni e degli affetti nelle diverse situazioni sociali [...] Il viso è ritenuto il mezzo espressivo principale per trasmettere informazioni affettive. (Mandal e Ambady, 2004, p. 23)

Nell'ambito dell'attaccamento nello sviluppo, le comunicazioni uditive prosodiche fra emisferi destri agiscono anche come veicolo di comunicazioni implicite all'interno di una relazione terapeutica. L'emisfero destro è importante nell'elaborazione della "musica" che si nasconde dietro alle nostre parole. Quando ascoltiamo parlare qualcuno, ci fidiamo di una serie di segnali sui quali basiamo le nostre deduzioni sugli intenti comunicativi dell'altra persona. Per interpretare il significato di un discorso, il modo in cui qualcosa viene detto è importante quanto quello che viene effettivamente detto. La prosodia trasmette diverse sfumature di significato tramite le variazioni nell'enfasi e nell'intonazione – a prescindere dalle parole e dalla costruzione grammaticale (Mitchell, Elliott, Barry, Crittenden e Woodruff, 2003). Questi dati suggeriscono che gli elementi preverbali del linguaggio – intonazione, tono, enfasi e ritmo – provocano reazioni che hanno le loro radici nelle prime relazioni madre-figlio (Greenson, 1978). In un suo recente lavoro sul contesto psicoterapeutico, Andrade conclude: "E' il contenuto affettivo della voce dell'analista – e non il contenuto semantico – ad influire sulla riserva di ricordi impliciti del paziente" (2005, p. 683).

Durante i momenti affettivi più intensi, questi dialoghi fra l'inconscio relazionale degli emisferi destri di paziente e terapeuta (così come le comunicazioni dell'attaccamento fra madre e figlio) sono esempi di "comunicazione di un processo primario" (Dorpat, 2001). Secondo questo studioso, "il sistema di processo primario analizza, regola e comunica il rapporto che la persona ha con l'ambiente":

Le informazioni relazionali e affettive vengono trasmesse principalmente dalla comunicazione dei processi primari. La comunicazione non-verbale include i

movimenti del corpo (la cinesica), la postura, la gestualità, le espressioni facciali, l'inflessione della voce, e la sequenza, il ritmo e l'intonazione delle parole che vengono pronunciate. (Dorpat, 2001, p. 451)

È interessante notare che, oltre agli autori psicanalitici che hanno indicato il cervello destro come centro delle funzioni del processo primario (vedi Schore, 1994), anche i ricercatori di neuroscienze ora affermano che "l'emisfero destro agisce su un piano di processi primari legati alla libera associazione, osservati chiaramente nei momenti di sogno o di fantasticheria" (Grabner, Fink e Neubauer, 2007, p. 228).

Vale la pena sottolineare che tutte queste comunicazioni implicite non-conscie non-verbali che coinvolgono il sistema cervello/mente/corpo, sono bidirezionali, e quindi intersoggettive (vedere Schore 2003b per un modello di identificazione proiettiva da emisfero destro a emisfero destro, un processo basilare di comunicazione implicita nell'alleanza terapeutica). Meares (2005) scrive:

Non solo il terapeuta viene inconsciamente influenzato da una serie di piccoli, e in alcuni casi subliminali, segnali, ma anche il paziente. I dettagli della postura, dello sguardo, del tono di voce e perfino della respirazione del terapeuta vengono registrati ed elaborati. Un terapeuta molto raffinato potrebbe usare tutto questo in modo positivo, accelerando i cambiamenti nello stato del paziente, perfino senza l'uso delle parole. (p. 124)

Le transazioni implicite intersoggettive sono il fulcro della relazione terapeutica. Esse costituiscono quelli che Sander (1992) chiama "i momenti di incontro" fra paziente e terapeuta. Gli odierni dati neurobiologici suggeriscono che "mentre l'emisfero sinistro interviene nella maggior parte dei comportamenti linguistici, l'emisfero destro è importante per aspetti molto più ampi della comunicazione" (van Lancker e Cummings, 1999). Alla luce di ciò, Allan Schore (2003b) ha suggerito che, come l'emisfero sinistro comunica i propri stati ad altri emisferi sinistri attraverso comportamenti linguistici consci, così l'emisfero destro comunica in modo non-verbale i propri stati inconsci agli altri emisferi destri, sintonizzati per ricevere questo genere di comunicazioni. La teoria della regolazione dunque descrive il modo in cui i sistemi impliciti del terapeuta interagiscono con i sistemi impliciti del paziente. La psicoterapia non è la cura della "parola", ma la cura della "comunicazione".

Transfert-controtransfert: transazioni implicite del sistema emisfero destro/mente/corpo

I progressi nelle neuroscienze suggeriscono chiaramente che la capacità di ricevere e di inviare comunicazioni implicite viene amplificata quando l'emisfero destro del medico si trova in uno stato di ricettività. Marcus (1997) osserva: "L'analista, attraverso l'immaginazione e l'intuizione, ascolta direttamente con il suo cervello destro il cervello destro del suo paziente" (p. 238). Le neuroscienze sostengono che "l'emisfero sinistro è più coinvolto nell'elaborazione analitica delle informazioni più evidenti, mentre l'emisfero destro si occupa più dell'elaborazione olistica (subconscia) delle informazioni più nascoste" (Prodan, Orbelo, Testa e Ross, 2011, p. 211).

Certamente l'emisfero destro usa un meccanismo di ampliamento dell'attenzione per concentrarsi su aspetti globali, laddove quello sinistro utilizza una modalità più ristretta per concentrarsi sui dettagli (Derryberry e Tucker, 1994). Al contrario del cervello sinistro, che attiva "un campo semantico ristretto", quello destro "attiva una codifica semantica più grezza, utile a notare e integrare informazioni semantiche distanti fra di loro" (Beeman, 1998), ed è questa funzione che consente il processo della libera associazione. Bucci (1993) ha descritto la libera associazione come un inseguimento di tracce di schemi non verbali, che scioglie dai suoi legacci il sistema verbale tramite processi associativi, e che concede alla modalità non-verbale la chance di indirizzare i sistemi rappresentativi ed espressivi. In poche parole, passa lo scettro del comando dall'emisfero sinistro a quello destro.

Queste comunicazioni affettive mente-corpo sono dirette espressioni dell'emisfero destro, che è fortemente coinvolto nell'analisi di dirette informazioni cinestesiche ricevute dal proprio stesso corpo, in un processo fondamentale e implicito. È questo emisfero, non quello sinistro analitico e linguistico, a contenere la più estesa ed esaustiva mappa cerebrale degli stati fisici (Damasio, 1994). L'emisfero destro del terapeuta gli consente di conoscere il suo paziente "dal di dentro" (Bromberg, 1991, p. 399). Per far questo, il medico deve accedere alla comunicazione del paziente utilizzando le sue risposte corporee intuitive. Mathew, in una sua elegante descrizione (1998), ritrae in modo molto evocativo quest'onnipresente processo implicito di comunicazione corporea:

Il corpo è ovviamente uno strumento dei processi fisici, uno strumento capace di sentire, di vedere, di toccare e di annusare il mondo che lo circonda. È uno strumento molto sensibile, che è anche in grado di sintonizzarsi con la psiche, di sentire la sua flebile voce, di ascoltare la sua musica silenziosa e di trovare un significato nella sua oscurità. (p. 17)

L'intersoggettività è dunque più di un semplice incontro comunicativo di cognizioni esplicite. Il campo intersoggettivo costruito da due persone include non solo due menti, ma anche due corpi (Schore, 1994, 2003a, 2003b). Nel nucleo psicobiologico dell'intersoggettività risiede il vincolo dell'attaccamento della comunicazione emotiva e la regolazione interattiva. Ricordiamo l'affermazione di Pipp e Harmon (1987), secondo i quali il ruolo fondamentale nelle dinamiche dell'attaccamento non-consce è ricoperto dalla regolazione interattiva. Le comunicazioni implicite inconsce intersoggettive vengono trasmesse interattivamente, e processi psicobiologici somatici regolati o disregolati veicolano stati emotivi condivisi consci e inconsci, non soltanto contenuti mentali. Lo scopo biologico basilare delle comunicazioni intersoggettive in tutte le interazioni umane, incluse quelle implicite alla base dell'alleanza terapeutica, è la regolazione degli stati dell'emisfero destro/mente/corpo. Queste idee si ritrovano anche nella conclusione di Shaw (2004):

La psicoterapia è un processo concreto. Se essa è un'indagine all'interno di uno spazio intersoggettivo fra il terapeuta e il suo paziente, allora come professionisti dobbiamo prendere le nostre reazioni fisiche molto più seriamente di quanto abbiamo fatto finora, perché [...] il corpo è "la vera e propria base della soggettività umana." (p. 271)

Oramai risulta evidente il fatto che, nonostante nella professione medica esistano molte diverse prospettive teoriche, i concetti di transfert e controtransfert sono unanimemente accettati. Recenti modelli psicanalitici di transfert sostengono che "senza emozioni non ci può essere nessuna comprensione del transfert" (Pincus, Freeman e Modell, 2007, p. 634), e che "il transfert è peculiare, in quanto dipende dai primi schemi di attaccamento emotivo" (p. 636). I teorici clinici descrivono il transfert come "uno schema prestabilito di risposta emotiva, collegato a qualcosa nel presente, ma che spesso evoca pensieri e stati affettivi che possono avere più a che fare con le esperienze passate" (Maroda, 2005, p. 134). Questa definizione si ritrova anche nelle neuroscienze, dal momento che Shuren e Grafman (2002) affermano:

L'emisfero destro è il depositario delle rappresentazioni degli stati emotivi associati ad eventi vissuti da quella persona. Quando essa si trova di fronte ad uno scenario familiare, le rappresentazioni delle esperienze emotive passate vengono riportate a galla dall'emisfero destro e incorporate nel processo di ragionamento. (p. 918)

Altri ricercatori affermano che l'emisfero destro è fortemente coinvolto nell'elaborazione inconscia di stimoli emotivi (Mlot, 1998) e nei ricordi autobiografici (Markowitsch, Reinkemeier, Kessler, Koyuncu e Heiss, 2000).

Secondo Gainotti (2006), "l'emisfero destro potrebbe essere coinvolto in modo sostanziale in quei ricordi emotivi che devono essere riattivati e rielaborati durante il trattamento psicanalitico" (p. 167). Discutendo del ruolo dell'emisfero destro come "il luogo della memoria implicita", Mancina (2006) nota: "La scoperta della memoria implicita ha ampliato il concetto di inconscio, e ha convalidato l'ipotesi che sia proprio quello il luogo in cui vengono immagazzinate le esperienze preverbalì e presimboliche emotive e affettive – a volte anche traumatiche – derivanti dalla relazione madre-neonato" (p. 83). Questi ricordi procedurali impliciti si esprimono nella comunicazione transferenziale non-verbale di stati emotivi corporei stressanti, rapidi, automatici, regolati e soprattutto disregolati. Il transfert è stato definito come "un'espressione delle percezioni e dei ricordi impliciti del paziente" (Bornstein, 1999, p. 170).

Le transazioni di transfert-controtransfert rappresentano dunque le comunicazioni non-verbali dell'emisfero destro/mente/corpo. Gli indicatori facciali del transfert vengono espressi tramite segnali affettivi visivi e uditivi velocemente valutati dal terapeuta. Il controtransfert è definito in termini non-verbali impliciti, essendo "il complesso delle reazioni autonome inconsce del terapeuta ai messaggi non-verbali" (Jacobs, 1994). Nel monitorare le reazioni somatiche controtransferenziali, l'emisfero destro psicobiologicamente sintonizzato del medico empatico segue a un livello preconscious, non solo i ritmi e i flussi degli stati affettivi del paziente, ma anche le sue proprie reazioni somatiche controtransferenziali interocettive corporee alle comunicazioni implicite facciali prosodiche e gestuali del paziente. In questo modo "l'emisfero destro, di fatto, interpreta in modo veritiero il suo stesso stato mentale e quello degli altri" (Keenan, Rubio, Racioppi, Johnson e Barnacz, 2005, p. 702).

È indubbio che il cervello sinistro conscio del medico sia di grande aiuto durante il trattamento, ma forse i modelli psicoterapeutici psicodinamici, più di altre modalità di trattamento, si sono concentrati sulle funzioni cruciali della "mente destra inconscia" del terapeuta. L'emisfero destro ricopre un ruolo dominante nell'elaborazione di informazioni rilevanti per il Sé (Molnar-Szakacs, Uddin e Iacoboni, 2005), nella teoria affettiva della mente (Schore, 2003b), nell'empatia (Schore, 1994, Shamay-Tsoory, Tomer, Berger e Aharon-Peretz, 2003) e nella mentalizzazione (Ohnishi et al., 2004). Una prospettiva neuropsicanalitica del trattamento permette una comprensione più profonda dei fattori cruciali che agiscono ai livelli impliciti nell'alleanza terapeutica, quei livelli che giacciono al di sotto degli scambi linguistici e delle percezioni esplicite.

In questo dialogo intersoggettivo, il medico intuitivo e psicobiologicamente sintonizzato, già da un primo contatto impara le strutture non-verbali ritmiche istantanee degli stati interni del paziente, e modifica in modo flessibile e fluido il suo stesso comportamento per sincronizzarlo con quelle strutture, creando così insieme al paziente un contesto che facilita l'instaurazione e l'organizzazione di un'alleanza terapeutica. L'attaccamento fra il paziente e il terapeuta si stabilisce nel tempo, permettendo la manifestazione di quelle esperienze che hanno forti legami con la storia originaria intersoggettiva del rapporto madre-neonato nei primi 2 anni di vita. Se è una storia di attaccamento insicuro, creare insieme una nuova e sicura interazione richiederà molto più tempo.

Durante le successive fasi del trattamento, il controllo del processo inconscio, più che del contenuto, da parte del medico sensibile ed empatico, richiede molta attenzione affinché l'emisfero destro possa sincronizzarsi con gli stati impliciti di eccitamento affettivo del paziente. Il terapeuta attento riesce anche ad avere un impatto sulle espressioni simultanee implicite di impegno e disimpegno del paziente, nell'ambito di quell'intersoggettività che insieme hanno costruito. Questo permette al medico di agire da regolatore interattivo degli stati psicobiologici del paziente. In definitiva, un efficace trattamento psicoterapeutico di patologie precocemente sviluppate (gravi disturbi della personalità) agevola mutamenti nel complesso sistema inconscio dell'emisfero destro.

Ulteriori implicazioni della teoria della regolazione nell'assistenza socio-sanitaria: modelli di competenza medica

Noi suggeriamo che la competenza medica, soprattutto con pazienti che soffrono di disturbi gravi, dipenda più dalle funzioni non-consce non-verbali dell'emisfero destro che in quelle consce verbali dell'emisfero sinistro. Il valore di un medico non è solo l'esplicita perizia tecnica nell'interpretazione. Piuttosto, per avere un livello più alto di efficacia clinica su uno spettro più ampio di pazienti, c'è bisogno che l'emisfero destro di un terapeuta abbia una conoscenza profonda di un gran numero di funzioni non consce che si attivano durante un'alleanza terapeutica. Alla base delle abilità implicite del cervello destro si trovano le seguenti tecniche, che si approfondiscono e si ampliano con l'esperienza: la capacità di ricevere e trasmettere comunicazioni affettive non-verbali; la sensibilità clinica; l'uso della soggettività e dell'intersoggettività; l'empatia e la regolazione degli affetti. Le neuroscienze attuali indicano che

l'intuizione (Allman et al., 2005), la creatività (Grabner et al., 2007) e la perspicacia (Jung-Beeman et al., 2004) sono tutte funzioni dell'emisfero destro.

Un'unità operativa governativa predisposta dall'Associazione degli Psicologi Americani (2006) afferma che

L'abilità interpersonale è fondamentale per una competenza clinica. Quest'abilità viene alla luce quando arriva il momento di costruire una relazione terapeutica, di codificare e decodificare reazioni non verbali, di creare aspettative realistiche e positive, e di reagire empaticamente alle esperienze e alle ansie implicite ed esplicite del paziente. (p. 277)

L'unità operativa fa anche la seguente affermazione: "le ricerche dimostrano che la sensibilità e la flessibilità nella somministrazione di interventi terapeutici produce risultati migliori rispetto alla rigida applicazione delle regole" (p. 278).

La sensibilità, naturalmente, è stata molto studiata nella letteratura dell'attaccamento nello sviluppo; i ricercatori hanno osservato che la sensibilità materna sviluppa interazioni sincrone e reciproche fra madre e figlio, e soddisfacenti per entrambi, interazioni che a loro volta incrementano l'instaurarsi di una relazione di attaccamento sicuro. Schachner, Shaver e Mikulincer, nei loro studi sull'attaccamento in età adulta (2005), affermano: "in una relazione, il comportamento non-verbale e la sensibilità nei confronti dei comportamenti non-verbali del partner influenzano in modo decisivo la qualità delle relazioni e delle interazioni interpersonali, incluse le relazioni di attaccamento" (p. 141). La nostra idea è che questo concetto di attaccamento si possa applicare anche a una relazione terapeutica.

La definizione che un dizionario dà di sensibilità è: "inclinazione ad empatizzare con gli atteggiamenti, i sentimenti o le situazioni degli altri; *capacità di notare differenze o cambiamenti anche molto piccoli nelle emozioni*" (American Heritage Dictionary). In alcuni suoi precedenti lavori, Schore (2003b) parla delle operazioni svolte dall'emisfero destro del terapeuta grazie alle quali l'attenzione del medico sensibile viene attratta dai comportamenti non-verbali, dalle variazioni dell'affettività, e da quei segnali, appena percettibili, che indicano un cambiamento di stato. Parlando de "l'arte della psicoterapia", Bugental (1987) evidenzia l'importanza della capacità del medico di "imparare a riconoscere differenze e sfumature sempre più sottili." Bugental dice: "Lo strumento principale nel trattamento medico di un paziente è la sensibilità del medico, addestrata, esercitata e disciplinata. Questa sensibilità è in molti aspetti simile a uno strumento musicale, che deve essere attentamente preparato, mantenuto, accordato e protetto" (p. 222). La capacità del medico di comunicare intersoggettivamente

dipende dal suo "essere predisposto a sentire intuitivamente quello che c'è dietro le parole del paziente e, spesso, dietro la sua consapevolezza conscia" (p. 11).

Questa sensibilità, anche ai livelli più bassi di comunicazione non-verbale dell'attaccamento, permette al medico di essere coinvolto in un'ampia gamma di campi intersoggettivi affettivamente pregni, creati insieme al paziente. Questa collaborazione fra le due soggettività porta con sé comunicazioni di stati affettivi disregolati. L'importanza di questa connessione è sottolineata da Whitehead (2006):

Ogni volta che stabiliamo un contatto terapeutico con un nostro paziente, ci impegniamo in processi complessi che attingono alle forze vitali essenziali del nostro Sé, e di quello della persona che stiamo curando [...] *Le emozioni sono molto più intense e durature quando vengono condivise intersoggettivamente. Ciò avviene nei momenti di contatto più profondo.* (p. 624, corsivo mio)

È importante notare che oltre alla sensibilità nei confronti delle comunicazioni del paziente, in un processo terapeutico è determinante anche la capacità del terapeuta di regolare interattivamente gli stati affettivi del soggetto in cura. Ogden (2005) e i suoi colleghi concludono:

La regolazione psicobiologica interattiva [...] fornisce il contesto relazionale nel quale il paziente può in sicurezza contattare, descrivere e infine regolare l'esperienza intima [...] Ad aiutare il cambiamento è l'esperienza che ha il paziente nel mettere in moto il processo all'interno del contesto sicuro, fornito dalla regolazione degli affetti interattiva e psicobiologicamente sintonizzata del medico empatico. (p. 22)

Questi concetti si applicano soprattutto nel lavoro di messa in atto con un paziente che ha una storia di traumi relazionali dell'attaccamento e di dissociazione patologica (Ginot, 2009; Schore, 2007). Questo tipo di lavoro implica un intenso impegno da parte di entrambi i componenti della diade terapeutica, e un profondo coinvolgimento emotivo da parte del terapeuta (Tutte, 2004).

Un approccio clinico basato sull'attaccamento mette in luce i fattori affettivi inconsci non-verbali ben più dei fattori cognitivi consci verbali, e il loro ruolo fondamentale nel processo di cambiamento in una psicoterapia. Quindi, essenzialmente, il lavoro intersoggettivo della psicoterapia non è definito da quello che il terapeuta fa o dice al paziente (parte svolta dall'emisfero sinistro), ma invece il meccanismo chiave è il modo in cui il terapeuta si pone nei confronti del paziente, soprattutto nei momenti di maggiore stress affettivo (compito che spetta all'emisfero destro).

Bowlby ha affermato che l'attaccamento è fondato sul bisogno di sicurezza e di una base solida. Abbiamo però dimostrato che l'attaccamento va oltre quest'aspetto: è la matrice che sta alla base della creazione di un Sé dell'emisfero destro che possa regolare i propri stessi stati interni e le relazioni esterne. L'intersoggettività dell'attaccamento permette di costruire una struttura psichica, e di modellarla su un unico essere umano. In qualità di terapeuti, il nostro compito è quello di comprendere e facilitare ai nostri pazienti questo processo di sviluppo. La disciplina dell'assistenza socio-sanitaria impone di fare ciò nell'ambito più ampio della cultura e della società. La teoria della regolazione valorizza e approfondisce una prospettiva bio-psico-socio-culturale.

Conclusioni: la moderna teoria della regolazione

Un incremento nelle ricerche sullo sviluppo e sulla neurobiologia ha aumentato in modo sostanziale la comprensione della teoria degli ultimi 110 anni, da quando cioè Freud (1895/1966) diede alle stampe il suo *Progetto di una Psicologia* (Schore, 1997). Per tutti gli anni '80 la teoria si è basata sulla pulsione, sull'ego, sulla relazione oggettuale, sulla psicologia del Sé e sulla psicologia relazionale, ma l'arrivo della teoria dell'attaccamento ha fatto sì che l'attenzione dei clinici psicodinamici si spostasse sulla consapevolezza delle esperienze reali e sullo sviluppo nei primi anni di vita, considerato la radice di tutto. Quindi, all'inizio degli anni '90, i progressi nelle neuroscienze, unite alle ricerche sul carattere, che è la componente biologica della nostra struttura biopsicosociale, hanno fornito fondamenta solide e hanno permesso un ampliamento di tutti i preesistenti concetti psicanalitici teorici sullo sviluppo. Usare ogni giorno questo bagaglio di nuove conoscenze, trovare nuove interpretazioni nelle valutazioni cliniche, partire dalla teoria appropriata per mettere a punto nuovi interventi terapeutici, e sviluppare la massima sensibilità verso le funzioni adattive non-consce del Sé implicito, sono alcuni degli straordinari risultati di quest'integrazione teorica.

Proponiamo dunque un concetto di una moderna teoria dell'attaccamento/regolazione, che sia un amalgama fra la teoria dell'attaccamento di Bowlby, le teorie aggiornate sulle relazioni oggettuali interne, la psicologia del Sé e l'attuale teoria relazionale – il tutto arricchito dalle neuroscienze e dagli studi sui neonati. È una prospettiva profondamente incentrata sullo sviluppo, la cui comprensione derivante da queste teorie porta ad una corrispondente moderna teoria terapeutica dell'attaccamento/regolazione. Questo tipo di approccio terapeutico è fondato su una consapevolezza della regolazione diadica, su una minuziosa

conoscenza dello sviluppo emotivo dell'emisfero destro, e su una profonda comprensione delle dinamiche della memoria procedurale implicita. In quest'approccio è importantissimo avere coscienza dei meccanismi dell'emisfero destro che sono alla base della comunicazione corporea non-verbale. Un'intensa appercezione del controtransfert somatico di un'altra persona è un elemento chiave dell'intersoggettività fra terapeuta e paziente. Noi conosciamo gli effetti dei fattori di stress sul sistema del Sé, dalle blande e "ordinarie" peculiarità che creano e danno forma all'individuo, ai gravi traumi o abbandoni che interferiscono con lo sviluppo, fino a farlo deviare dal suo corso normale, e che richiedono un coinvolgimento terapeutico a lungo termine affinché il paziente possa ritrovare la corretta via (Schore, 2002).

La moderna teoria dell'attaccamento/regolazione spiega in che modo questo sviluppo "esterno" e le esperienze terapeutiche di attaccamento si tramutino in capacità regolatorie "interne". E grazie alla ricerca sappiamo anche che questa relazione terapeutica intensiva è in grado di riparare danni e di creare una nuova struttura che sia maggiormente in grado di rispondere alle necessità della vita. Il processo intersoggettivo di sviluppo di un vero Sé che possa sostenere relazioni significative, ci mostra quanto il nostro mondo interiore sia strutturato su una base psicofisiologica, che tiene conto delle particolari doti genetiche del neonato nell'interazione con il suo ambiente relazionale. Il processo psicoterapeutico si basa su questa dinamica, e può facilitare la crescita in un dato ambiente sociale, e stimolare non solo lo sviluppo di un "meritato attaccamento sicuro" (Phelkos, Belski e Crnic, 1998), ma anche l'apertura dell'inconscio umano. In un suo studio, Glass (2008) conclude: "Le recenti ricerche nel campo dell'*imaging* cerebrale, della biologia molecolare e della neurogenetica hanno dimostrato che la psicoterapia cambia le funzioni e la struttura del cervello. Questi studi hanno anche dimostrato che essa influenza il flusso sanguigno regionale cerebrale, il metabolismo dei neurotrasmettitori, l'espressione genica, e modifica in modo permanente la plasticità sinaptica" (p. 1589).

Un modello di regolazione dell'attaccamento approfondisce la prospettiva bio-psico-socio-culturale dell'assistenza socio-sanitaria. Inoltre, il modello di sviluppo della teoria moderna dell'attaccamento ha implicazioni non solo nel trattamento psicoterapeutico da parte degli assistenti socio-sanitari, ma anche nella cultura in generale, un'area di interesse primario per quel tipo di professione. Tucker (1992) osserva: "il cervello del bambino deve iniziare a partecipare attivamente al processo di trasmissione delle informazioni sociali, che offre un accesso alla cultura" (p. 79). Asserisce inoltre che l'interazione sociale che stimola una differenziazione cerebrale è il meccanismo per insegnare "gli schemi

culturali epigenetici” (p. 122), e che un valido sviluppo sociale richiede un alto livello di capacità nel districarsi fra le comunicazioni emotive, “la maggioranza delle quali sono non-verbali” (p. 80). Tucker conclude che tali informazioni emotive utilizzano “reti neurali specializzate all’interno dell’emisfero cerebrale destro” (p. 80). Una concettualizzazione di questo tipo suggerisce in modo molto chiaro che l’assistenza socio-sanitaria ha un ruolo fondamentale per la salute mentale del bambino e per uno sviluppo cerebrale ottimale, nonché per quei programmi sull’attaccamento mirati alla prevenzione e all’intervento nelle prime fasi della vita.

Questo capitolo mette in luce una grande e importante mole di nozioni che richiedono uno studio attento. Sono nozioni che si trovano al di fuori della solita assistenza sociale “di routine”, e che quindi vengono spesso omesse anche negli attuali master o dottorati. Non possiamo permetterci di ignorare tutte quelle preziose idee che sono venute alla luce applicando le nuove conoscenze neuroscientifiche all’assistenza sociale e ai concetti psicoterapeutici. L’accresciuto sapere in questi campi deve necessariamente essere incorporato nel nostro percorso professionale, sia per stimolare una conoscenza più profonda delle conseguenze della eterogeneità, sia per arrivare ad avere capacità terapeutiche e relazionali più efficaci.

BIBLIOGRAFIA

- Adler, H. M. (2007). La Sociofisiologia dell’assistenza nella relazione medico-paziente. *Journal of General Internal Medicine*, 17, 883-890.
- Ainsworth, M. D. S. (1969). Relazioni oggettuali, dipendenza e attaccamento: Un’analisi teorica sulla relazione madre-neonato. *Child Development*, 40, 969-1025.
- Allman, J. M., Watson K. K., Tetreault N. A. e Hakeem A. Y. (2005). Intuizione e Autismo: Una possibile funzione dei neuroni di Von Economo. *Trends in Cognitive Science*, 9, 367-373.
- Andrade, V. M. (2005). Affettività e azioni terapeutiche nella Psicanalisi. *International Journal of Psychoanalysis*, 86, 677-697.
- Anthi, P. R. (1983). Ricostruzione dell’esperienza pre-verbale. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 31, 33-58.
- Applegate, J. S., e Shapiro, J. R. (2005). *Neurobiologia per l’assistenza socio-sanitaria: Teoria e Pratica*. New York: Norton.
- Bargh, J. A. e Morsella, E. (2008). La Mente Inconscia. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 73-79.
- Beeman, M. (1998). Codifica semantica grezza e comprensione del discorso. In M. Beeman & C. Chiarello (Ed.), *Right hemisphere language comprehension*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Bogolepova, I. N., & Malofeeva, L. I. (2001). Caratteristiche dello sviluppo delle aree motorie 44 e 45 del linguaggio nei due emisferi del cervello umano nell’ontogenesi post-natale. *Neuroscience and Behavioral Physiology*, 31, 13-18.
- Bornstein, R. F. (1999). Fonte dell’amnesia, errori di attribuzione e il potere delle percezioni inconscie e dei ricordi. *Psychoanalytic Psychology*, 16, 155-178
- Bourne, V. J., & Todd, B. K. (2004). Quando sinistra vuol dire destra: Una spiegazione della tendenza a cullare da parte dell’emisfero sinistro in relazione alle specializzazioni dell’emisfero destro. *Developmental Science*, 7, 19-24.
- Bowlby, J. (1969). *Attaccamento e perdita: Vol. 1. Attaccamento*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *Una Base Sicura* (II edizione). New York: Basic Books.
- Brancucci, A., Lucci, G., Mazzatenta, A., & Tommasi, L. (2009). Asimmetrie del cervello sociale umano nelle modalità visive, uditive e chimiche. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London Biological Sciences*, 364, 895-914.
- Bromberg, P. M. (1991). Conoscere il paziente dal di dentro: L’estetica della comunicazione inconscia. *Psychoanalytic Dialogues*, 1, 399-422.
- Bucci, W. (1993). Lo sviluppo del significato emozionale nella libera associazione: La Teoria del codice multiplo. In A. Wilson &

- J. E. Gedo (Ed.), *Hierarchical concepts in psychoanalysis*. New York: Guilford Press.
- Bucci, W. (2002). Il processo referenziale, la consapevolezza e il senso del Sé. *Psychoanalytic Inquiry*, 5, 766–793.
- Buchheim, A., Erk, S., George, C., Kachele, H., Ruchsow, M., Spitzer, M., et al. (2006). Misurare la rappresentazione dell'attaccamento in ambiente fMRI: Uno studio pilota. *Psychopathology*, 39, 144–152.
- Bugental, J. F. (1987). *L'arte dello psicoterapeuta*. New York: Norton.
- Chiron, C., Jambaque, I., Nabbout, R., Lounes, R., Syrota, A., e Dulac, O. (1997). L'emisfero cerebrale destro è predominante nei neonati. *Brain*, 120, 1057–1065.
- Cohen, M. X., & Shaver, P. R. (2004). Attaccamento evitante e lateralizzazione emisferica nell'elaborazione delle parole correlate all'attaccamento e alle emozioni. *Cognition and Emotion*, 18, 799–814.
- Cozolino, L. (2002). *La neuroscienza della psicoterapia*. New York: Norton.
- Damasio, A. R. (1994). *L'errore di Cartesio*. New York: Grosset/Putnam.
- Decety, J., & Chaminade, T. (2003). Quando il Sé rappresenta l'altro: Una nuova neuroscienza cognitiva sull'identificazione psicologica. *Consciousness and Cognition*, 12, 577–596.
- Derryberry, D., & Tucker, D. M. (1994). Motivare la focalizzazione dell'attenzione. In P. M. Niedentahl & S. Kiyayama (Ed.), *L'occhio del cuore: influenze emotive nella percezione e nell'attenzione*. San Diego: Academic Press.
- Devinsky, O. (2000). Il predominio dell'emisfero cerebrale destro nella sensazione del Sé corporeo ed emozionale. *Epilepsy & Behavior*, 1, 60–73.
- Dorpat, T. L. (2001). Comunicazione del processo primario. *Psychoanalytic Inquiry*, 3, 448–463.
- Feinberg, T. E., & Keenan, J. P. (2005). In quale punto del cervello si trova il Sé? *Consciousness and Cognition*, 14, 661–678.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). Regolazione degli affetti, mentalizzazione e sviluppo del Sé. New York: Other Press.
- Fonagy P., & Target, M. (2002). Interventi precoci e sviluppo della regolazione del Sé. *Psychoanalytic Inquiry*, 22, 307–335.
- Fonagy, P., & Target, M. (2005). Colmare il divario nella trasmissione: La soluzione di uno dei misteri delle ricerche sull'attaccamento? *Attachment & Human Development*, 7, 333–343.
- Freud, S. (1966). Progetto di una psicologia. In J. Strachey (Ed. e Trad.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. I, pp. 295–397). Londra: Hogarth Press. (Originariamente pubblicato nel 1895)
- Gainotti, G. (2006). Ricordi emozionali inconsci ed emisfero destro. In M. Mancia (Ed.), *Psychoanalysis and neuroscience* (pp. 151–173). Milano, Italia: Springer Milano.
- Giovacchini, P. I. (1981). Relazioni oggettuali, carenze e acquisizione della struttura psichica. In S. Tutman, C. Kaye, & M. Zimmerman (Ed.), *Object and self: A developmental approach* (pp. 397–427). New York: International Universities Press.
- Ginot, E. (2009). Il potere empatico della messa in atto. Il collegamento fra i processi neuropsicologici e una definizione allargata di empatia. *Psychoanalytic Psychology*, 26, 290–309.
- Glass, R. M. (2008). Psicoterapia Psicodinamica e ricerca delle prove. Bambi sopravvivono a Godzilla? *The Journal of the American Medical Association*, 300, 1587–1589.
- Grabner, R. H., Fink, A., & Neubauer, A. C. (2007). Correlazioni cerebrali dell'originalità delle idee relative al Sé. *Behavioral Neuroscience*, 121, 224–230.
- Greenson, R. (1978). *Esplorazioni in psicanalisi*. New York: International Universities Press.
- Henry, J. P. (1993). Reazioni psicologiche e fisiologiche allo stress: L'emisfero destro e l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, uno studio sui problemi dei legami umani. *Integrative Physiological and Behavioral Science*, 28, 369–387.
- Jacobs, T. J. (1994). Comunicazioni non verbali: Alcune riflessioni sul loro ruolo nel processo della psicanalisi e sulla formazione psicanalitica. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 42, 741–762.
- Jung-Beeman, M., Bowden, E. M., Haberman, J., Frymiare, J. L., Arambel-Liu, S., Greenblatt, R., et al. (2004). Attività Neurale durante la risoluzione di problemi verbali tramite l'intuizione. *PLoS Biology*, 2, 0500–0510.
- Keenan, J. P., Gallup, G. G., & Falk, D. (2003). *Il viso allo specchio: La ricerca delle origini della consapevolezza*. New York: Harper Collins.
- Keenan, J. P., Rubio, J., Racioppi, C., Johnson, A., & Barnacz, A. (2005). L'emisfero destro e il lato oscuro della consapevolezza. *Cortex*, 41, 695–704.
- Kohut, H. (1971). *L'analisi del Sé*. New York: International University Press.
- Le Grand, R., Mondloch, C., Maurer, D., & Brent, H. P. (2003). Un'avanzata elaborazione delle espressioni del viso richiede stimoli visivi nell'emisfero destro durante l'infanzia. *Nature Neuroscience*, 6, 1108–1112.
- Lyons-Ruth, K. (1999). L'inconscio di due persone: Dialogo intersoggettivo, rappresentazione relazionale e l'avvento di nuove forme di organizzazione relazionale. *Psychoanalytic Inquiry*, 19, 576–617.
- Lyons-Ruth, K. (2000). "Io sento che tu senti che io sento...": Il processo di riconoscimento di Sander e la specificità dei movimenti relazionali nella psicoterapia. *Infant Mental Health Journal*, 21, 85–98.
- Mahler, M., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *La nascita psicologica del neonato*. New York: Basic Books
- Mancia, M. (2006). Memoria implicita e inconscio non represso: Il loro ruolo nel processo terapeutico (Come le neuroscienze possono contribuire alla psicanalisi). *International Journal of Psychoanalysis*, 87, 83–103.
- Mandal, M. K., & Ambady, N. (2004). Lateralità delle espressioni facciali delle emozioni: Influenze universali e culturali. *Behavioral Neurology*, 15, 23–34.
- Marcus, D. M. (1997). Sapere quello che qualcuno sa. *Psychoanalytic Quarterly*, 66, 219–241.
- Markowitsch, H. J., Reinkemeier, A., Kessler, J., Koyuncu, A., & Heiss, W. D. (2000). Attivazione amigdalare e frontotemporale destra durante il recupero di ricordi autobiografici non fittizi. *Behavioral Neurology*, 12, 181–190.
- Maroda, K. J. (2005). Mostrare qualche emozione: Completare il ciclo della comunicazione affettiva. In L. Aron & A. Harris (Ed.), *Revolutionary connections. Relational psychoanalysis: Vol. II. Innovation and expansion* (pp. 121–142). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Mathew, M. (1998). Il corpo è uno strumento. *Journal of the British Association of Psychotherapists*, 35, 17–36.
- Meares, R. (2005). *La metafora del gioco. Origine e disgregazione dell'essere personale* (3rd ed.). Londra: Routledge.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Pereg, D.

(2003). Teoria dell'attaccamento e regolazione degli affetti: Le dinamiche, lo sviluppo e le conseguenze cognitive delle strategie legate all'attaccamento. *Motivation and Emotion*, 27, 77–102.

Miller, B. L., Seeley, W. W., Mychack, P., Rosen, H. J., Mena, I., & Boone, K. (2001). Neuroanatomia del Sé. Prove da pazienti affetti da demenza frontotemporale. *Neurology*, 57, 817–821.

Minagawa-Kawai, Y., Matsuoka, S., Dan, I., Naoi, N., Nakamura, K., & Kojima, S. (2009). Attivazione prefrontale associata all'attaccamento sociale: Riconoscimento delle emozioni nelle madri e nei neonati. *Cerebral Cortex*, 19, 284–292.

Mitchell, R. L. C., Elliott, R., Barry, M., Crittenden, A., & Woodruff, P. W. R. (2003). La risposta neurale alla prosodia emozionale, rivelata dalla risonanza magnetica funzionale. *Neuropsychologia*, 41, 1410–1421.

Mlot, C. (1998). Esplorare la biologia delle emozioni. *Science*, 280, 1005–1007.

Molnar-Szakacs, I., Uddin, L. Q., & Iacoboni, M. (2005). Agevolazione motoria dell'emisfero destro attraverso parole auto-descrittive della personalità. *European Journal of Neuroscience*, 21, 2000–2006.

Ogden, P., Pain, C., Minton, K., & Fisher, J. (2005). Includere il corpo nella psicoterapia tradizionale per persone traumatizzate. *Psychologist-Psychoanalyst*, 25, 19–24.

Ohnishi, T., Moriguchi, Y., Matsuda, H., Mori, T., Hirakata, M., Imabayashi, E., et al. (2004). La rete neurale per il sistema specchio e la mentalizzazione in bambini con un normale sviluppo. Uno studio fMRI. *NeuroReport*, 15, 1483–1487.

Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1986). Processi e risultati in psicoterapia. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of*

psychotherapy and behavior change (3rd ed.). New York: Wiley.

Ovtscharoff, W., Jr., & Braun, K. (2001). La separazione materna e l'isolamento sociale modulano lo sviluppo postnatale della composizione sinaptica nella corteccia infralimbica dell'ottodonte. *Neuroscience*, 104, 33–40.

Palombo, J., Bendicson, H. K., & Koch, B. J. (2009). *Guida alle teorie di sviluppo psicanalitico*. New York: Springer.

Phelkos, J. L., Belsky, J., & Crnic, K. (1998). Meritata sicurezza, stress giornaliero e cura dei figli: Una comparazione fra cinque modelli alternativi. *Development and Psychopathology*, 10, 21–38.

Pincus, D., Freeman, W., & Modell, A. (2007). Un modello neurobiologico di percezione: Considerazioni sul transfert. *Psychoanalytic Psychology*, 24, 623–640.

Pipp, S., & Harmon, R. J. (1987). Attaccamento come regolazione: Un commento. *Child Development*, 58, 648–652.

Prodan, C. I., Orbelo, D. M., Testa, J. A., & Ross, E. D. (2001). Differenze fra emisferi nel riconoscimento delle manifestazioni facciali superiori e inferiori delle emozioni. *Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioral Neurology*, 14, 206–212.

Ryan, R. (2007). Motivazione ed emozione: Un nuovo approccio a due campi riemergenti. *Motivation and Emotion*, 31, 1–3.

Sander, L. (1992). Lettera al direttore. *International Journal of Psychoanalysis*, 73, 582–584.

Scaer, R. (2005). *La gamma dei traumi: Ferite nascoste e resilienza umana*. New York: Norton.

Schachner, D. A., Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2005). Schemi di comportamento non-verbali e sensibilità nell'ambito delle

relazioni di attaccamento. *Journal of Non-verbal Behavior*, 29, 141–169.

Schore, A. N. (1994). *Regolazione degli affetti e origine del Sé*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Schore, A. N. (1996). La maturazione derivante dall'esperienza di un sistema regolatore nella corteccia orbitale prefrontale e l'origine della psicopatologia dello sviluppo. *Development and Psychopathology*, 8, 59–87.

Schore, A. N. (1997). Un secolo dopo il Progetto di Freud: Un riavvicinamento fra psicanalisi e neurobiologia è possibile? *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 45, 807–840.

Schore, A. N. (2000). Attaccamento e regolazione dell'emisfero destro. *Attachment & Human Development*, 2, 23–47.

Schore, A. N. (2001a). Gli effetti di una relazione di attaccamento sicuro sullo sviluppo dell'emisfero destro, sulla regolazione degli affetti e sulla salute mentale del neonato. *Infant Mental Health Journal*, 22, 7–66.

Schore, A. N. (2001b). Discorso al Settimo Memorial Annuale John Bowlby. Menti in trasformazione: Attaccamento auto-organizzazione del cervello e psicoterapia psicanalitica orientata allo sviluppo. *British Journal of Psychotherapy*, 17, 299–328.

Schore, A. N. (2002). Progressi nella neuropsicanalisi, nella teoria dell'attaccamento e nelle ricerche sui traumi: Implicazioni nella psicologia del Sé. *Psychoanalytic Inquiry*, 22, 433–484.

Schore, A. N. (2003a). *Disregolazione degli affetti e disturbi del Sé*. New York: Norton.

Schore, A. N. (2003b). *Regolazione degli affetti e riparazione del Sé*. New York: Norton.

Schore, A. N. (2005). Attaccamento, regolazione degli affetti ed emisfero destro in via di sviluppo: Collegare le neuroscienze dello

sviluppo alla pediatria. *Pediatrics in Review*, 26, 204–211.

Schore, A. N. (2007). Recensione di *Risvegliare il Sognatore: Viaggi clinici* di Philip M. Bromberg. *Psychoanalytic Dialogues*, 17, 753–767.

Schore, J. R., & Schore, A. N. (2008). Teoria moderna dell'attaccamento: Il ruolo fondamentale della regolazione degli affetti nello sviluppo e nel trattamento. *Clinical Social Work Journal*, 36, 9–20.

Shamay-Tsoory, S. G., Tomer, R., Berger, B. D., & Aharon-Peretz, J. (2003). Caratterizzazione dei deficit di empatia a seguito di danni cerebrali prefrontali: Il ruolo della corteccia ventromediale prefrontale destra. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 15, 324–337.

Shaw, R. (2004). La personificazione dello psicoterapeuta: Un'esplorazione dei fenomeni somatici del terapeuta nell'ambito di un incontro terapeutico. *Psychotherapy Research*, 14, 271–288.

Shuren, J. E., & Grafman, J. (2002). La neurologia del ragionamento. *Archives of Neurology*, 59, 916–919.

Siegel, D. J. (1999). *Una mente in via di sviluppo: Verso una neurobiologia di esperienze interpersonali*. New York: Norton.

Simpson, G., Williams, J., & Segall, A. (2007). Formazione dell'assistenza sociale e apprendimento clinico. *Clinical Social Work Journal*, 35, 3–14.

Stern, D. N., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Nahum, J. P., et al. (1998). Il processo terapeutico di cambiamento coinvolge la conoscenza implicita: Alcune conseguenze delle osservazioni sullo sviluppo per la psicoterapia degli adulti. *Infant Mental Health Journal*, 19, 300–308.

Sullivan, R. M., & Gratton, A. (2002). Regolazione prefrontale corticale della funzione ipotalamo-ipofisi-surrene nei topi, e implicazioni nella psicopatologia: Il lato conta. *Psychoneuroendocrinology*, 27, 99–114.

Trevarthen, C. (1990). Crescita e formazione degli emisferi. In C. Trevarthen (Ed.), *Brain circuits and functions of the mind* (pp. 334–363). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Tucker, D. M. (1992). Lo sviluppo delle emozioni e delle reti corticali. In M. R. Gunnar & C. A. Nelson (Ed.), *Minnesota symposium on child psychology: Vol. 24. Developmental behavioral neuroscience* (pp. 75–128). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Tutte, J. C. (2004). Il concetto di trauma psichico: Un collegamento interdisciplinare. *International Journal of Psychoanalysis*, 85, 897–921.

Unità Operativa Governativa dell'APA (2006). La procedura basata sulle prove in Psicologia. *American Psychologist*, 61, 271–285

van Lancker, D., & Cummings, J. L. (1999). Epiteti: Prospettive neurolinguistiche e neurocomportamentali dell'imprecazione. *Brain Research Reviews*, 31, 83–104.

Watt, D. F. (2003). La psicoterapia nell'era delle neuroscienze: Collegamenti con le neuroscienze affettive. In J. Corrigan & H. Wilkinson (Eds.), *Revolutionary connections. Psychotherapy and neuroscience* (pp. 79–115). Londra: Karnac.

Whitehead, C. C. (2006). Neo-psicanalisi: Un paradigma per il 21esimo secolo. *Journal of the Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 34, 603–627.

CAPITOLO 2

TRAUMA RELAZIONALE E SVILUPPO DELL'EMISFERO DESTRO: UN'INTERFACCIA FRA LA PSICOLOGIA ANALITICA DEL SÉ E LE NEUROSCIENZE

Attualmente molte discipline mediche e scientifiche stanno incorporando un gran numero di nuovi e importanti dati, e stanno vivendo un momento di riorganizzazione dei loro concetti teorici di base. L'espressione "cambio di paradigma" comincia ad apparire in molti studi e ricerche. Sebbene gli attuali significativi progressi nel campo della tecnologia e dell'informatica abbiano dato grande impulso a questa crescita, un altro importante fattore è stata la rapida comunicazione di informazioni non solo all'interno di una stessa disciplina, ma soprattutto fra discipline diverse. Con questo frenetico interscambio di dati essenziali sulla condizione umana e sul mondo naturale, il travaso di conoscenza da una disciplina all'altra è ancora più veloce. Tutto ciò si riflette in un incremento degli studi interdisciplinari, e nella creazione di modelli integrati che possano sintetizzare tutti quei dati provenienti dai più diversi campi medici e scientifici.

In un contesto del genere, stanno venendo alla luce nuove potenziali soluzioni di alcuni problemi fondamentali, soprattutto quelli che riguardano i meccanismi chiave alla base delle funzioni umane adattive e maladattive. Fino a non molto tempo fa, questi problemi venivano affrontati, nell'ambito di discipline scientifiche quali la sociologia, la psicologia, la biologia e la chimica, da una sola prospettiva, un'unica posizione privilegiata. Quest'estrema specializzazione all'interno di ogni disciplina aveva provocato un certo isolamento fra l'una e l'altra, che a sua volta aveva creato una dicotomia fra, ad esempio, psicologia e biologia, cervello e mente, mente e corpo, percezione ed emozione. Questi muri divisorii fra le nozioni di ogni branca scientifica avevano anche intensificato la tensione, se non il conflitto, fra chi studiava i processi inconsci involontari, e chi invece studiava i processi consci volontari, quindi fra la psicanalisi, la scienza dell'inconscio, e la psicologia, la scienza del comportamento.

Questa relazione ambivalente fra le discipline scientifiche e la psicanalisi si è instaurata sin dal momento della sua creazione da parte di Sigmund Freud. Peraltro ci si dimentica che la prima professione dello stesso Freud fu quella del neurologo, e che nel 1895 scrisse il *Progetto di una Psicologia*, che altro non era che un

tentativo di creare “una psicologia che sia una scienza naturale” (Schore, 1997a). In quell’eccezionale documento egli utilizzava tutto ciò che allora si sapeva sulla neurofisiologia e sulla biologia per iniziare a costruire un *corpus* di principi che regolassero i processi neurofisiologici, e un modello neuropsicologico di funzionamento cerebrale. Il *Progetto* rimase inedito fino a dopo la morte di Freud, e durante tutta la sua carriera lo psicanalista non tornò mai più sulla questione della creazione di un modello che integrasse la biologia e la psicologia. Tuttavia egli predisse che un giorno, in futuro, “troveremo un punto di contatto con la biologia” (Freud, 1913/1955). Freud dunque vedeva la neurobiologia come la disciplina che potesse avvicinare fra loro biologia e psicanalisi, soprattutto per quello che riguarda lo studio dell’inconscio e del suo impatto su ogni aspetto dell’esperienza umana.

Nel corso dell’ultimo secolo, la teoria di Freud è stata oggetto di numerose trasformazioni, ma ciononostante la maggior parte di queste conoscenze non sono uscite dai confini della psicanalisi. Il nucleo teorico di questa disciplina, rimasto quasi immutato per quasi tutto il suo primo secolo di vita, si trova ora davanti ad una sostanziale riformulazione, e a uno spostamento del centro di interesse dall’inconscio intrapsichico all’inconscio relazionale, nel quale la mente inconscia di una persona comunica con quella di un’altra persona. Le fondamenta della psicanalisi sono i concetti di sviluppo e di struttura psichica, e sono proprio questi concetti cardine a subire l’attuale riformulazione. La psicologia del Sé, sorta grazie ai fondamentali studi di Heinz Kohut, rappresenta per la psicanalisi classica l’aggiornamento forse più significativo dai tempi della sua nascita. Nel 1971, Kohut, prima neurologo e poi psicanalista, pubblicò il suo imprescindibile libro *L’Analisi del Sé*, una dettagliata spiegazione su quanto sia importante il Sé nell’esistenza umana. Successivamente ampliò il quadro teorico della psicologia del Sé, pubblicando un secondo volume, *La Guarigione del Sé* (1977), seguito da *La Cura Psicanalitica* (1984).

In tutto il suo lavoro di medico e di scrittore, Kohut ha tentato di analizzare le quattro domande fondamentali della psicanalisi che lui stesso aveva affrontato nel suo primo volume, e cioè:

In che modo le prime transazioni relazionali affettive con l’ambiente sociale facilitano la manifestazione del Sé? (*Sviluppo del Sé*)

In che modo queste esperienze interiori creano le strutture di regolazione del Sé? (*Strutturalizzazione del Sé*)

In che modo i deficit della struttura del Sé nelle prime fasi di vita portano in seguito a patologie del Sé (*Psicopatogenesi*).

Come può una relazione terapeutica portare ad una guarigione del Sé? (*Mecanismo psicoterapeutico del cambiamento*)

Nonostante Kohut nascesse professionalmente come neurologo, egli fu molto incerto sulla possibilità di incorporare dati scientifici all’interno della psicologia analitica del Sé. Di sicuro, come già Freud prima di lui, Kohut aveva messo da parte le sue conoscenze neurologiche e aveva provato a creare un modello puramente psicologico dei sistemi inconsci che governano tutte le funzioni umane. Tuttavia, negli ultimi 10 anni, e nel corso del “decennio del cervello”, è emersa una nuova prospettiva interdisciplinare sia all’interno della psicanalisi, sia nelle discipline ad essa affini. Grazie a un interesse comune nei confronti dei processi affettivi corporei alla base della consapevolezza conscia, si è instaurato un dialogo molto proficuo fra la psicanalisi e le neuroscienze. Questa convergenza ha fatto sì che nascesse una nuova disciplina, la neuropsicanalisi, e un nuovo ramo della psicanalisi, la psicanalisi dello sviluppo (Schore, 1997a). Quest’ultima è un ritorno al tentativo da parte di Freud di creare “una psicologia che sia una scienza naturale”, concentrando l’attenzione sul ruolo psicobiologico dell’inconscio in tutti i comportamenti, le percezioni e gli affetti dell’essere umano.

In molti miei studi ho affermato che è giunto il momento di una riconciliazione fra la psicanalisi e le scienze biologiche (Schore, 1994, 1997a, 2002a, 2002b, 2003a, 2005a). In un periodo come questo, in cui le neuroscienze stanno “riscoprendo l’inconscio”, la neuropsicanalisi sta individuando i sistemi cerebrali “intrapsichici” coinvolti in un inconscio dinamico ridefinito, e la psicanalisi del comportamento sta generando sia un modello complesso delle origini socio-emotive del Sé, sia un’ontogenesi del substrato biologico dell’inconscio umano. È ormai chiaro che Freud era nel giusto quando postulava che la mente inconscia si sviluppa prima di quella conscia, e che lo sviluppo dell’inconscio nelle prime fasi della vita è equivalente alla genesi di un sistema-Sé che, per tutto il resto della vita, agisce al di sotto dei livelli verbali consci. Io credo che una conoscenza più approfondita del primo sviluppo umano non possa essere raggiunta attraverso studi sui neonati concentrati e circoscritti soltanto ai precursori del linguaggio, al pensiero conscio e ai comportamenti volontari.

Un modello di sviluppo umano completo deve necessariamente essere psicobiologico, non semplicemente biologico. Perché i primi processi di sviluppo sono così importanti per la sopravvivenza a breve e lungo termine di un organismo? Questa è una delle domande fondamentali della scienza, e la risposta non può essere trovata in una o più scoperte all’interno di un’unica disciplina (Schore, 1994). Al contrario, l’integrazione delle conoscenze e delle nozioni fra vari campi è fondamentale per la creazione di un modello euristico di strutture dello sviluppo e di funzioni capaci di interpretare e conciliare i dati provenienti da discipline sia biologiche che psicologiche, muovendosi dunque fra i vari livelli di analisi.

In questo capitolo sull'integrazione fra psicologia del Sé e neuroscienze, esporrò il mio lavoro neuropsicanalitico sulle origini interpersonali neurobiologiche del Sé. Inizierò col proporre una breve rassegna dei concetti di Kohut che rappresentano le fondamenta della psicologia del Sé. In seguito incrocerò dati interdisciplinari per costruire un concetto neuropsicanalitico dello *sviluppo* della *strutturalizzazione* del Sé, concentrandomi sulla maturazione dell'emisfero cerebrale destro legata alle esperienze nelle prime fasi del suo sviluppo. Quindi, in una delle parti più importanti di questo capitolo, applicherò questa prospettiva di sviluppo neuropsicanalitica alla *psicopatogenesi* dei gravi deficit del sistema-Sé. Citando i miei studi in questo campo, costruirò un modello di psicologia del Sé, di neurobiologia dei primi traumi relazionali e dell'eziologia della dissociazione patologica, la quale costituisce sì una delle nostre difese, ma nello stesso tempo è anche una delle cause scatenanti di molte psicopatologie precoci. Concluderò con alcune riflessioni sul *cambiamento psicoterapeutico*, affermando che è giunto il momento di un riavvicinamento fra psicanalisi e neuroscienze. In tutto il corso del capitolo sosterrò che il "punto di contatto con la biologia" a cui Freud si riferiva è costituito proprio da quei processi cerebrali psicobiologici che regolano inconsciamente gli affetti, le motivazioni e le percezioni, tutte aree di estremo interesse per la moderna psicologia del Sé e per le neuroscienze.

Modelli di sviluppo psicologico del Sé: psicobiologia dell'attaccamento

Probabilmente il più originale e sorprendente contributo intellettuale da parte di Kohut è stato il suo concetto di sviluppo dell'oggetto-Sé. È indubbio che la psicologia del Sé sia stata edificata sul principio di sviluppo fondamentale secondo cui i genitori in possesso di una struttura psicologica matura fungano da oggetto-Sé che svolge quelle funzioni regolatorie cruciali per il neonato, che possiede invece una struttura psicologica ancora immatura e incompleta. Al bambino vengono così fornite, a quei livelli non-verbali al di sotto della consapevolezza conscia, esperienze di oggetto-Sé che aiutano il Sé del bambino a prendere vita, e ne influenzano in modo diretto la coesione strutturale. La costruzione dell'oggetto-Sé contiene due importanti componenti teoriche. Il primo: il concetto della coppia madre-neonato, vista come un'unica entità Sé/oggetto-Sé, sottolinea il fatto che il primo sviluppo è fondamentalmente un'interdipendenza fra il Sé e gli scopi all'interno di un sistema. Questo concetto chiave ha costituito uno stimolo

intellettuale importantissimo per l'ampliamento della prospettiva intersoggettiva in psicanalisi. Senza alcun dubbio, l'enfasi posta da Kohut sugli aspetti dia-dici della comunicazione inconscia hanno spostato l'interesse della psicanalisi da una prospettiva meramente intrapsichica ad una prospettiva relazionale più bilanciata. Questo ha spinto la psicanalisi a integrare fra loro il campo della psicologia del singolo e quello della psicologia di due persone.

La seconda componente teorica nella costruzione dell'oggetto-Sé è il concetto di regolazione. Nelle sue congetture sullo sviluppo, Kohut (1971, 1977) aveva affermato che le transazioni diadiche reciproche regolatorie fra un neonato e un oggetto-Sé permettono il mantenimento del suo equilibrio omeostatico interno. Queste esperienze di regolazione fra Sé e oggetto-Sé forniscono quella particolare affettività intersoggettiva che contribuisce alla nascita e al sostentamento del Sé (Kohut, 1984). Siegel osserva: "Kohut ha dato un enorme impulso allo studio della vita emotiva, e la sua concettualizzazione ha enormi implicazioni nella comprensione e nella gestione degli stati emotivi" (1996). L'intuizione di Kohut sul fondamentale coinvolgimento dei sistemi regolatori nel campo dell'affettività è corroborata dagli attuali studi interdisciplinari, che stanno mettendo in luce non solo la centralità degli affetti, ma anche la regolazioni di essi.

Nonostante Kohut nutrisse grande interesse verso l'ontogenesi primaria del Sé, nel corso della sua carriera non espose mai chiaramente i dettagli precisi della creazione e dello sviluppo del suo modello, né partecipò attivamente a quei significativi progressi nella psicologia dello sviluppo e nella psicanalisi che stavano avendo luogo in contemporanea con la nascita delle sue teorie. Tutti ormai concordano che l'attuale psicanalisi "abbia le sue basi scientifiche nella psicologia dello sviluppo e nella biologia dell'attaccamento e degli affetti" (Cooper, 1987). Oggi la psicologia del Sé sta inglobando nel suo modello teorico molte ricerche sullo sviluppo. Ho dato anch'io un contributo a questo processo, integrando in questa disciplina tutti i più recenti progressi fatti nella teoria dell'attaccamento (Schore, 2002b, 2003a, 2005b).

Avendo una visione d'insieme di tutti questi dati, risulta quindi chiaro che lo scopo essenziale del primo anno della vita umana è la creazione di un legame di attaccamento sicuro fatto di comunicazione emotiva fra il neonato e chi si prende cura di lui. Gli studi dimostrano che "imparare come comunicare rappresenta forse il processo di sviluppo più importante che avviene durante l'infanzia" (Papousek e Papousek, 1995). Attraverso le comunicazioni visive-facciali, uditive-prosodiche e tattili-gestuali, il neonato e il genitore imparano a vicenda le strutture ritmiche l'uno dell'altro, e modificano il loro comportamento per adattarlo a quelle strutture, creando in questo modo un'interazione molto intensa.

Kohut ha descritto i momenti cruciali di “specchiamento empatico”, nei quali “le interazioni di base più importanti fra madre e figlio avvengono di solito nell’area visiva: le dimostrazioni fisiche del bambino si riflettono nella luce degli occhi della madre” (Kohut, 1971). Durante le comunicazioni affettive fisiche insite nelle transazioni fatte di sguardi reciproci, la madre psicobiologicamente sintonizzata, sincronizza lo schema comportamentale spaziotemporale della sua stimolazione sensoriale esogena con le manifestazioni spontanee dei ritmi organici del bambino. Grazie a questa sensibilità vincolata, la madre valuta le espressioni non-verbali degli stati emotivi e dell’eccitamento affettivo del bambino, li regola, e li ritrasmette al piccolo. Per riuscire a far ciò, la madre, o chi per lei, deve cercare di modulare i gradi di stimolazione, evitando quelli troppo alti o troppo bassi, che potrebbero indurre nel bambino uno stato di sovraccitamento oppure un livello di eccitamento troppo basso. Un attaccamento sicuro dipende da quanto è sensibile la sintonizzazione psicobiologica della madre verso gli stati di eccitamento interno del bambino.

C’è anche da dire che le ricerche dimostrano chiaramente che chi per primo si prende cura di un neonato non può essere sempre perfettamente sintonizzato, e che anzi all’interno della diade si verificano frequenti momenti di de-sintonizzazione, e di rottura dei legami di attaccamento. Questi ultimi possono dare origine a grossi problemi di regolazione, e a un deterioramento dell’omeostasi autonoma. Studi sulla “riparazione interattiva” che segue una de-sintonizzazione diadica (Tronick, 1989) convalidano l’affermazione di Kohut (1977) secondo cui l’oggetto-Sé genitoriale funziona come rimedio contro lo “sbilanciamento omeostatico del bambino”. In questo quadro di “alterazione e riparazione” (Beebe e Lachmann, 1994), un genitore sufficientemente bravo a cui capita di provocare stress a causa della sua de-sintonizzazione, è in grado di risintonizzarsi e di tornare a regolare gli stati negativi di eccitamento del bambino nei tempi e nei modi più corretti.

Negli attuali modelli psicobiologici, l’attaccamento è definito come una regolazione interattiva degli stati di sincronismo biologico fra organismi, e all’interno di uno stesso organismo (Schore, 2000, 2003a, 2005b). Questi duplici processi regolatori della sincronia affettiva, che creano stati di eccitamento positivo, e la riparazione interattiva, che attenua gli stati di eccitamento negativo, sono i cardini dell’attaccamento e delle emozioni ad esso correlate. I meccanismi di regolazione interattiva ottimizzano la comunicazione degli stati emotivi nell’ambito di una diade intima, e rappresentano le fondamenta psicobiologiche dell’empatia, un fenomeno verso cui la psicologia del Sé nutre grande interesse. Kohut (1977) ha dedotto che, come risultato dell’unione empatica fra la psiche rudimentale

del bambino e l’organizzazione psichica altamente sviluppata dell’oggetto-Sé materno, il bambino percepisce gli stati d’animo del genitore come se fossero i suoi. Gli oggetti-Sé operano dunque una regolazione psicobiologica esterna che facilita la modulazione delle esperienze affettive, e agiscono a livello non-verbale non-conscio nel regolare l’autostima e nel mantenere la coesione del Sé (Schore, 1994, 2002b).

Modelli di strutturizzazione psicologica del Sé: collegamenti con la neurobiologia interpersonale

Uno dei principi primari della psicologia del Sé afferma che il risultato di esperienze relazionali ottimali fra Sé e oggetto-Sé è la capacità del neonato di eseguire le funzioni regolative, adattive e integrative che in precedenza venivano invece eseguite dall’oggetto esterno. In particolare, Kohut ha affermato che le fasi di frustrazione ottimale del neonato suscitano una “introiezione in trasformazione”, un processo di sviluppo attraverso il quale la funzione dell’oggetto-Sé viene interiorizzata dal neonato, che inizia così a creare strutture di regolazione psicologica. I dati sullo sviluppo supportano quest’idea, anche se alcuni dati interdisciplinari sottolineano il fatto che per la creazione di sistemi strutturali in grado di regolare gli stress dell’affettività, non serve solo la frustrazione ottimale, ma è fondamentale anche la riparazione interattiva. Le esperienze formative del Sé si basano sulle funzioni interiorizzate dell’oggetto-Sé, che stimolano la comparsa di strutture di regolazione più complesse.

Anche alcune ricerche recenti convalidano le ipotesi di Kohut sulla possibilità che le transazioni regolatorie fra il neonato e l’oggetto-Sé materno permettano il mantenimento dell’equilibrio omeostatico del bambino. Secondo Ovtsharoff e Braun (2001), “L’interazione diadica fra il neonato e la madre [...] serve a regolare l’omeostasi interna del primo. La funzione regolatoria della relazione madre-figlio potrebbe essere un fattore essenziale per assicurare il normale sviluppo e il mantenimento delle connessioni sinaptiche durante il periodo in cui si costruiscono i circuiti cerebrali funzionali” (p. 33). Altri ricercatori concludono che l’attaccamento basato su quell’impercettibile regolazione emotiva interattiva, modifica il cervello in modo permanente, costruendo e sostenendo i circuiti limbici in via di sviluppo (Ziabreva, Poeggel, Schnabel e Braun, 2003).

Molti studi hanno ormai fatto luce sulla neurobiologia dello sviluppo dei meccanismi dell’oggetto-Sé. Anch’io ho affermato che l’organizzazione del Sé

in un cervello in via di sviluppo avviene nell'ambito di una relazione con un altro Sé e con un altro cervello. Più nello specifico, la relazione Sé/oggetto-Sé è insita nelle comunicazioni affettive dell'attaccamento che avvengono fra i due emisferi destri della diade madre-figlio (Schore, 1994, 2000, 2003a, 2005a). Alla luce delle osservazioni sulla mielinizzazione del sistema limbico umano di elaborazione delle emozioni, che avviene nel primo anno e mezzo di vita (Kinney, Brody, Kloman e Gilles, 1988), e sul fatto che l'emisfero destro – profondamente connesso al sistema limbico – (Allman, Watson, Tetreault e Hakeem, 2005; Bogolepova e Malofeeva, 2001; Chiron et al., 2005; Sun et al., 2005) abbia un balzo nella crescita nelle prime fasi di vita, possiamo affermare che le esperienze di attaccamento influenzano in particolare le aree limbiche e corticali di un emisfero cerebrale destro in via di sviluppo (Cozolino, 2002; Henry, 1993; Schore, 1994; Siegel, 1999).

Lenzi e altri studiosi, in un loro recente lavoro sulle comunicazioni emotive madre-figlio (2009), presentano dati di imaging a risonanza magnetica funzionale “a sostegno della teoria secondo cui l'emisfero destro è più coinvolto dell'emisfero sinistro nell'elaborazione delle emozioni e, di conseguenza, nelle cure materne” (p. 1131). Anche Minagawa-Kawai (2009) conferma questo modello, e riporta uno studio su una spettroscopia al vicino-infrarosso relativa all'attaccamento fra madre e figlio di 12 mesi, concludendo che “i nostri risultati concordano con quanto Schore (2000) aveva asserito sull'importanza dell'emisfero destro nel sistema di attaccamento.” (p. 289). A ulteriore sostegno delle idee di Kohut sullo specchiamento empatico, i neuroscienziati ricercatori ora affermano che un bambino basa il suo sviluppo su “meccanismi di specchiamento dell'emisfero destro, interfacciandosi col sistema limbico che elabora il significato delle emozioni osservate o imitate” (Dapretto et al., 2006, p. 30).

Le attuali ricerche neurobiologiche sui dialoghi intersoggettivi fra madre e neonato indicano che “molte funzioni situate all'interno dell'emisfero destro lavorano insieme per tenere sotto controllo il bambino. L'emisfero destro è specializzato non solo nell'elaborazione delle emozioni e delle espressioni facciali, ma anche nelle percezioni uditive, e nelle percezioni dell'intonazione, dell'attenzione e delle informazioni tattili” (Bourne e Todd, 2004, pp. 22-23). Le esperienze sociali facilitano dunque la maturazione, all'interno dell'emisfero destro, di quei sistemi che elaborano le comunicazioni affettive visive-facciali, uditive-prosodiche e tattili-gestuali. Fin dall'infanzia, e poi lungo tutto il corso della vita, l'emisfero destro è prioritario nel ricevere, esprimere e comunicare le emozioni, così come nell'elaborare le componenti cognitive e fisiologiche dell'emotività. (Schore, 2003a, 2003b,). Per quanto riguarda l'empatia, un processo chiave nella

psicologia del Sé, ormai si pensa che “la consapevolezza di Sé, l'empatia, l'identificazione con gli altri, e più in generale i processi intersoggettivi, dipendono in massima parte dalle risorse dell'emisfero destro, che sono le prime a svilupparsi” (Decety e Chaminade, 2003, p. 591).

Inoltre “le strutture complesse di regolazione psicologica”, descritte dalla psicologia del Sé, possono essere ora individuate nella “capacità dell'emisfero destro di regolare i processi collegati all'emotività e allo stress” (Sullivan e Dufresne, 2006). Non ci sono dubbi che i principali sistemi di regolazione del Sé siano situati nelle aree orbitali prefrontali dell'emisfero destro, il quale subisce la sua maturazione anatomica nei periodi immediatamente post-natali (Bradshaw e Schore, 2007). La maturazione, legata alle esperienze, di questo sistema di regolazione degli affetti è dunque direttamente correlata alle origini del Sé (Schore, 1994). Fin dall'inizio le ricerche hanno dimostrato che lo sviluppo del Sé e della coscienza del Sé è testimoniato dalla capacità che ha un bambino di 2 anni di riconoscere la sua immagine riflessa in uno specchio (Amsterdam, 1972). Gli studi sulla neuroimaging a risonanza magnetica funzionale dimostrano che quando un soggetto guarda l'immagine riflessa del suo viso, si attiva un processo nella giunzione temporo-parieto-occipitale e nell'opercolo frontale destro (Sugiura et al., 2005), e che il riconoscimento del proprio stesso viso attiva una rete fronto-parietale “a specchio” nell'emisfero destro (Uddin, Kaplan, Molnar-Szakacs, Zaidel e Iacoboni, 2005).

Moltissime ricerche dimostrano che l'emisfero destro è specializzato nel generare auto-coscienza e auto-riconoscimento, e nell'elaborare “materiale relativo al Sé” (Decety e Chaminade, 2003; Feinberg e Keenan, 2005; Fossati et al., 2004; Miller et al., 2001; Perrin et al., 2005; Platek, Keenan, Gallup e Mohamed, 2004). I neuroscienziati ora affermano che la funzione essenziale del sistema lateralizzato destro è quella di “preservare un senso del Sé coerente, continuo e unitario” (Devinsky, 2000). Per riassumere tutte queste nozioni, Molnar-Szakacs, Uddin e Iacoboni (2005) hanno asserito: “Gli studi hanno dimostrato il fondamentale contributo dell'emisfero destro (ED) nelle percezioni legate al Sé, in quelle legate al proprio corpo, nell'auto-coscienza, nella memoria autobiografica e nella teoria della mente. Altri studi sul riconoscimento del proprio viso hanno dimostrato anche quanto sia importante l'ED nell'elaborazione di tutto ciò che riguarda il Sé” (p. 2000). Tutto questo indica in modo chiaro che la psicologia del Sé è essenzialmente una psicologia che studia tutte le straordinarie funzioni dell'emisfero destro.

Modelli psicologici di psicopatogenesi del sé: influsso negativo dei traumi dell'attaccamento sull'emisfero destro

Il nucleo del modello di psicopatogenesi elaborato da Kohut è costituito dall'ipotesi che gli errori traumatici della madre nello specchiamento empatico portino a disturbi del Sé del bambino. La psicologia del Sé suggerisce quindi che una regolazione fisiologica disturbata è il risultato di disordini nelle esperienze con l'oggetto-Sé, e che un Sé disturbato abbinato ad una struttura di regolazione menomata sono alla base dell'insorgenza di psicopatologie già nei primi anni di vita. Kohut (1971) ha messo in luce la responsabilità di "alcuni specifici fattori ambientali (ad esempio la personalità dei genitori, o eventi esterni *traumatici*) nella genesi di un arresto nello sviluppo" (p. 11), soprattutto quando "le reazioni della madre sono rozzamente anempatiche e inaffidabili [...] Non può quindi avvenire alcuna introiezione in trasformazione, e la psiche [...] non può sviluppare le varie funzioni interne capaci di ristabilire un equilibrio narcisistico" (p. 65).

Nonostante la controversia di lunga data all'interno della psicanalisi, c'è ora grande interesse nei confronti dei problemi legati ai traumi, e delle difese adottate contro i traumi relazionali precoci. Laub e Auerhahn (1993) sostengono che il trauma principale è la rottura del legame fra il Sé e "l'altro empatico" che se ne prende cura, e il risultato è che l'introiezione materna, o le funzioni dell'accudimento, risultano deficitarie o "danneggiate". Essi sostengono inoltre che "è nella natura dei traumi sfuggire alla nostra conoscenza, proprio a causa della difesa e del deficit [...] Per proteggere noi stessi dagli affetti, dobbiamo a volte evitare la conoscenza. Ci difendiamo dai sentimenti di rabbia, cinismo, vergogna e paura, e la nostra difesa è quella di non provarli in modo conscio. I traumi sovrastano e distruggono la nostra capacità di tenerli sotto controllo" (p. 288). In linea con queste teorie della psicologia del Sé, gli attuali modelli neuropsicanalitici sostengono che, a seguito di traumi dello sviluppo, si creano specifiche strutture regolatorie difensive e difettose, che si evolvono in seguito nelle psicopatologie (Schore, 2002b).

La psicanalisi, la psichiatria e la traumatologia dello sviluppo stanno convergendo sulla dissociazione, l'ultima linea *difensiva di sopravvivenza* contro travolgenti e insopportabili esperienze emotive. Ricerche sull'attaccamento longitudinale dimostrano una connessione fra eventi infantili traumatici e predisposizione alla dissociazione, descritta come "un distacco da una situazione insostenibile", "la fuga quando non esiste via di fuga", e "l'ultima risorsa strategica di difesa" (Schore, 2003b, 2009). Nonostante Kohut non abbia mai usato il termi-

ne "dissociazione", nel suo ultimo libro (1984) descrive un'interazione precoce, nella quale un bambino traumatizzato "ha eretto un muro" fra Sé e le esperienze traumatiche:

Se la capacità empatica della madre rimane a uno stadio infantile, cioè se tende a reagire con il panico agli stati di ansia del bambino, si mette in moto una deleteria reazione a catena. La madre potrebbe arrivare a erigere costantemente un muro fra Sé e il bambino, privandolo così dei benefici effetti della fusione con lei nel momento in cui si passa da uno stato di ansia a uno stato di calma. Oppure lei potrebbe continuare a reagire con il panico, e in questo caso si avrebbero due conseguenze negative: predisporre il bambino per il resto della sua vita ad una sregolata propagazione dell'ansia o di altre emozioni, oppure forzare il bambino a costruirsi un muro per tenere al di fuori esperienze eccessivamente intense e quindi traumatiche, provocando così in lui un impoverimento dell'organizzazione psichica, la quale diventa l'organizzazione psichica di una persona che in seguito sarà incapace di provare empatia, di provare una vasta gamma di esperienze, e quindi in definitiva di essere pienamente umano. (p. 83)

Cosa ci dicono a proposito della neurobiologia e della neuropsicologia dei traumi relativi all'attaccamento, e a proposito della dissociazione (il meccanismo che permette ad un essere umano "di costruire un muro" fra Sé e i traumi emotivi più sconvolgenti) gli attuali studi sulla psicologia dello sviluppo, sulle neuroscienze affettive e sulla neuropsicanalisi? In quest'ultima sezione parlerò di quegli studi interdisciplinari che mostrano in che misura esperienze con madri traumatizzanti possano influire negativamente sulla sicurezza dell'attaccamento del bambino, sulla maturazione del suo emisfero destro, e sul suo senso del Sé, e quindi preparare il terreno alla dissociazione patologica in svariati disturbi del Sé.

Psicobiologia dello Sviluppo di Traumi Relazionali

Durante il periodo di massima crescita cerebrale, una disregolazione relazionale dell'eccitamento indotta da trauma preclude le summenzionate comunicazioni visive-facciali, uditive-prosodiche e tattili-gestuali dell'attaccamento, e altera lo sviluppo delle funzioni essenziali dell'emisfero destro. Al contrario di ciò che avviene in uno scenario di attaccamento ottimale, in un ambiente relazionale che inibisce lo sviluppo, colei o colui che si prende cura del neonato

induce nel bambino stati traumatici e duraturi di eccitamento affettivo negativo. Questo genitore è inavvicinabile, reagisce alle emozioni e allo stress del bambino in modo inappropriato, a volte rifiutandolo completamente, e quindi mostra un livello di partecipazione minimo e imprevedibile nelle varie situazioni di regolazione dell'eccitamento. Invece di modulare, il genitore provoca picchi estremi di stimolazione e di eccitamento, molto alti nei casi di abuso, molto bassi nei casi di abbandono. Poiché il genitore non fornisce alcuna riparazione interattiva, gli stati affettivi di forte negatività possono durare anche per periodi molto lunghi.

Gli studi di traumatologia dello sviluppo rivelano che la reazione psicobiologica del bambino a un trauma oscilla fra due schemi reattivi ben distinti: ipereccitamento e dissociazione (Schore, 2001, 2002c). Nello stadio iniziale di ipereccitamento, il sicuro rifugio materno diventa improvvisamente una fonte di minaccia, innescando una reazione di soprassalto nell'emisfero destro del bambino, il luogo in cui nascono sia l'attaccamento che la paura. I fattori di stress provenienti dalla madre attivano l'asse dello stress ipotalamo-ipofisi-surrene, provocando un immediato incremento della componente simpatica del sistema nervoso autonomo del bambino. Questo processo dà origine a un significativo aumento dei battiti cardiaci, della pressione sanguigna e del ritmo respiratorio, espressioni somatiche di uno stato psicobiologico disregolato di paura o terrore. Lo stato di ipereccitamento simpatico si esprime anche tramite un incremento nella secrezione della corticotropina – il più importante ormone cerebrale dello stress. Il fattore di rilascio della corticotropina (FRC) regola l'attività della catecolamina simpatica, creando in un cervello in via di sviluppo uno stato ipermetabolico.

La seconda, e successiva, reazione a un trauma è la dissociazione, con la quale il bambino si distacca dagli stimoli provenienti dal mondo esterno – sono stati descritti bambini traumatizzati mentre “guardavano nel vuoto con occhi vitrei.” Questo stato parasimpatico di conservazione/indietreggiamento si verifica in situazioni di stress senza via d'uscita, nelle quali una persona si inibisce e cerca di sviare l'attenzione da sé nel tentativo di diventare “invisibile”. Tale stato di chiusura dissociativa metabolica è uno dei processi di regolazione primari attraverso cui la persona fortemente stressata si disimpegna passivamente per poter risparmiare energia, aumentando la sopravvivenza con una sorta di finzione della morte, e riducendo al minimo il consumo di risorse grazie all'immobilità. In tale stato ipometabolico c'è un decremento del battito cardiaco, della pressione sanguigna e del ritmo della respirazione, mentre aumenta il livello degli oppiacei endogeni che attutiscono il dolore. Questo meccanismo parasimpatico (vagale) di risparmio delle energie provoca quel “profondo distacco” noto come dissociazione.

In realtà nel midollo del tronco encefalico si trovano due sistemi parasimpatici vagali (Porges, 1997). Il complesso ventrale vagale regola velocemente il flusso cardiaco in uscita, per facilitare un impegno e disimpegno fluido con l'ambiente sociale, segnale di un legame di attaccamento sicuro di comunicazione emotiva. E poi c'è l'attività del complesso dorsale vagale – associato agli stati emotivi intensi e all'immobilizzazione – che è responsabile delle gravi depressioni metaboliche, dell'ipoeccitamento e della soppressione del dolore derivante dalla dissociazione. Lo stato di un bambino traumatizzato, che passa istantaneamente da un ipereccitamento simpatico ad un ipoeccitamento parasimpatico, è stato così descritto da Porges (1997): “Si tratta di un'improvvisa e rapida transizione da una fallimentare strategia di lotta che richiede una potente attivazione simpatica, ad uno stato di immobilità metabolicamente conservativa che imita la morte, collegato al complesso dorsale vagale” (p. 75). Laddove il complesso ventrale vagale si produce in veloci e transitorie attivazioni, il nucleo dorsale vagale mette in atto un involontario e prolungato schema di deflusso, creando lunghi momenti di “vuoto” uniti a un distacco dissociativo patologico.

Come vengono espressi a livello comportamentale i contesti traumatici di ipereccitamento e di ipoeccitamento dissociativo all'interno della diade madre-figlio? Le ricerche basate sull'osservazione dimostrano che esiste un collegamento fra un comportamento materno che incute paura, la dissociazione e l'attaccamento disorganizzato del neonato (Schuengel, Bakermans-Kranenburg e Van Ijzendoorn, 1999). Hesse e Main (1999) hanno studiato una madre nei momenti in cui incute terrore al figlio: “in un contesto non ludico, si avvicina al bambino di soppiatto, si mette a quattro zampe con una postura predatoria; scopre i denti canini e sibila; emette profondi ruggiti direttamente verso il bambino” (p. 511). Di recente Hesse e Main (2009) hanno dimostrato che quando la madre si blocca in uno stato dissociativo, il bambino entra a sua volta in uno stato di paura: “La madre sembra essere diventata completamente insensibile agli stimoli esterni, forse anche ignara di essi, inclusi i comportamenti fisici e verbali del bambino [...] Abbiamo osservato una madre rimanere immobile, seduta in una posizione scomoda e innaturale, con le mani in alto, che guardava nel vuoto per 50 secondi” (p. 321). Da notare la trasmissione intergenerazionale non solo dei traumi relazionali, ma anche della dissociazione, l'ultima linea di difesa contro esperienze emotive estremamente traumatiche.

Chi lavora nel campo della traumatologia dello sviluppo ora afferma che l'enorme livello di stress derivante dai maltrattamenti durante l'infanzia, influenza negativamente non solo il comportamento, ma anche lo sviluppo cerebrale (De Bellis et al., 1999). Durante la trasmissione intergenerazionale dei traumi dell'attaccamento, il bambino si adegua alle strutture ritmiche degli stati disregolati di eccitamento della madre. Questa sincronizzazione viene registrata nei meccanismi di innesco delle regioni cortico- limbiche dell'emisfero destro sensibili allo stress, che si attivano quando si affronta un'affettività negativa (Davidson, Ekman, Saron, Senulis e Friesen, 1990). Descrivendo le funzioni essenziali alla sopravvivenza di questo sistema lateralizzato, Schutz (2005) nota: "L'emisfero destro mette in movimento una rete estesa che reagisce velocemente al pericolo e ad altri problemi urgenti. Generalmente esso elabora questioni relative all'ambiente, allo stress e al dolore, e gestisce reazioni autoprotettive quali l'elusione e la fuga" (p. 15). L'emisfero destro è dunque fortemente coinvolto in un meccanismo elusivo-difensivo che serve per affrontare pesanti stress emotivi, inclusa quella strategia passiva di sopravvivenza che è la dissociazione.

Gli attuali dati neurobiologici possono essere utilizzati per creare modelli del meccanismo attraverso il quale i traumi dell'attaccamento influenzano negativamente il cervello destro. Adamec, Blundell e Burton (2003) riportano dati sperimentali che dimostrano quanto sia importante "la neuroplasticità dei circuiti limbici dell'emisfero destro nel gestire cambiamenti di lunga durata negli stati di affettività negativa che giungono a seguito di stress brevi ma violenti" (p. 1264). Secondo Gadea, Gomez, Gonzalez-Bono e Salvador (2005), blande e moderate esperienze di affettività negativa attivano l'emisfero destro, ma un'esperienza negativa più intensa "potrebbe interferire con la capacità di elaborazione dell'emisfero destro, ed eventualmente causare danni nel caso si raggiunga un punto critico" (p. 136). Questi danni consistono essenzialmente nella morte delle cellule apoptotiche del cervello destro ipermetabolico, morte causata dall'ipereccitamento. Quindi, passare ad uno stato ipometabolico di ipoeccitamento consente alle cellule di sopravvivere a momenti di intenso stress eccitotossico ossidativo (Schore, 1997b, 2001, 2002c, 2003b).

Ricordiamo che le aree corticali di destra e le loro connessioni con le strutture subcorticali, durante le prime fasi dello sviluppo dell'essere umano si trovano in un momento cruciale di grande crescita. L'enorme stress psicobiologico legato ai traumi dell'attaccamento è alla base dell'uso caratteriologico

della dissociazione patologica, quando più avanti nella vita ci si trova davanti a fattori di grande stress. Molte prove dimostrano che gli abusi subiti da piccoli hanno un impatto negativo sullo sviluppo del sistema limbico, producendo alterazioni neurobiologiche prolungate nel tempo, che a loro volta danno origine a instabilità affettiva, inefficiente tolleranza dello stress, deterioramento della memoria e disturbi dissociativi. In questo modo, episodi traumatici vissuti nell'infanzia portano ad un'auto-modulazione dell'affettività dolorosa, estrinsecata in una fuga dagli stati emotivi interni (Lane, Ahern, Schwartz e Kaszniak, 1997). L'emisfero destro, che controlla l'attenzione (Raz, 2004) e l'elaborazione del dolore (Symonds, Gordon, Bixby e Mande, 2006), genera dunque la dissociazione, una difesa grazie alla quale affetti gravemente negativi associati a dolore emotivo vengono bloccati prima che arrivino al livello della consapevolezza.

In accordo con questi modelli di sviluppo e clinici, Spitzer, Wilert, Grabe, Rizos e Freyberger (2004) riportano uno studio sulla stimolazione magnetica transcraniale di un adulto, e concludono: "In individui predisposti alla dissociazione, un trauma percepito ed elaborato dall'emisfero destro porterà ad un'alterazione delle funzioni integrate della consapevolezza" (p. 168). In un ricerca fatta su imaging della risonanza magnetica funzionale, Lanius et al. (2005) hanno scoperto una preponderante attività dell'emisfero destro dei pazienti durante i loro momenti di dissociazione. I ricercatori dunque hanno concluso che la dissociazione, una fuga da emozioni insostenibili associate a ricordi traumatici, può essere interpretata come una reazione non-verbale ai suddetti ricordi traumatici.

Tutti questi studi stanno esplorando l'evoluzione di un sistema regolatorio che è stato danneggiato durante lo sviluppo, e stanno fornendo molte prove a supporto dell'ipotesi che le aree prefrontali corticali e limbiche dell'emisfero destro sono responsabili dei deficit mentali e fisici associati a una reazione dissociativa patologica (Schore, 2002c, 2009). È l'emisfero destro, molto più di quello sinistro, ad essere densamente interconnesso con le regioni limbiche di elaborazione delle emozioni, e con le aree subcorticali che danno vita all'eccitamento e alle manifestazioni fisiche autonome delle emozioni. L'attività del sistema nervoso simpatico si manifesta in una stretta partecipazione all'ambiente esterno e in un'eccessiva produzione di energia, laddove invece la componente parasimpatica aziona il disimpegno dall'ambiente esterno e utilizza basse quantità di energia interna (Recordati, 2003). Queste componenti del SNA nei traumi relazionali sono divergenti.

In una recente enunciazione psicanalitica che riecheggia la frase di Kohut

sulla “sregolata propagazione dell’ansia o di altre emozioni”, Bromberg (2006) collega i traumi dell’emisfero destro all’ipereccitamento autonomo: “un caotico e terrificante diluvio di affetti che minaccia di sovrastare la sanità mentale e di mettere in pericolo la sopravvivenza psicologica di un individuo” (p. 33). La dissociazione viene dunque automaticamente e immediatamente attivata come barriera contro stati affettivi disregolati ed ipereccitamento. Nijenhuis (2000) afferma che la “dissociazione somatoforme” è una conseguenza di precoci episodi traumatici, e si manifesta nell’individuo con una mancata integrazione fra esperienze sensomotorie, reazioni e funzioni della rappresentazione del Sé. Le persone che soffrono di un distacco dissociativo sono avulse non solo dall’ambiente che le circonda, ma anche dal loro stesso Sé – dal loro corpo, dalle loro azioni e dal loro senso di identità (Allen, Console e Lewis, 1999). Crucian e altri ricercatori hanno parlato di una “dissociazione fra la valutazione emotiva di un evento e la reazione fisiologica a quell’evento, un processo che dipende dalle funzioni intatte dell’emisfero destro” (p. 643).

La dissociazione patologica riflette dunque un cronico disfacimento del sistema cerebrale destro, e la conseguente perdita della capacità adattiva di rilevare rapidamente a livello non-conscio, di elaborare e di gestire informazioni emotive insopportabili e minacce alla sopravvivenza sovrachianti. Un sistema-Sé implicito corticale/subcorticale poco sviluppato non è efficiente nel riconoscere ed elaborare stimoli esterni (cioè le informazioni esteroceettive che provengono dall’ambiente relazionale), e nell’integrarli attimo per attimo negli stimoli interni (cioè le informazioni interoceettive che arrivano dal corpo). Questa mancata integrazione ripetuta nel tempo fra emisfero destro superiore ed emisfero destro inferiore provoca il crollo contemporaneo di soggettività e intersoggettività, anche ai livelli più bassi di stress interpersonale.

Riassumendo, il cervello in via di sviluppo è coinvolto non solo in quegli stati affettivi sconvolgenti che sono alla base dei traumi dell’attaccamento, ma anche nella difesa primaria contro quegli stati affettivi – una strategia regolatoria di dissociazione. È ormai comprovato che le cure materne influenzano sia la reattività del bambino (Menard, Champagne e Meaney, 2004), sia la trasmissione di differenze individuali nelle reazioni difensive (Parent et al., 2005). Possiamo dunque concludere che gran parte degli studi di psichiatria, di psicologia e di neurologia ormai concordano nell’affermare che esiste un collegamento fra traumi infantili e dissociazione patologica (Dickel, Fennell e Gilmore, 2003; Draijer e Langeland, 1999; Liotti, 2004; Macfie, Cicchetti e Toth, 2001; Merckelbach e Muris, 2001).

Conclusioni: riavvicinamento fra psicanalisi e neuroscienze

I ricercatori sono ormai arrivati alla conclusione che, a causa della dissociazione, gli elementi di un trauma non formano un’entità unitaria (van der Kolk et al., 1996). La sintomatologia della dissociazione patologica, quella che Kohut ha descritto come un muro eretto dall’individuo per proteggersi da esperienze traumatizzanti, rappresenta dunque un deterioramento strutturale e un deficit dell’emisfero cerebrale destro, il luogo della “immagine corporea del Sé” (Devinsky, 2000), dell’empatia affettiva (Decety e Chaminade, 2003; Schore, 1994) e di un “senso di umanità” (Mendez e Lim, 2004).

Ricordiamo che Kohut aveva affermato che i traumi in età infantile inibiscono la crescita di un Sé in via di sviluppo, e generano “un’organizzazione psichica depauperata”, un’impossibilità a provare empatia e un’incapacità ad essere “pienamente umani.” La dissociazione caratteriologica che danneggia il Sé e altera le strutture è diventata così un concetto psicopatogeno fondamentale sia nella psicologia del Sé che nelle neuroscienze.

Un postulato chiave nei modelli di psicopatogenesi di Kohut sono gli effetti a lungo termine dell’incapacità cronica da parte della madre di fornire funzioni di regolazione che facilitino la crescita, e che ciò costituisca l’origine di un “arresto dello sviluppo.” Ricordiamo che la psicologia del Sé sostiene che, a causa di traumi in età infantile, le funzioni di regolazione dell’oggetto-Sé sono deficitarie o “danneggiate”. Questo deterioramento del processo di sviluppo può ora venire identificato come una mancata maturazione del sistema di regolazione degli affetti dell’emisfero destro. Moltissime osservazioni cliniche e ricerche psichiatriche affermano con certezza che la conseguenza più significativa di traumi relazionali vissuti dal bambino è la sua incapacità di auto-regolare l’intensità e la durata degli stati emotivi. L’assunto che i maltrattamenti subiti nell’infanzia siano associati a influenze negative sullo sviluppo cerebrale, si riferisce in modo specifico al danneggiamento dei circuiti di regolazione emotiva situati nell’emisfero destro del cervello.

All’inizio di questo capitolo ho asserito che uno dei punti cardine della teoria psicanalitica di Kohut è la questione su come una relazione terapeutica possa innescare la “riparazione del Sé.” I traumi relazionali precoci e l’utilizzo della dissociazione patologica sono elementi costanti in casi di gravi patologie del Sé e disturbi della personalità, casi che attirano sempre più l’attenzione degli psicologi del Sé e degli psicoterapeuti in generale. Un esteso studio multidisciplinare su pazienti adulti con alle spalle storie di traumi infantili, dimostra che la psicoterapia è un elemento essenziale nel trattamento di casi del genere, e ha certamente un’efficacia superiore rispetto alla farmacoterapia (Nemeroff et al., 2003).

Ogni intervento psicoterapeutico su questi pazienti deve occuparsi non solo dei sintomi traumatici, ma anche della difesa dissociativa (Bromberg, 2006). Le ricerche fatte da Spitzer, Barnow, Freyberger e Grabe (2007) dimostrano che, nella psicoterapia psicodinamica, più alto è il livello di dissociazione del paziente, più scarsi saranno i risultati della cura. Questi ricercatori concludono che i pazienti dissociativi soffrono di un attaccamento insicuro che influenza negativamente la relazione terapeutica, e che essi si dissociano per reazione alle emozioni negative suscitate dalla psicoterapia. Alcuni medici ora suggeriscono che con questi pazienti il trattamento della dissociazione traumatica è essenziale per aumentare l'efficacia della psicoterapia (Schore, 2007; Spiegel, 2009).

Il fatto che la psicologia del Sé si occupi della regolazione dell'oggetto-Sé, suggerisce chiaramente che deficit, difesa e regolazione degli affetti sono questioni primarie nel trattamento di psicopatologie che hanno le loro radici nelle prime fasi di vita. A proposito dei meccanismi di cambiamento, Kohut (1984) scrive: "la psicanalisi cura attraverso la costruzione di una struttura psicologica." Questa struttura si trova nell'emisfero destro e nei suoi circuiti limbici di regolazione delle emozioni. Gli studi indicano: che i processi di auto-regolazione emotiva rappresentano il nucleo degli approcci psicoterapeutici (Beauregard, Levesque, e Bourgouin, 2001); che lo sviluppo dell'auto-regolazione durante la vita adulta non è immune ai cambiamenti, cosa che costituisce una base su cui costruire una terapia (Posner e Rothbart, 1998); e infine che la psicoterapia influisce sul recupero del paziente modulando le regioni limbiche e corticali (Goldapple et al., 2004).

Oltre ad una comprensione più profonda dei processi di cambiamento della psicoterapia, l'integrazione fra neuroscienze e psicologia del Sé ha portato un altro importante beneficio. La psicanalisi, le neuroscienze e la psichiatria infantile condividono un principio psicopatogenetico ormai acclarato, e cioè che i maltrattamenti subiti nell'infanzia provocano conseguenze negative su cervello/mente/corpo del bambino, oltre ad alterare la curva di sviluppo del Sé per tutto il resto della vita. Ricerche interdisciplinari, che includono la psicologia analitica del Sé e le scienze biologiche dello sviluppo, ci permettono di approfondire la conoscenza dei meccanismi psiconeurobiologici di base. Tramite questi meccanismi, i primi traumi relazionali mettono in azione la trasmissione intergenerazionale inconscia di una regolazione deficitaria degli affetti, originando precoci psicopatologie del Sé. Tutte queste informazioni possono essere utilizzate per creare modelli di intervento più efficaci durante le fasi di massima crescita cerebrale, che sono quindi in grado di prevenire un ampio spettro di disturbi psichiatrici.

BIBLIOGRAFIA

Adamec, R. E., Blundell, J., e Burton, P. (2003). Reazione ciclica fosforilata dell'AMP indotta nella materia grigia periacqueduttale dallo stress; la sua relazione con esperienze stressanti, comportamento e plasticità limbica neurale. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 27, 1243-1267.

Allen, J. G., Console, D. A., & Lewis, L. (1999). Distacco dissociativo e deterioramento della memoria: Amnesia reversibile o decodificazione fallita? *Comprehensive Psychiatry*, 40, 160-171.

Allman, J. M., Watson, K. K., Tetreault, N. A., & Hakeem, A. Y. (2005). Intuizione e autismo: Possibile coinvolgimento dei neuroni Von Economo. *Trends in Cognitive Sciences*, 9, 367-373.

Amsterdam, B. (1972). Reazioni al proprio Sé riflesso entro i due anni di età. *Developmental Psychobiology*, 5, 297-305.

Beauregard, M., Levesque, J., & Bourgouin, P. (2001). Correlazioni neurali dell'auto-regolazione conscia delle emozioni. *Journal of Neuroscience*, 21, RC165.

Beebe, B., & Lachmann, F. M. (1994). Rappresentazioni e interiorizzazione nell'infanzia: Tre principi salienti. *Psychoanalytic Psychology*, 11, 127-165.

Bogolepova, I. N., & Malofeeva, L. I. (2001). Caratteristiche dello sviluppo delle aree motorie 44 e 45 del linguaggio nei due emisferi

del cervello umano nell'ontogenesi post-natale. *Neuroscience and Behavioral Physiology*, 31, 13-18.

Bourne, V. J., & Todd, B. K. (2004). Quando sinistra vuol dire destra: Una spiegazione della tendenza a cullare da parte dell'emisfero sinistro in relazione alle specializzazioni dell'emisfero destro. *Developmental Science*, 7, 19-24.

Bradshaw, G. A., & Schore, A. N. (2007). Come aprono le porte gli elefanti: Neuroetologia dello Sviluppo, Affettività e Contesto Sociale. *Ethology*, 113, 426-436.

Bromberg, P. M. (2006). Risvegliare il sognatore: Viaggi clinici. Mahwah, NJ: Analytic Press.

Chiron, C., Jambaque, I., Nabbout, R., Lounes, R., Syrota, A., & Dulac, O. (1997). Il predominio dell'emisfero cerebrale destro nei neonati umani. *Brain*, 120, 1057-1065.

Cooper, A. M. (1987). Cambiamenti nelle idee psicanalitiche: Interpretazione del transfert. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 35, 77-98.

Cozolino, L. (2002). *La neuroscienza della psicoterapia*. New York: Norton.

Crucian, G. P., Hughes, J. D., Barrett, A. M., Williamson, D. J. G., Bauer, R. M., Bowres, D., et al. (2000). Reazioni emotive e fisiologiche ai falsi feedback. *Cortex*, 36, 623-647.

Dapretto, M., Davies, M. S., Pfeifer, J. H.,

- Scott, A. A., Sigman, M., Bookheimer, S. Y., et al. (2006). Capire le emozioni degli altri: Disfunzioni dei neuroni specchio in bambini con disturbi autistici. *Nature Neuroscience*, 9, 28–31.
- Davidson, R. J., Ekman, P., Saron, C., Senulis, J., e Friesen, W. V. (1990). Avvicinamento/arretramento e asimmetria cerebrale: 1. Espressioni emotive e fisiologia del cervello. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 330–341.
- De Bellis, M. D., Baum, A. S., Birmaher, B., Keshavan, M. S., Eccard, C. H., Boring, A. M., et al. (1999). Traumatologia dello sviluppo: Parte I. Sistemi biologici dello stress. *Biological Psychiatry*, 45, 1259–1270.
- Decety, J., e Chaminade, T. (2003). Quando il Sé rappresenta l'altro: una nuova teoria di neuroscienza cognitiva sull'identificazione psicologica. *Consciousness and Cognition*, 12, 577–596.
- Devinsky, O. (2000). Predominio dell'emisfero cerebrale destro nel senso del Sé fisico ed emotivo. *Epilepsy & Behavior*, 1, 60–73.
- Dikel, T. N., Fennell, E. B., & Gilmore, R. L. (2003). Disturbo post traumatico da stress, dissociazione e abusi sessuali in pazienti. *Epilepsy & Behavior*, 4, 644–650.
- Draijer, N., e Langeland, W. (1999). Traumi infantili e disfunzioni genitoriali percepite nell'eziologia dei sintomi dissociativi in pazienti psichiatrici. *American Journal of Psychiatry*, 156, 379–385.
- Feinberg, T., & Keenan, J. P. (2005). In quale punto del cervello si trova il Sé? *Consciousness and Cognition*, 14, 661–678.
- Fossati, P., Hevenor, S. J., Lepage, M., Graham, S. J., Grady, C., Keightley, M. L., et al. (2004). Sé ripartito nella memoria episodica: Correlazioni neurali dell'avvenuto recupero di tratti della personalità positivi e negativi. *NeuroImage*, 22, 1596–1604.
- Freud, S. (1955). Le affermazioni della psicanalisi sull'interesse scientifico. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (Vol. 13, pp. 165–190)*. Londra: Hogarth Press. (Originariamente pubblicato nel 1913)
- Gadea, M., Gomez, C., Gonzalez-Bono, R. E., & Salvador, A. (2005). Incremento del cortisolo e decremento del vantaggio dell'orecchio destro nell'ascolto dicotico inseguito ad induzione di umore negativo. *Psychoneuroendocrinology*, 30, 129–138.
- Goldapple, K., Segal, Z., Garson, C., Lau, M., Bieling, P., Kennedy, S., et al. (2004). Modulazione delle vie limbico-corticali in forme gravi di depressione. *Archives of General Psychiatry*, 61, 34–41.
- Gupta, R. K., Hasas, K. M., Trivedi, R., Pradhan, M., Daqs, V., Parikh, N. A., et al. (2005). Imaging con tensore di diffusione di un cervello umano in via di sviluppo. *Journal of Neuroscience Research*, 81, 172–178.
- Henry, J. P. (1993). Reazioni psicologiche e fisiologiche allo stress: L'emisfero destro e l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, uno studio sui problemi dei legami umani. *Integrative Physiological & Behavioral Science*, 28, 369–387.
- Hesse, E., & Main, M. M. (1999). Effetti di seconda generazione di traumi irrisolti con genitori non maltrattanti: Comportamenti dissociati, impauriti e minacciosi dei genitori. *Psychoanalytic Inquiry*, 19, 481–540.
- Hesse, E., & Main, M. M. (2006). Comportamenti dissociati, impauriti e minacciosi dei genitori in campioni a basso rischio: Descrizione, discussione e interpretazioni. *Development and Psychopathology*, 18, 309–343.
- Kinney, H. C., Brody, B. A., Kloman, A. S., & Gilles, F. H. (1988). Sequenza di mielinizzazione del sistema nervoso centrale durante l'infanzia: II. Schemi di mielinizzazione di neonati autoottizzati. *Journal of Neuropathology and Experimental Neurology*, 47, 217–234.
- Kohut, H. (1971). *L'analisi del Sé*. New York: International University Press.
- Kohut, H. (1977). *La guarigione del Sé*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1984). *La cura psicanalitica*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lane, R. D., Ahern, G. L., Schwartz, G. E., & Kaszniak, A. W. (1997). L'alessitimia è l'equivalente emotivo della visione cieca? *Biological Psychiatry*, 42, 834–844.
- Lanius, R. A., Williamson, P. C., Bluhm, R. L., Densmore, M., Boksman, K., Neufeld, R. W. J., et al. (2005). Connettività funzionale delle reazioni dissociative nel disturbo post traumatico da stress Uno studio sull'imaging a risonanza magnetica funzionale. *Biological Psychiatry*, 57, 873–884.
- Laub, D., & Auerhahn, N. (1993). Conoscere e non conoscere gravi traumi psichici: Forme di ricordi traumatici. *International Journal of Psychoanalysis*, 74, 287–302.
- Lenzi, D., Trentini, C., Pantano, P., Macaluso, E., Iacoboni, M., Lenzi, G. I., et al. (2009). Basi neurali della comunicazione materna ed elaborazione delle espressioni emotive durante la fase infantile preverbale. *Cerebral Cortex*, 19, 1124–1133.
- Liotti, G. (2004). Trauma, dissociazione e attaccamento disorganizzato: Tre fasi di uno stesso processo. *Psychotherapy: Theory, Research, Training*, 41, 472–486.
- Macfie, J., Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2001). Dissociazione in bambini maltrattati contro dissociazione in bambini non maltrattati in età pre-scolare. *Child Abuse & Neglect*, 25, 1253–1267.
- Menard, J. L., Champagne, D. L., & Meaney, M. J. P. (2004). Variazioni nelle cure materne influenzano in modo diverso la reattività alla paura e gli schemi regionali di immunoreattività cFos in risposta al test di seppellimento. *Neuroscience*, 129, 297–308.
- Mendez, M. F., & Lim, G. T. H. (2004). Alterazioni del senso di "umanità" in pazienti affetti da demenza frontotemporale dell'emisfero destro. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 17, 133–138.
- Merckelbach, H., & Muris, P. (2001). Collegamento casuale fra traumi del Sé e dissociazione: Un'analisi critica. *Behavior Research and Therapy*, 39, 245–254.
- Miller, B. L., Seeley, W. W., Mychack, P., Rosen, H. J., Mena, I., & Boone, K. (2001). Neuroanatomia del Sé: Prove ottenute da pazienti affetti da demenza frontotemporale. *Neurology*, 57, 817–821.
- Minagawa-Kawai, Y., Matsuoka, S., Dan, I., Naoi, N., Nakamura, K., & Kojima, S. (2009). Attivazione prefrontale associata all'attaccamento sociale Riconoscimento emotivo facciale nelle madri e nei neonati. *Cerebral Cortex*, 19, 284–292.
- Molnar-Szakacs, I., Uddin, L. Q., & Iacoboni, M. (2005). Agevolazione motoria dell'emisfero destro attraverso parole auto-descrittive della personalità. *European Journal of Neuroscience*, 21, 2000–2006.
- Nemeroff, C. B., Heim, C., Thase, M. E., Klein, D. N., Rush, A. J., Schatzberg, A. F., et al. (2003). Reazioni diverse alla psicoterapia e alla farmacologia in pazienti con gravi forme croniche di depressione e traumi infantili. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 100, 14293–14296.
- Nijenhuis, E. R. S. (2000). Dissociazione somatoforme: Sintomi evidenti di disturbi dissociativi. *Journal of Trauma & Dissociation*, 1, 7–32.
- Ovtscharoff, W., Jr., & Braun, K. (2001). La separazione materna e l'isolamento sociale regolano lo sviluppo post-natale della composizione sinaptica nella corteccia infralimbica dell'*Octodon Degus*. *Neuroscience*, 104, 33–40.

- Papousek, H., & Papousek, M. (1995). Allevare in modo intuitivo. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting: Vol. II. Ecology and biology of parenting* (pp. 117–136). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Parent, C., Zhang, T-Y., Caldji, C., Bagot, R., Champagne, F. A., Pruessner, J., et al. (2005). Cure materne e differenze individuali nelle reazioni difensive. *Current Directions in Psychological Science*, 12, 229–233.
- Perrin, F., Maquet, P., Peigneux, P., Ruby, P., Degueldre, C., Baeteau, E., et al. (2005). I meccanismi neurali coinvolti nell'individuazione del nostro nome: Uno studio combinato fra ERPs e PET. *Neuropsychologia*, 43, 12–19.
- Platak, S. M., Keenan, J. P., Gallup, G. G., & Mohamed, F. B. (2004). Dove mi trovo? I termini di correlazione neurologici del Sé e dell'altro. *Cognitive Brain Research*, 19, 114–122.
- Porges, S. W. (1997). Emozioni: Un prodotto dell'evoluzione della regolazione neurale nel sistema nervoso autonomo. *Annals of the New York Academy of Science*, 807, 62–77.
- Posner, M. I., & Rothbart, M. K. (1998). Attenzione, regolazione del Sé e consapevolezza. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B*, 353, 1915–1927.
- Raz, A. (2004). Anatomia delle reti dell'attenzione. *Anatomical Record*, 281B, 21–36.
- Recordati, G. (2003). Un modello termodinamico dei sistemi nervosi simpatico e parasimpatico. *Autonomic Neuroscience: Basic and Clinical*, 103, 1–12.
- Schore, A. N. (1994). *Regolazione degli affetti e origini del Sé*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Schore A. N. (1997). Un secolo dopo il Progetto di Freud: Un riavvicinamento fra psicanalisi e neurobiologia è possibile? *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 45, 807-840.
- Schore, A. N. (1997b). Organizzazione precoce non-lineare dell'emisfero destro e sviluppo di una predisposizione a disturbi psichiatrici. *Development and Psychopathology*, 9, 595–631.
- Schore, A. N. (2000). Attaccamento e regolazione dell'emisfero destro. *Attachment & Human Development*, 2, 22–41.
- Schore A. N. (2001). Gli effetti dei traumi relazionali sullo sviluppo dell'emisfero destro, sulla regolazione degli affetti e sulla salute mentale dei neonati. *Infant Mental Health Journal*, 22, 201-269.
- Schore, A. N. (2002a). L'emisfero destro come substrato neurobiologico delle dinamiche freudiane dell'inconscio. In D. Scharff (Ed.), *The psychoanalytic century: Freud's legacy for the future* (pp. 61–88). New York: Other Press.
- Schore, A. N. (2002b). Progressi nella neuropsicanalisi, teoria dell'attaccamento e ricerche sui traumi: Implicazioni nella psicologia del Sé. *Psychoanalytic Inquiry*, 22, 433–484.
- Schore, A. N. (2002c). Disregolazione dell'emisfero destro: Un meccanismo fondamentale dell'attaccamento traumatico e della psicopatogenesi del disturbo post traumatico da stress. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 9–30.
- Schore, A. N. (2003a). *Regolazione degli affetti e riparazione del Sé*. New York: Norton.
- Schore, A. N. (2003b). *Disregolazione degli affetti e disturbi del Sé*. New York: Norton.
- Schore, A. N. (2005a). Un punto di vista neuropsicanalitico: Commento a un articolo di Steven H. Knoblauch. *Psychoanalytic Dialogues*, 15, 829–853.
- Schore, A. N. (2005b). Attaccamento, regolazione degli affetti ed emisfero destro in via di sviluppo: Collegamenti fra le neuroscienze dello sviluppo e la pediatria. *Pediatrics in Review*, 26, 204–212.
- Schore, A. N. (2007). Recensione di *Svegliare il Sognatore: Viaggi Clinici* di Philip M. Bromberg. *Psychoanalytic Dialogues*, 17, 753–767.
- Schore, A. N. (2009). Traumi dell'attaccamento ed emisfero destro in via di sviluppo: Origini della dissociazione patologica. In P. F. Dell e J. A. O'Neil (Ed.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp. 107–141). New York: Routledge.
- Schuengel, C., Bakermans-Kranenburg, M. J., e Van IJzendoorn, M. H. (1999). Comportamento spaventoso della madre collegato a perdita irrisolta e attaccamento disorganizzato del neonato. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 54–63.
- Schutz, L. E. (2005). Disturbi della percezione ad ampia prospettiva dell'emisfero destro. *Neuropsychology Review*, 15, 11–27.
- Siegel, A. M. (1996). *Heinz Kohut e la psicologia del Sé*. Londra e New York: Routledge.
- Siegel, D. J. (1999). *Mente in via di sviluppo: Verso una neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. New York: Guilford Press.
- Spiegel, D. (2006). Riconoscere la dissociazione traumatica. *American Journal of Psychiatry*, 163, 566–568.
- Spitzer, C., Barnow, S., Freyberger, H. J., & Grabe, H. J. (2007). La dissociazione prevede i risultati di un trattamento in una psicoterapia a breve termine. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 682–687.
- Spitzer, C., Wilert, C., Grabe, H.-J., Rizos, T., e Freyberger, H. J. (2004). Dissociazione, asimmetria emisferica e disfunzioni dell'interazione emisferica: Un approccio magnetico transcraniale. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, 16, 163–169.
- Sugiura M., Watanabe, J., Maeda, Y., Matsue, Y., Fukuda, H., & Kawashima, R. (2005). Meccanismi corticali di riconoscimento visivo del Sé. *NeuroImage*, 24, 143–189.
- Sullivan, R. M., & Dufresne, M. M. (2006). Dopamina mesocorticale e regolazione dell'asse HPA: Il ruolo della lateralità e del primo ambiente. *Brain Research*, 1076, 49–59.
- Sun, T., Patoine, C., Abu-Khalil, A., Visader, J., Sum, E., Cherry, T. J., et al. (2005). Asimmetria precoce della trascrizione genetica della corteccia cerebrale umana sinistra e destra in embrione. *Science*, 308, 1794–1798.
- Symonds, L. L., Gordon, N. S., Bixby, J. C., e Mande, M. M. (2006). Elaborazione del dolore nell'emisfero destro della corteccia cerebrale: Uno studio fMRI. *Journal of Neurophysiology*, 95, 3823–3830.
- Tronick, E. Z. (1989). Emozioni e comunicazione emotiva nell'infanzia. *American Psychologist*, 44, 112–119.
- Uddin, L. Q., Kaplan, J. T., Molnar-Szakacs, I., Zaidel, E., & Iacoboni, M. (2005). Il riconoscimento del proprio viso mette in moto una rete frontoparietale a “specchio” nell'emisfero destro: Uno studio fMRI. *NeuroImage*, 25, 926–935.
- Van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F. S., McFarlane, A., e Herman, J. L. (1996). Dissociazione, somatizzazione e disregolazione degli affetti: La difficoltà di adattarsi ai traumi. *American Journal of Psychiatry*, 153, 83–93.
- Ziabreva, I., Poeggel, G., Schnabel, R., & Braun, K. (2003). I cambiamenti nei recettori indotti dalla separazione nell'ippocampo e nell'amigdala dell'Octogon Degus: L'influenza della voce materna. *Journal of Neuroscience*, 23, 5329–5336.

REGOLAZIONE AFFETTIVA DELL'EMISFERO DESTRO:
UN MECCANISMO FONDAMENTALE
PER LO SVILUPPO, I TRAUMI, LA DISSOCIAZIONE
E LA PSICOTERAPIA

In questo momento c'è una sensazione quasi palpabile che sia in atto una rivoluzione nell'ambito di numerose discipline scientifiche, e che in esse si stia verificando un cambio di paradigma. Grande impulso a queste trasformazioni arriva dal continuo dialogo fra materie affini tra loro, in particolare le scienze dello sviluppo, la biologia e le neuroscienze. Questo continuo travaso di conoscenze sta arricchendo tutte le discipline, e l'interesse comune è ormai focalizzato sul ruolo importantissimo che l'affettività ricopre nella vita umana. In una tale situazione di interdisciplinarietà, gli studi psicologici sull'importanza del contatto emotivo fra esseri umani vengono integrati dagli studi biologici sull'influenza che hanno queste interazioni relazionali sui sistemi cerebrali che regolano le funzioni vitali emotive corporee.

Un cambio di paradigma, per definizione, coinvolge contemporaneamente diversi campi del sapere, e stimola il dialogo fra scienze cliniche e scienze applicate. Di queste trasformazioni transdisciplinari ha parlato anche Richard Ryan, in un suo recente editoriale sulla rivista *Motivation and Emotion*:

Dopo trent'anni di predominio dell'approccio cognitivo, i processi motivazionali ed emotivi sono tornati alla ribalta. [...] In pratica, è ormai provato che interventi cognitivi che ignorino motivazioni ed emozioni risultano di scarsa efficacia, oltre a poter essere applicati solo ad un numero limitato di casi. (2007, p.1)

Riprendendo questo pensiero, il neuroscienziato Jaak Panksepp afferma:

La rivoluzione cognitiva, al pari del neuro-comportamentismo radicale, ha cercato intenzionalmente di nascondere le emozioni. Ora la scienza cognitiva deve reimparare che i sistemi emotivi ancestrali hanno un loro potere, che è indipendente dai processi cognitivi neocorticali. [...] Questi substrati emotivi stimolano le relazioni cognitive, soprattutto attraverso esperienze emotive particolarmente ricche. (2008, p. 51)

E per quanto riguarda il campo della psicoterapia, Karen Maroda espone così la sua idea:

Dalla mia esperienza posso dire che ci sono moltissimi terapeuti che hanno dolorosamente soppresso le loro emozioni, nell'errata convinzione di fare la cosa giusta. Per loro la prospettiva di usare le loro reazioni emotive in modo costruttivo per il paziente sarebbe potenzialmente molto gratificante e reciprocamente salutare [...] Forse possiamo analizzare la natura terapeutica dell'affettività, liberando in questo modo sia i nostri pazienti che noi stessi. (2005, p. 140)

In contrasto con le teorie di quel periodo, che privilegiavano la percezione conscia verbale, nel mio primo libro sulla teoria della regolazione suggerii che le comunicazioni emotive fra terapeuta e paziente costituiscono il nucleo psicobiologico dell'alleanza terapeutica, e che i processi emotivi che coinvolgono i due emisferi destri sono fondamentali per lo sviluppo, la psicopatologia e la psicoterapia (Schore, 1994). In effetti, ricerche cliniche molto recenti riportano che più i terapeuti agevolano le esperienze affettive e l'espressione dell'affettività, più i pazienti in psicoterapia mostrano cambiamenti in positivo, e che questa facilitazione dell'affettività operata dal terapeuta è una garanzia per il successo del trattamento (Diener, Hilsenroth e Weinberger, 2007).

In questo capitolo, dopo una breve introduzione, parlerò di come si è evoluto il mio lavoro sui processi della regolazione non-conscia degli affetti, che sono essenziali per lo sviluppo, per la psicopatogenesi, per la dissociazione traumatica e, in un'ottica di neurobiologia interpersonale, per tutti quei meccanismi dell'emisfero destro alla base dei cambiamenti durante la psicoterapia. Facendo riferimento al dialogo interdisciplinare ora in atto, citerò spesso e alla lettera le parole degli scienziati che studiano il cervello e dei medici che studiano la mente.

Introduzione: la teoria della regolazione e l'importanza delle strutture e delle funzioni affettive

Una delle linee guida di tutto il mio lavoro è lo studio di quanto i processi affettivi siano importanti nelle più disparate e cruciali situazioni dell'esistenza umana. Lane, Ahern, Schwartz e Kaszniak sottolineano la funzione evolutiva degli affetti, sia impliciti che espliciti:

Le reazioni emotive primarie si sono preservate durante la filogenesi, perché sono adattive. Esse forniscono una valutazione immediata della misura che gli scopi e i bisogni devono raggiungere nell'interazione con l'ambiente, e reimpongono l'organismo a livello comportamentale, fisiologico, cognitivo e sperimentale per coordinarlo alle circostanze in continua evoluzione. (2008, p. 225)

I miei studi di neuroscienze degli affetti e dello sviluppo suggeriscono che, in tutte le fasi della vita, le funzioni adattive di sopravvivenza dell'emisfero destro (il "luogo del cervello emotivo") hanno il predominio nei contesti relazionali, incluso il contesto intimo che si stabilisce durante una psicoterapia.

Nelle mie pubblicazioni ho esposto moltissimi dati clinici e neurobiologici a supporto della mia teoria che il Sé implicito dell'emisfero destro rappresenta il substrato biologico della mente umana inconscia, oltre ad essere profondamente coinvolto nell'elaborazione delle informazioni affettive corporee associate ai diversi stati motivazionali. Lichtenberg sottolinea un nodo centrale dell'incontro psicoterapeutico:

Per comprendere la motivazione del paziente, abbiamo bisogno di [...] percepire quali esperienze emotive egli stia cercando. Talvolta l'obiettivo a cui si tende sarà evidente sia per il paziente che per il terapeuta, ma altre volte quell'obiettivo si troverà *al di fuori della linea visiva della consapevolezza*, e sarà difficile da scorgere. [...] Per valutare la motivazione è fondamentale scoprire gli affetti che vengono cercati in concomitanza con il comportamento che viene esaminato. (2001, p. 440, corsivo mio)

In relazione al rinnovato interesse verso le emozioni nell'ambito dei modelli di cambiamento nello sviluppo e della psicoterapia, un numero sempre maggiore di prove indica che "nella maggioranza delle persone, l'elaborazione delle informazioni cosce e seriali avviene nell'emisfero sinistro, mentre l'elaborazione delle informazioni non-cosce, non-verbali ed emotive avviene in quello destro" (Larsen, Brand, Bermond e Hijman, 2003, p. 534). L'emisfero destro ha il compito di riconoscere l'espressione delle emozioni più intense e spontanee, e la comunicazione non verbale di esse (vedere Schore, 2003a, 2003b). Il ruolo fondamentale di questo emisfero nelle funzioni vitali è sottolineato anche da Schutz:

L'emisfero destro governa una rete estesa in modo da reagire velocemente al pericolo o ad altri problemi urgenti. Di preferenza esso elabora informazioni che riguardano l'ambiente, lo stress e il dolore, e gestisce le reazioni auto-protettive quali l'elusione e la fuga. [...] L'emotività è perciò il "telefono rosso" dell'emisfero destro, che spinge la mente ad occuparsi di questioni urgenti in modo immediato. (2005, p. 15)

Aggiungiamo che un'altra nuova tendenza nell'ambito di questi studi interdisciplinari è di occuparsi non delle emozioni in generale, ma in particolare delle emozioni inconsce e implicite. All'inizio del secolo scorso, Freud affermava: "Le idee inconsce continuano ad esistere anche dopo essere state represses, nella forma di vere e proprie strutture del sistema *Ucs*, e tutto ciò che in quel sistema corrisponde all'affettività inconsca è un potenziale inizio di qualcosa a cui viene impedito di svilupparsi" (1915/1957b, p. 178). Nel mio lavoro sull'affettività inconsca (implicita), ho affermato che gli affetti corporei sono "il centro della comunicazione empatica", e che "la regolazione delle sensazioni consce e inconsce si trova al centro della fase clinica" (Schore, 1994). Mitrani (2007) dice: "Io penso che l'atto di introiettare il paziente sia l'aspetto più difficile del nostro lavoro, perché non ha a che fare con una buona o una cattiva preparazione da parte del terapeuta, essendo un atto totalmente inconsco governato da fattori inconschi" (p. 834). Maroda (2005) pone ai terapeuti una domanda su un problema clinico fondamentale: "Come mettersi in relazione empatica con emozioni che non vengono espresse?" (p. 136). Io risponderei che gli affetti inconschi possono essere meglio compresi se vengono considerati come affetti dissociati e non repressi, e che la repressione, che arriva in un secondo momento, è collegata all'inibizione degli affetti che l'emisfero destro opera su quello sinistro. La dissociazione invece, più precoce, riflette una disregolazione degli affetti a seguito di una *dis-integrazione* dell'emisfero destro stesso.

Nonostante quest'argomento sia molto controverso, le neuroscienze hanno ormai dimostrato "la predominanza dell'emisfero destro nell'elaborazione di *emozioni inconsce negative*" (Sato e Aoki, 2006). Altri studi documentano "una reazione corticale a *pericoli soggettivi inconschi*" (Carretie, Hinojosa, Mercado e Tapia, 2005). Ad esempio, ricerche neurobiologiche sui meccanismi di sopravvivenza dimostrano in modo chiaro che il sentimento della paura "non è necessariamente conscio; si può avere una reazione di paura anche senza essere pienamente consapevoli di essere spaventati. [...] Come per le emozioni stesse, l'accresciuto ricordo di esperienze emotive può agire a un livello relativamente subconscio, senza che ci sia una vera consapevolezza" (Price, 2005, p. 135)

Gli studi di neurobiologia dimostrano anche che l'emisfero corticale destro è totalmente responsabile "dell'elaborazione delle immagini del Sé, anche quando queste immagini non vengono percepite a livello conscio" (Theoret et al., 2004, p. 57). Profondi cambiamenti psicoterapeutici alterano le immagini del Sé sia consce che inconsce, associate a modelli di attaccamento interni non-conschi. Sia le emozioni negative inconsce che le immagini inconsce del Sé sono elementi molto importanti nel processo psicoterapeutico, soprattutto nei casi più gravi di psicopatologie del Sé.

Dunque, la funzione fondamentale del cervello destro "nell'elaborazione inconscia di stimoli emotivi" e nella "comunicazione emotiva" è strettamente pertinente con i recenti modelli clinici di un "inconsco affettivo" e di un "inconsco relazionale", per mezzo dei quali "una mente inconscia riesce a comunicare con un'altra mente inconscia" (Schore, 2003a). In molte mie pubblicazioni ho descritto in modo dettagliato il ruolo delle comunicazioni fra due emisferi destri in ambito intersoggettivo, comunicazioni che sono insite nell'alleanza terapeutica (Schore, 1994, 2002a, 2005a, 2007). Questa trasmissione ultrarapida di comunicazioni affettive corporee durante le transazioni di attaccamento fra paziente e terapeuta (così come fra madre e neonato), avvengono al di sotto dei livelli di consapevolezza conscia di entrambi i componenti della diade.

Un'altra area di estremo interesse interdisciplinare è l'auto-regolazione delle emozioni. La regolazione degli affetti viene di solito definita come l'insieme di processi di controllo attraverso i quali noi influenziamo, in modo conscio e volontario, sia le nostre emozioni che il modo in cui le esprimiamo a livello comportamentale. Tuttavia, "la maggior parte della nostra vita psicologica si svolge a un livello non-conscio [...] Svartati sistemi mentali non-conschi svolgono la maggior parte del lavoro durante l'auto-regolazione di un individuo, tenendolo fermamente collegato al suo ambiente" (Bargh e Chartrand, 1999, p. 462). Greenberg afferma: "Questo campo non ha ancora posto un'adeguata attenzione ai processi di regolazione impliciti e relazionali" (2008, p. 414). Applicando questi concetti alla psicoterapia, Ryan nota: "Ricercatori e professionisti sono arrivati a riconoscere i limiti di un approccio esclusivamente cognitivo quando si vogliono studiare le origini e la regolazione del comportamento umano" (2007, p. 1).

Molti dati fanno pensare che, per le funzioni umane di sopravvivenza, la regolazione inconsca degli affetti sia più importante della regolazione conscia delle emozioni (Schore, 1994, 2003a, 2003b, 2007). Scienziati e medici concordano sul fatto che questa capacità adattiva essenziale si evolve in precoci esperienze di attaccamento:

Durante lo sviluppo, l'acquisizione di un senso del Sé, che sia contemporaneamente fluido e solido, dipende dal modo in cui si raggiunge la capacità di regolare gli affetti e la competenza affettiva. [...] Quando questi schemi di interazione interpersonale vengono sviluppati con successo, creano stabili fondamenta per la regolazione degli affetti relazionali, che vengono interiorizzati in modo non-verbale e inconsco. In questo modo vengono rese possibili ulteriori transazioni interpersonali, ad un livello sempre più alto di sviluppo del Sé e di maturità interpersonale. (Bromberg, 2006, p. 32)

I processi dell'emisfero destro durante lo sviluppo: la neurobiologia interpersonale dell'attaccamento sicuro

Per riassumere i più recenti aggiornamenti della moderna teoria dell'attaccamento (Schore e Schore, 2008), possiamo dire che lo scopo principale del primo anno della vita umana è quello di creare un legame di attaccamento sicuro fra il neonato e chi si prende cura di lui. L'attaccamento sicuro dipende dalla sensibilità della madre e dalla sua sintonizzazione psicobiologica con le continue variazioni degli stati di eccitamento del neonato. Attraverso le comunicazioni visive-facciali, uditive-prosodiche e tattili-gestuali, la madre e il bambino imparano a vicenda le strutture ritmiche l'uno dell'altro, e modificano il loro comportamento per adattarlo a quelle strutture, e in questo modo creano insieme una "interazione fatta su misura". Coerentemente con i modelli di comunicazione non-conscia di cui abbiamo appena parlato, gli studiosi dello sviluppo, così descrivono questo tipo di comunicazione non-verbale intersoggettiva:

Le comunicazioni preverbalì [...] sono il regno del comportamento intuitivo non consciamente regolato, e della conoscenza relazionale implicita. Se le informazioni vengano trasmesse o condivise, quali informazioni vengano recepite, o a quale livello vengano "comprese", sono tutte questioni che non dipendono necessariamente dalle intenzioni o dalla consapevolezza conscia del "mittente". (Papoušek, 2007, p. 258)

Durante queste comunicazioni affettive corporee, la madre sensibile sincronizza gli schemi comportamentali spaziotemporali della sua stimolazione sensoriale esogena con le espressioni spontanee dei ritmi organici endogeni del neonato. Tramite queste reazioni reciproche, la madre può valutare le espressioni non-verbali dell'eccitamento interno del bambino e i suoi stati affettivi, può regolarli e ritrasmetterglieli. Per riuscire a fare tutto questo, la madre deve essere capace di modulare i picchi non ottimali di stimolazione, sia quelli troppo alti che quelli troppo bassi, che rischierebbero di indurre nel neonato livelli di estremo ipereccitamento o, al contrario, un livello di eccitamento troppo basso.

Nei momenti ludici in cui c'è sincronia degli affetti, la diade si trova in una fase di risonanza affettiva, che a sua volta procura un'amplificazione della vitalità degli affetti e degli stati positivi. Nei momenti di riparazione interattiva, la madre sensibile che si sia de-sintonizzata, riesce a risintonizzarsi nei tempi e nei modi appropriati, e in questo modo può regolare gli stati negativi del bambino.

Il processo di regolazione della sincronia affettiva, che crea stati di eccitamento positivo, e la riparazione interattiva che modula gli stati di eccitamento negativo, sono le basi su cui si costruiscono l'attaccamento e tutte le emozioni ad esso associate, e la resilienza di fronte allo stress e alla novità è un indicatore molto affidabile della sicurezza dell'attaccamento (Schore, 2005b).

Queste capacità adattive sono fondamentali nei due processi di regolazione del Sé: la *regolazione interattiva*, cioè la capacità di regolare in modo flessibile gli stati emotivi psicobiologici in contesti di interconnessione con altri esseri umani, e l'*autoregolazione*, che avviene in contesti autonomi e indipendenti dalla presenza di altri esseri umani. Secondo Pipp e Harmon, "è possibile che [...] tutti noi siamo biologicamente connessi alle persone con le quali abbiamo rapporti stretti. [...] La regolazione omeostatica fra i componenti di una diade è un aspetto delle relazioni intime che rimane costante per tutta la vita" (1987, p. 651). Il meccanismo evolutivo dell'attaccamento, e la regolazione interattiva delle emozioni, rappresentano dunque la sincronizzazione biologica sia fra organismi diversi che all'interno di uno stesso organismo (Bradshaw e Schore, 2007).

In linea con le precedenti affermazioni, secondo cui le esperienze emotive dell'attaccamento durante i periodi cruciali dello sviluppo facilitano una maturazione dei circuiti cerebrali di regolazione dell'emotività (Schore, 1994), i neuroscienziati ora asseriscono:

La madre funge da regolatore dell'ambiente socio-emotivo durante i primi stadi di sviluppo post-natale [...] Le sottili interazioni che regolano l'emotività, che ovviamente possono alterare i livelli di attività cerebrale in modo transitorio o permanente, [...] possono avere un ruolo chiave durante la costruzione e il mantenimento dei circuiti del sistema limbico. (Ziabreva, Poeggel, Schnabel e Braun, 2003, p. 5334)

È ormai appurato che i circuiti limbici del sistema nervoso centrale umano (SNC) mielinizzano essenzialmente durante il primo anno e mezzo di vita, e che l'emisfero destro – fondamento connesso al sistema limbico – nello stesso periodo subisce uno sviluppo enorme e repentino (Bogolepova e Malofeeva, 2001; Chiron et al., 1997; Geschwind e Galaburda, 1987; Gupta et al., 2005; Howard and Reggia, 2007; Moskal, Kroes, Otto, Rahimi, e Claiborne, 2006; Sun et al., 2005; Trevarthen, 1996).

L'emisfero destro ha anche strette connessioni con il sistema nervoso autonomo involontario (SNA), che controlla gli organi interni, gli effettori della pelle e il sistema cardiovascolare. Conosciuto anche con il nome di sistema nervo-

so vegetativo, dal latino *vegetare* (cioè animare, vivificare), esso è all'origine di quella che Stern chiama "la vitalità degli affetti" (1985). Tramite il circuito vagale destro della regolazione delle emozioni, "l'emisfero destro – incluse le sue strutture corticali e subcorticali – favorirebbe un'efficiente regolazione delle funzioni autonome attraverso i nuclei sorgente del tronco encefalico" (Porges, Doussard-Roosevelt e Maiti, 1994, p. 175). Le esperienze di attaccamento che regolano gli affetti influiscono in particolare sui circuiti autonomi limbici e corticali di un emisfero cerebrale in via di sviluppo (Cozolino, 2002; Henry, 1993; Schore, 1994; 2005b; Siegel, 1999). Per tutta la vita, i modelli interni funzionanti delle relazioni di attaccamento, immagazzinate nell'emisfero destro, codificano strategie di regolazione degli affetti che guidano l'individuo a livello non-conscio nei contesti interpersonali.

Le prime ipotesi (Schore, 1994) sono ormai suffragate dalle attuali ricerche, che hanno osservato come le aree limbiche destre responsabili della regolazione delle funzioni autonome e dei processi cognitivi più complessi, siano coinvolte nella "costruzione di legami sociali", e siano "parte di quell'insieme di circuiti che sorreggono le reti sociali umane"; gli studi hanno anche dimostrato che "l'assoluto predominio dell'emisfero cerebrale destro si instaura già nelle prime fasi post-natali della vita" (Allman, Watson, Tetreault e Hakeem, 2005, p. 367). Lenzi e altri ricercatori (2009), in un loro studio molto recente sulle comunicazioni emotive fra madre e figlio, presentano alcuni dati ricavati da uno studio su imaging a risonanza magnetica funzionale, che "convalidano la teoria secondo la quale l'emisfero destro è coinvolto nell'elaborazione delle emozioni e nell'allevamento di un bambino molto più dell'emisfero sinistro" (p. 1131). A ulteriore conferma di questo modello teorico, Minagawa-Kawai (2009) riporta uno studio su una spettroscopia al vicino-infrarosso di un attaccamento fra madre e bambino di 12 mesi, e conclude: "i nostri risultati coincidono con quelli di Schore (2000), che aveva sottolineato l'importanza dell'emisfero destro nel sistema di attaccamento" (p. 289). Riassumendo questi dati, Rotenberg conclude:

Le principali funzioni dell'emisfero destro, [...] la capacità di concepire la realtà come un insieme unitario; l'attaccamento emotivo verso la madre (Schore, 2003); la regolazione del comportamento di indietreggiamento nelle situazioni opportune (Davidson e Cacioppo, 1992); l'integrazione fra affetti, comportamento e attività autonoma (Schore, 2003), sono le funzioni fondamentali della sopravvivenza (Saugstad, 1998), e per questa ragione sono le prime a svilupparsi. (2004, p. 864)

I processi dell'emisfero destro durante lo sviluppo: la neurobiologia interpersonale dei traumi dell'attaccamento

Durante il periodo di massima crescita cerebrale (dall'ultimo trimestre di gravidanza fino al secondo anno di vita), la disregolazione dell'eccitamento relazionale dovuta a traumi preclude le già menzionate comunicazioni dell'attaccamento visive-facciali, uditive-prosodiche e tattili-gestuali, e altera lo sviluppo delle funzioni fondamentali dell'emisfero destro. Al contrario di quanto avviene in uno scenario ottimale di attaccamento, in un ambiente relazionale che inibisce la crescita, la madre può indurre nel bambino stati traumatici e persistenti di affettività negativa. Una madre con questo tipo di comportamento è inavvicinabile, e reagisce in modo inappropriato e/o respingente alle espressioni delle emozioni e dello stress del proprio figlio, mostrando quindi una partecipazione minima e imprevedibile ai vari processi di regolazione dell'eccitamento. Invece di modulare i livelli di stimolazione, la madre provoca picchi estremi di eccitamento, molto alti in caso di abuso, e molto bassi in caso di abbandono. Poiché la madre non fornisce alcuna riparazione interattiva, gli stati affettivi di intensa negatività del bambino possono durare anche per lunghi periodi di tempo. Questi deficit delle funzioni materne riflettono esteriormente gli stessi stati interni di stress e di eccitamento disregolato della madre.

Gli studi di psicofisiologia sul comportamento materno umano, incentrati però sul bambino, indicano chiaramente che:

Lo stress è un fattore importante che può influenzare le interazioni sociali, e soprattutto quelle fra madre e figlio. Le madri, durante episodi stressanti della vita, sono meno sensibili, più irritabili, più critiche e più severe. [...] Oltretutto le madri stressate mostrano meno calore e flessibilità nelle interazioni con i loro bambini. [...] In definitiva, lo stress sembra essere un fattore che ha il potere di danneggiare seriamente il rapporto con i figli, e abbassare la qualità delle interazioni fra madre e figlio. (Suter, Huggenberger e Schachinger, 2007, p. 46)

Gli studi di cui sopra dimostrano che tutto questo influenza il sistema nervoso autonomo della donna, e danneggia soprattutto il suo emisfero destro. Prendendo in considerazione l'altro lato della diade madre-neonato, molti studi interdisciplinari dimostrano che la reazione psicobiologica del bambino ad uno stress traumatico oscilla fra due schemi comportamentali ben distinti: l'ipereccitamento e la dissociazione. Lo stadio iniziale è l'ipereccitamento, uno stadio in cui il rifugio sicuro della madre diventa improvvisamente una minaccia, facendo scattare un

allarme nell'emisfero destro del bambino, e provocando in lui una reazione di sgomento, dato che l'emisfero destro è il luogo sia del sistema di attaccamento che del sistema della paura. Quest'agente materno di stress attiva l'asse dello stress ipotalamo-ipofisi-surrene del bambino, suscitando così un repentino incremento di dispersione dell'energia ad opera delle componenti simpatiche del sistema nervoso autonomo del bambino, e provocando un significativo aumento della pressione sanguigna e della frequenza cardiaca e respiratoria – espressioni somatiche di uno stato psicobiologico disregolato e ipermetabolico di paura/terrore.

Lo stadio successivo conseguente ad un trauma relazionale è la dissociazione, con la quale il bambino opera un distacco dagli stimoli del mondo esterno – sono stati descritti bambini traumatizzati mentre “guardavano nel vuoto con occhi vitrei.” Questo stato dominante parasimpatico di conservazione/arretramento si verifica in situazioni di stress senza via d'uscita, nelle quali una persona diventa inibita e cerca di distogliere da Sé l'attenzione diventando “invisibile” (Schore, 1994, 2001). Lo stato di chiusura dissociativa metabolica è un processo di regolazione primario, usato in tutte le fasi della vita, con il quale un individuo sottoposto a stress si disimpegna passivamente per poter risparmiare energia, aumentando la sopravvivenza con una sorta di finzione della morte, e riducendo al minimo il consumo di risorse grazie all'immobilità. In tale stato ipometabolico, c'è un decremento del battito cardiaco, della pressione sanguigna e del ritmo della respirazione, mentre aumenta il livello degli oppiacei endogeni che attutiscono il dolore. Questo meccanismo parasimpatico (vagale) di risparmio delle energie provoca quel “profondo distacco” noto come dissociazione, una strategia metabolica che serve a fronteggiare quello che Porges chiama “un pericolo di vita.” (1997).

In realtà nel midollo del tronco encefalico si trovano due sistemi parasimpatici vagali. Il complesso ventrale vagale regola velocemente il flusso cardiaco in uscita, per facilitare un impegno e disimpegno fluido con l'ambiente sociale, e produce schemi comportamentali rapidi e transitori associati a dolore acuto e sgradevolezza, tutti aspetti di un legame di attaccamento sicuro di comunicazione emotiva. Poi c'è l'attività del complesso dorsale vagale, che è associato agli stati emotivi intensi e all'immobilizzazione, ed è responsabile dell'ipoeccitamento e della soppressione del dolore derivante dalla dissociazione (vedi figura 3.1). Lo stato di un bambino traumatizzato, che passa istantaneamente da un ipereccitamento simpatico ad una dissociazione parasimpatica, è stato così descritto da Porges (1997):

Si tratta di un'improvvisa e rapida transizione da una fallimentare strategia di lotta che richiede una potente attivazione simpatica, ad uno stato di immobilità metabolicamente conservativa che imita la morte, collegato al complesso dorsale vagale. (1997, p. 75)

Porges (1997) descrive uno schema tipico, involontario e spesso duraturo, di deflusso dal nucleo dorsale vagale. Questo prolungato stato di attivazione parasimpatica dorsale vagale giustifica la lunga durata degli stati di “vuoto” associati al distacco dissociativo patologico (Allen, Console e Lewis, 1999), e spiega anche quelle che Bromberg (2006) chiama “interruzioni” dissociative della realtà soggettiva, “spazi” che circondano gli stati del Sé, e che quindi interrompono la coerenza fra gli stati di intensa affettività. Di queste “interruzioni” si parla molto anche nella letteratura psicanalitica dello sviluppo. Winnicott (1958) notò che un particolare insuccesso da parte della madre nel partecipare all'ambiente causa una discontinuità nel bisogno del bambino di “continuare-ad-esistere”; e Kestenberg (1985) si riferisce a quelle “interruzioni” come a dei “punti morti” nell'esperienza soggettiva del bambino, una definizione operativa della restrizione della consapevolezza data dalla dissociazione.

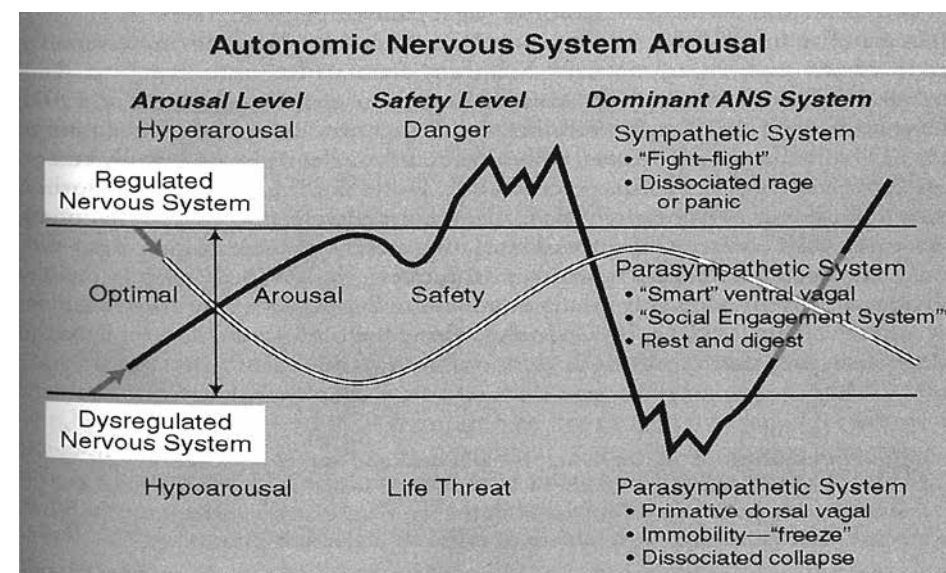


FIGURA 3.1. Schemi dinamici di eccitamento autonomo regolato e disregolato. Da Wheatley-Crosbie, 2006; adattato da Levine, 1997, Porges, 2006 e Ogden, 2006.

In tutti i momenti della vita, la dissociazione viene concettualizzata come “una parte fondamentale della psicobiologia della reazione umana ai traumi: un’attivazione protettiva di stati alterati di coscienza in risposta a traumi psicologici insopportabili” (Loewenstein, 1996, p. 312).

La dissociazione nei neonati è stata studiata con la procedura del volto immobile, un paradigma sperimentale per casi di abbandono traumatico. In questa procedura il bambino si trova a fronteggiare una fonte di notevole stress relazionale: la madre mantiene un contatto visivo col bambino, ma reprime improvvisamente ogni espressione verbale, e sospende tutti i gesti e le espressioni facciali che possano comunicare emozioni. Tutto ciò porta a un incremento del comportamento interattivo del bambino, e del suo eccitamento. Secondo Tronick (2004), la paura e la confusione del bambino per questa interruzione delle connessioni, sono accompagnate alla percezione di qualcosa di “minaccioso”. Questo tipo di reazione allo stress è quindi seguita da espressioni del viso tristi, tentativi di evitare lo sguardo, indietreggiamento, comportamento di auto-consolazione, perdita di controllo posturale, e infine collasso fisico.

Cosa ancora più interessante, questo comportamento va di pari passo con una “dispersione dello stato di coscienza del bambino”, e con una diminuzione delle capacità auto-organizzative che riflette una “disorganizzazione di molti degli stati psicobiologici di livello più basso, così come dei sistemi metabolici.” Tronick (2004) fa notare che i bambini con un passato di croniche interruzioni delle connessioni, mostrano “uno stato estremamente patologico” di apatia emotiva. Tronick paragona questo stato ai casi ospedalieri di Spitz, alle scimmie isolate di Harlow, ai bambini introversi di Bowlby, e agli orfani rumeni che non riescono a crescere e svilupparsi. Questi bambini adottano la strategia comunicativa di “stare lontani, non connettersi”. È una posizione difensiva che viene sviluppata molto presto nella vita, insieme alla dissociazione patologica cronica associata a perdita di attivazione ventrale vagale e stati predominanti parasimpatici dorsali vagali.

Parallelamente agli studi sul paradigma del volto immobile, le odierne ricerche sull’attaccamento sottolineano il collegamento fra un comportamento materno che incute paura, la dissociazione e l’attaccamento disorganizzato del bambino (Schuengel, Bakermans-Kranenburg e Van Ijzendoorn, 1999). Hesse e Main (1999) fanno notare che la disorganizzazione e il disorientamento dell’attaccamento di tipo “D”, associato ad abuso e abbandono, somiglia fenotipicamente agli stati dissociativi. In un altro loro studio più recente, Hesse e Main osservano che, quando una madre entra in uno stato dissociativo, si ingenera nel bambino uno stato di allarme e di paura. Questo stato dissociativo della madre

si esprime così: “il genitore si blocca improvvisamente e in modo istantaneo, le palpebre a mezz’asta e gli occhi fissi, nonostante intorno ci sia del movimento; lui o lei si rivolge al bambino con un tono di voce alterato, alzandolo e abbassandolo continuamente” (2006, p. 320). Nel descrivere questo stato di paralisi, Hesse e Main scrivono:

La madre sembra essere diventata totalmente insensibile all’ambiente che la circonda, se non addirittura ignara di esso, inclusi i comportamenti fisici e verbali del bambino [...] Abbiamo osservato una madre rimanere immobile, seduta in una posizione scomoda e innaturale, con le mani in alto, che guardava nel vuoto per 50 secondi. (p. 321)

In uno studio su un EEG di un bambino di 5 mesi mentre guardava un “volto inespressivo”, Bazhenova e altri ricercatori hanno notato un incremento dell’attività vagale “nell’area posteriore temporale destra del cranio, e nelle aree anteriori destre. [...] Quest’osservazione prova quanto sia importante il ruolo dell’emisfero destro nell’elaborazione delle informazioni provenienti da un volto inespressivo” (2007, p. 73).

Durante questi episodi di trasmissione intergenerazionale dei traumi dell’attaccamento, il bambino si adegua alle strutture ritmiche degli stati di eccitamento disregolato della madre. Questa sincronizzazione viene registrata negli schemi di attivazione delle regioni cortico-limbiche del cervello destro sensibili allo stress, che hanno il controllo della sopravvivenza e delle reazioni allo stress (Schore, 1994; Wittling, 1995). Adamec, Blundell e Burton (2003) parlano delle scoperte sul “ruolo della neuroplasticità dei circuiti limbici dell’emisfero destro nel veicolare cambiamenti durevoli dell’affettività negativa, a seguito di stress brevi ma intensi” (p. 1264). Gadea, Gomez, Gonzalez-Bono, Espert e Salvador (2005) concludono che un’esperienza molto intensa “potrebbe interferire con i processi di elaborazione dell’emisfero destro, ed eventualmente provocare danni nel caso venga raggiunto un determinato punto critico” (p. 136). Ricordiamo che le aree corticali destre e le loro connessioni con le strutture subcorticali destre, durante le prime fasi dello sviluppo umano si trovano in un periodo cruciale di grande crescita. In quel periodo, l’enorme stress psicobiologico, associato a traumi dell’attaccamento disregolato, prepara il terreno all’uso caratteriologico della dissociazione patologica del cervello destro inconscio in tutte le fasi successive dello sviluppo umano.

I processi dell'emisfero destro nella psicopatogenesi: la neurobiologia della dissociazione patologica

Nella letteratura neuropsicanalitica, Watt asserisce: "Se i bambini crescono con esperienze di separazione, di angoscia, di paura e di rabbia, andranno incontro ad uno sviluppo gravemente patogeno, non solo dal punto di vista psicologico, ma anche da quello neurologico" (2003, p. 109). Ricerche neurobiologiche su pazienti con un passato di traumi relazionali, dimostrano anche una continuità, lungo tutta la loro vita, dell'espressione di questa primitiva forma di difesa e di autoregolazione. È ormai appurato che gli abusi subiti nella prima infanzia alterano in particolar modo la maturazione del sistema limbico, dando origine ad alterazioni neurobiologiche, che fanno a loro volta da substrato biologico per un gran numero di patologie psichiatriche. Esse includono instabilità affettiva, inefficace tolleranza dello stress, deterioramento della memoria, disturbi psicosomatici e stati dissociativi (Schore, 2001, 2002b).

Spitzer e altri ricercatori hanno studiato una stimolazione transcraniale magnetica fatta su persone adulte, e scrivono: "In individui predisposti alla dissociazione, un trauma percepito ed elaborato dall'emisfero destro porterà a un'alterazione nelle funzioni integrate della consapevolezza" (2004, p. 168). Grazie ad alcune ricerche sulla risonanza magnetica funzionale, Lanius (2005) dimostra la massiccia attivazione dell'emisfero destro nei pazienti affetti da disturbo da stress post-traumatico, durante i loro momenti di dissociazione. Lanius conclude che i pazienti si dissociano per sfuggire ad emozioni soverchianti associate al ricordo traumatico, e che la dissociazione può essere definita come una reazione non-verbale a un ricordo traumatico.

Molti studi stanno attualmente esaminando l'evoluzione di un sistema regolatorio che è stato danneggiato nel periodo dello sviluppo, e tutti questi studi forniscono altrettante prove del fatto che le aree orbitofrontali corticali e limbiche dell'emisfero destro (cingolato anteriore, insula, materia grigia periacqueduttale, amigdala), sono fondamentali nei casi di deficit mentali e fisici associati a reazioni dissociative patologiche (Schore, 2003a, 2000b, 2009). Questo emisfero, molto di più di quello sinistro, è fortemente e reciprocamente interconnesso con le regioni limbiche di elaborazione delle emozioni, e con le aree subcorticali che generano sia l'eccitamento che gli aspetti emotivi autonomi (simpatici e parasimpatici) delle emozioni (vedere Figura 3.2). L'attività del sistema nervoso simpatico si manifesta con una grande partecipazione all'ambiente esterno, e con un alto livello di mobilitazione e utilizzo di energia, quando invece la componente parasimpatica regola il disimpegno dall'ambiente esterno e utilizza bassi

livelli di energia interna (Recordati, 2003). Negli stati traumatici di dissociazione patologica, queste componenti del SNA sono disgiunte fra loro.

In linea con l'attuale cambio paradigmatico, dalla "fredda percezione" all'importanza della "calda affettività" fisica, le ricerche mediche sulla dissociazione si stanno focalizzando sulla "dissociazione somatoforme", risultato di una traumatizzazione precoce. Essa si manifesta con una mancata integrazione fra esperienze sensomotorie, reazioni e funzioni individuali di rappresentazione del Sé (Nijenhuis, 2000). Così "gli individui con distacco dissociativo, sono avulsi non solo dall'ambiente che li circonda, ma anche dal loro stesso Sé – dal loro corpo, dalle loro azioni e dal loro senso di identità" (Allen et al., 1999, p. 165). La corteccia insulare anteriore destra, che integra le funzioni somatosensoriali e autonome in grado di generare una consapevolezza viscerale degli stati emotivi soggettivi (Craig, 2004; Critchley et al., 2004), durante la dissociazione viene disattivata (Lanius et al., 2010). Questi dati indicano che le funzioni dell'emisfero cerebrale destro, il luogo del "Sé emotivo" o del "Sé corporeo", sono state danneggiate (Devinsky, 2000). Crucian e altri ricercatori hanno parlato di una "dissociazione fra la valutazione emotiva di un evento e la reazione fisiologica a quello stesso evento, un processo che dipende dalle funzioni intatte dell'emisfero destro" (p. 643).

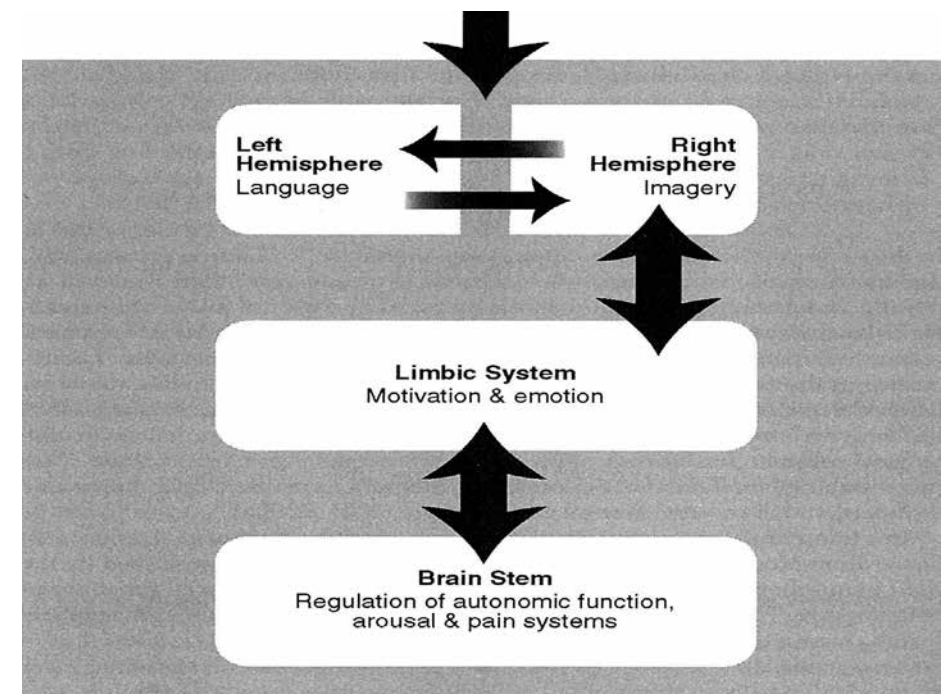


FIGURA 3.2 Asse verticale dei circuiti dell'emisfero destro corticali-subcorticali limbici-autonomi e conseguenti connessioni nell'emisfero sinistro.

McGilchrist (2009) afferma che la dissociazione, “una relativa ipofunzione dell’emisfero destro”, si manifesta come “una sensazione di essere esclusi – e spesso un desiderio di essere esclusi – dai sentimenti di qualcun altro e dall’esistenza fisica, una perdita di profondità emotiva e di capacità empatica, una frammentazione del senso del Sé” (p. 406).

Io ho prodotto alcune prove interdisciplinari che indicano che il Sé implicito, cioè la mente umana inconscia, si trova nell’emisfero cerebrale destro (Schore, 1994, 2003b, 2005a). I livelli subcorticali più bassi del suddetto emisfero (l’inconscio profondo), contengono tutti i principali sistemi motivazionali (inclusi l’attaccamento, la paura, la sessualità, l’aggressività, il disgusto, ecc.), e da essi dipendono le espressioni somatiche autonome e l’intensità dell’eccitamento di tutti gli stati emotivi. Quando il loro funzionamento è ottimale, i livelli orbitofrontali limbici più alti dell’emisfero destro generano uno stato emotivo conscio, che esprime l’affettività di tutti i sistemi motivazionali (Schore, 1994). Questo sistema gerarchico prefrontale svolge un’essenziale funzione adattiva motivazionale – la transizione relativamente fluida degli stati corporei interni in risposta ai cambiamenti dell’ambiente esterno, che vengono valutati a livello non-conscio in modo da risultare in qualche modo significativi (Schore, 1994).

D’altra parte, la dissociazione patologica – risultato duraturo di precoci traumi relazionali – si manifesta anche come un sistema maladattivo, altamente difensivo, rigido e chiuso, un sistema che reagisce a livelli anche bassi di stress intersoggettivo, provocando un ipoeccitamento parasimpatico dorsale vagale e una decelerazione del battito cardiaco. Questo fragile sistema inconscio è soggetto a collasso metabolico mente-corpo, e quindi ad una perdita di connettività sinaptica all’interno dell’emisfero destro, che si manifesta in un’improvvisa implosione del Sé implicito e in un’interruzione della continuità del Sé. Questa *dis-integrazione* dell’emisfero destro e il collasso del Sé implicito sono segnalati dall’amplificazione degli stati parasimpatici di vergogna e disgusto, e dalla sensazione di essere senza speranza e senza via d’uscita. Siccome l’emisfero destro veicola le comunicazioni e la regolazione degli stati emotivi, la frattura dell’intersoggettività è accompagnata da un’immediata scomparsa del senso di sicurezza e di fiducia.

La dissociazione dunque riflette l’incapacità dell’asse verticale del sistema-Sé implicito corticale-subcorticale (vedere lato destro della figura 3.2) di riconoscere ed elaborare stimoli esterni (le informazioni esterocettive che arrivano dall’ambiente relazionale), e di integrarli attimo per attimo negli stimoli interni (le informazioni interocettive che arrivano dal corpo, dai marcatori somatici,

dalle “esperienze vissute”). Questa mancata integrazione fra emisfero destro superiore ed emisfero destro inferiore provoca l’improvviso crollo contemporaneo di soggettività e intersoggettività. Stati emotivi stressanti e dolorosi, associati a livelli di eccitamento particolarmente alti o bassi, non vengono recepiti al livello conscio, ma rimangono nella memoria implicita nella forma di affetti disregolati dissociati inconsci (Schore, 2009).

Questo modello di trauma relazionale descrive i meccanismi psiconeurobiologici che sono alla base della concettualizzazione della dissociazione di Janet. Come hanno scritto van der Kolk, Weisaeth e van der Hart:

Janet ha suggerito che quando le persone provano “*emozioni impetuose*”, le loro menti potrebbero diventare incapaci di associare le loro *esperienze spaventose* a schemi cognitivi già esistenti. Il risultato è che i ricordi delle esperienze non possono essere integrati nella coscienza personale e, al contrario, essi vengono dissociati e separati dalla coscienza e dal controllo volontario [...] Un estremo *eccitamento emotivo* dà origine all’impossibilità di integrare ricordi traumatici [...] Le tracce mnemoniche del trauma permangono come “*idee fisse*” inconscie che non possono essere scacciate [...], e continuano a intromettersi sotto forma di percezioni terrificanti, preoccupazioni ossessive ed esperienze somatiche. (1996, p. 52, corsivo mio)

Kalsched, in alcuni suoi studi clinici (2005, p. 174), descrive i processi dissociativi difensivi usati dai bambini durante le esperienze traumatiche, tramite i quali “l’affettività nel corpo è recisa dalle sue immagini corrispondenti nella mente, e quindi un significato insopportabilmente doloroso viene cancellato.” Tutti ormai sono d’accordo nell’affermare che “stress traumatici subiti nell’infanzia possono portare a un’auto-modulazione degli affetti dolorosi, distogliendo l’attenzione dagli stati emotivi interni” (Lane, Ahern, Schwartz e Kaszniak, 1997, p. 840). L’emisfero destro è predominante non solo nella regolazione degli affetti, ma anche nell’attenzione (Raz, 2004), nell’affettività negativa (Davidson e Cacioppo, 1992), e nell’elaborazione del dolore (Symonds, Gordon, Bixby e Mande, 2006). Dunque la strategia di dissociazione del cervello destro rappresenta l’ultima linea di difesa per bloccare la consapevolezza conscia del dolore emotivo. Se i traumi precoci vengono percepiti come una “catastrofe psichica”, la strategia di autoregolazione della dissociazione si manifesta come un “distacco da una situazione intollerabile”, “una sottomissione e una rassegnazione ad un pericolo estremo e inevitabile, e perfino fisicamente mortale”, e “l’ultima risorsa strategica difensiva” (Schore, 2009).

I processi dell'emisfero destro nella psicoterapia: L'affettività inconscia, il transfert e il processo primario

All'inizio di questo capitolo ho scritto che la regolazione degli affetti, sia consci che inconsci, è un meccanismo fondamentale del processo psicoterapeutico di cambiamento. Tutti i modelli di terapia ormai considerano la disregolazione affettiva come una condizione inevitabile di qualunque disturbo psichiatrico (Taylor, Bagby e Parker, 1997), inclusi i disturbi della personalità (Sarkar e Adshead, 2006), e quindi tutti i modelli condividono l'obiettivo comune di migliorare l'efficacia dei processi emotivi di regolazione del Sé (Beauregard, Levesque e Bourgouin, 2001). Per quanto riguarda la teoria della regolazione, i meccanismi di difesa sono forme di regolazione emotiva per evitare, minimizzare o trasformare affetti difficili da tollerare. Il trattamento, soprattutto quello di precoci e gravi psicopatologie, si deve occupare non solo degli affetti consci disregolati, ma anche delle difese di sopravvivenza che proteggono il paziente da esperienze cosce di affettività fortemente negativa e dolorosa – la dissociazione, appunto. Questa strategia difensiva estrema rappresenta dunque il principale ostacolo per gli aspetti emotivi-motivazionali del processo di cambiamento in una psicoterapia (Schoore, 2007). Questo concetto medico è supportato da ricerche che dimostrano che i pazienti con attaccamento insicuro si dissociano come reazione alle emozioni negative che si presentano durante una psicoterapia psicodinamica, producendo in questo modo risultati terapeutici meno favorevoli (Spitzer, Barlow, Freyberger e Grabe, 2007).

Altri studi molto importanti dicono: “Mentre l'emisfero sinistro si occupa di gran parte dei comportamenti linguistici, l'emisfero destro si occupa di aspetti comunicativi molto più ampi” (Van Lancker e Cummings, 1999, p. 95). Incorporando questi dati nei modelli teorici di regolazione del processo psicoterapeutico, ho descritto l'importanza delle comunicazioni non-verbali implicite fra emisferi destri (espressioni facciali, prosodia, gestualità) nelle transazioni affettive inconsce di transfert-controtransfert, un fattore essenziale nel trattamento di psicopatologie gravi, e un meccanismo comune in tutte le forme di psicoterapia. Tutti questi dati interdisciplinari e i modelli clinici aggiornati, mi portano a concludere che, in un trattamento, l'emisfero destro svolge una funzione cruciale, e che la psicoterapia non è la “cura della parola”, ma la cura della regolazione e della comunicazione degli affetti (Schoore, 2005a).

I medici descrivono ormai il transfert come “uno schema prestabilito di correlazione e risposta emotiva, innescato da qualcosa nel presente, ma che spesso rievoca stati affettivi e pensieri che possono avere le loro radici più nelle espe-

rienze passate che in quelle presenti” (Maroda, 2005, p. 134). In parallelo, le neuroscienze stanno dimostrando che l'emisfero destro è fortemente coinvolto nell'elaborazione inconscia degli stimoli emotivi (Mlot, 1998), e che

L'emisfero destro conserva le rappresentazioni degli stati emotivi associati ad eventi vissuti da una persona. Quando quella persona si trova in uno scenario familiare, l'emisfero destro riporta alla luce le rappresentazioni delle passate esperienze emotive, che vengono così inglobate nei processi di ragionamento. (Shuren e Grafman, 2002, p. 918)

Con diretto riferimento alle comunicazioni di transfert-controtransfert, Howard e Reggia affermano: “L'emisfero destro sviluppa una specializzazione nelle funzioni cognitive di origine antica, mentre quello sinistro si specializza nelle funzioni di origine più moderna” (2007, p. 121).

Un chiaro esempio di funzione cognitiva antica è il sistema di percezione del processo primario che nasce durante l'infanzia, ancor prima del processo secondario. Russ, in un suo studio psicologico (2000-2001), conclude: “il processo primario è una sottospecie di percezione affettiva, costituito da un contenuto nei confronti del quale il bambino ha provato le sue prime intense sensazioni [...] Le attuali espressioni del processo primario potrebbero riflettere queste precoci codifiche di affetti e percezioni” (p. 31). Rifacendomi agli attuali modelli relazionali e di comportamento, ho asserito che le comunicazioni fra due emisferi destri rappresentano l'interazione fra il processo primario inconscio del paziente e quello del terapeuta (Schoore, 1994), e che la percezione del processo primario è il principale meccanismo comunicativo dell'inconscio relazionale.

Grazie a Dorpat abbiamo fatto significativi progressi nella nostra comprensione dei processi dinamici dell'inconscio relazionale. Dorpat stessa (2001) descrive “la comunicazione del processo primario.” Facendo una sorprendente similitudine con le comunicazioni dell'attaccamento, lei afferma che: il sistema del processo primario è immediatamente e direttamente coinvolto nella percezione; esso analizza, regola e comunica le relazioni dell'individuo con l'ambiente; questa comunicazione non-verbale include sia i movimenti del corpo (la postura, la gestualità, le espressioni facciali, il tono di voce), sia la sequenza, il ritmo e l'enfasi delle parole che vengono pronunciate; e infine, che la sua principale funzione è quella di fare valutazioni inconsce, rapide e automatiche degli eventi che coinvolgono il Sé e gli altri. Dorpat nota che “le comunicazioni dei processi primario e secondario sono presenti nelle normali conversazioni, nelle quali

le comunicazioni oggettive ed effettive vengono trasmesse tramite il significato delle parole pronunciate (processo secondario), e le informazioni affettive e oggettive-relazionali vengono trasmesse principalmente tramite la comunicazione del processo primario” (p. 451).

A proposito della psicoterapia, i neuroscienziati dicono che “l’emisfero destro lavora sulla libera associazione e sul processo primario, come è stato osservato durante le fasi di sogno o di fantasticheria” (Grabner, Fink e Neubauer, 2007, p. 228). Gli studi neurobiologici sul cervello diviso, condotti da Galin (1974) e Hoppe (1977), hanno stabilito che l’emisfero destro genera la percezione del processo primario, laddove invece quello sinistro genera la percezione del processo secondario. Martindale e Hasenfus (1978) sono stati i pionieri nello studio psicologico di questi due modelli esecutivi, e hanno dimostrato che la percezione logica e analitica del processo secondario produce livelli medi di eccitamento corticale, mentre il processo primario produce livelli alti oppure bassi di eccitamento (vedere Figura 3.3).

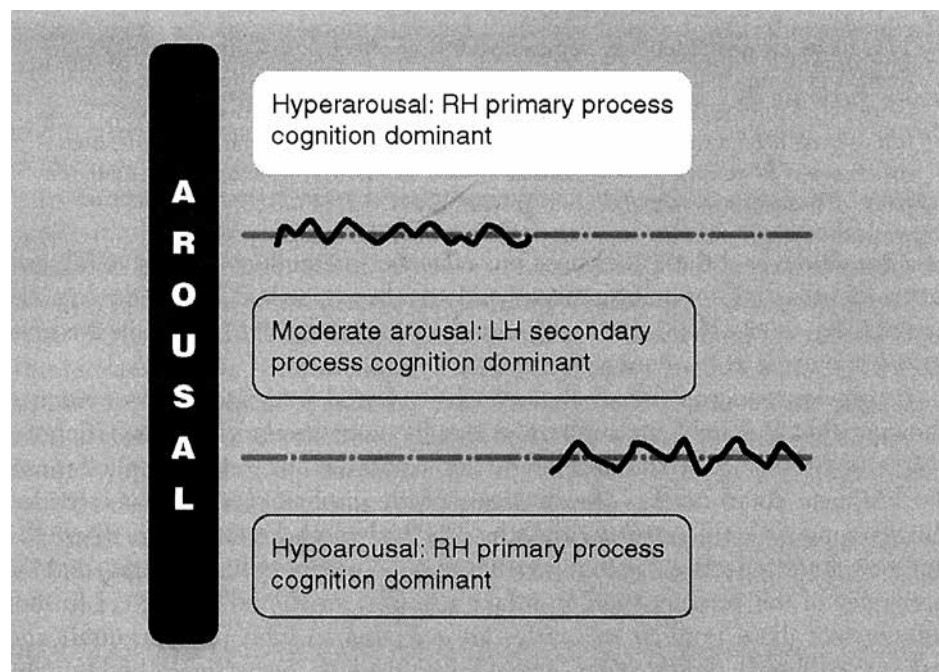


FIGURA 3.3. Correlazione fra i processi primario e secondario e l'eccitamento

I processi dell’emisfero destro in psicoterapia: messa in atto, disregolazione dell’eccitamento autonomo e dissociazione

Con un occhio al processo terapeutico, Dorpat (2001) ha concettualizzato il processo primario e quello secondario, definendoli sistemi paralleli e relativamente indipendenti, atti alla ricezione, all’elaborazione, all’immagazzinamento e alla comunicazione delle informazioni, e affermando anche che, a seconda dei diversi contesti, l’uno o l’altro prendono il sopravvento. In particolare, le funzioni del processo primario prevalgono “nell’attivazione e disattivazione di alcuni schemi; nell’eccitamento e nella regolazione di affetti specifici; nell’avvio di attività difensive e adattive utili a fronteggiare l’evento che in quel momento viene elaborato; nelle comunicazioni non-verbali. Il soggetto potrebbe indifferentemente essere consapevole oppure no dell’esistenza di questo processo inconscio” (p. 450).

Le comunicazioni non-verbali di transfert-controtransfert fra i processi primari di due emisferi destri, predominano soprattutto in contesti stressanti di messa in atto clinica. Ginot (2007, p. 317) ha dato un grande contributo all’integrazione fra modelli clinici e dati neurobiologici, e afferma: “Sempre di più la messa in atto viene vista come una potente manifestazione del processo intersoggettivo, e come un’espressione inevitabile di complessi e *inconsci stati del Sé e schemi di comportamento relazionali*” (corsivo mio).

Concordando con le prime affermazioni neuropsicanalitiche (Schoore, 1997), e a supporto della tesi cardine di questo capitolo, Ginot osserva:

Considerare la messa in atto come un trasmettitore di affettività, riflette la crescente consapevolezza che il contenuto esplicito, le interpretazioni verbali e il semplice atto di riportare alla luce i ricordi sono mezzi curativi insufficienti. [...] Essendo un’intensa manifestazione del coinvolgimento transfert-controtransfert, la messa in atto sembra in grado di dare origine a processi interpersonali interiori capaci di stimolare l’integrazione e la crescita. (2007, pp. 317-318)

Ginot conclude che queste “interazioni affettive inconscie” “riportano alla luce, e di conseguenza alterano, i ricordi impliciti e i tipi di attaccamento.” Ricordiamo l’ipotesi che avevano fatto Stern e altri studiosi (1998), secondo la quale la “conoscenza relazionale implicita” facente parte dell’area non-verbale è il nucleo del cambiamento terapeutico.

In un mio studio neuropsicanalitico di qualche tempo fa, ho riportato prove interdisciplinari che dimostrano che l’emisfero destro è il luogo della memoria implicita (Schoore, 1999). Parlando proprio di questo ruolo svolto dall’emisfero destro,

Mancia (2006) fa notare: “la scoperta della memoria implicita ha ampliato il concetto di inconscio, e convalida l’ipotesi che l’emisfero destro sia il luogo in cui vengono immagazzinate le esperienze emotive e affettive – a volte traumatiche – presimboliche e preverbalì delle relazioni fra madre e neonato” (p. 83). Io ho aggiunto che questi ricordi impliciti vengono codificati e trasformati in stati di alto o basso eccitamento (ipereccitamento o ipoeccitamento). Questi due stati sono caratterizzati, rispettivamente, da ricordi corporei di estremi e disregolati incrementi autonomi della componente simpatica con grande dispersione di energia (accelerazione del ritmo cardiaco), e da un estremo decremento dei livelli della componente parasimpatica con grande risparmio di energia (decelerazione del ritmo cardiaco). Il concetto di ricordi impliciti dipendenti dallo stato di eccitamento, si può applicare ad ognuno di questi due stati: raggiungere un particolare stato corporeo è necessario per poter accedere ad alcuni affetti, ad alcuni comportamenti e ad alcune percezioni.

Spesso si sorvola sul fatto che gli affetti riflettono uno stato interiore dell’individuo, e che hanno una dimensione edonica e *una dimensione dell’eccitamento (intensità ed energia)* (Schoore, 1994). Molti studi hanno dimostrato che l’emisfero destro è generalmente più importante del sinistro nell’attivazione dei sistemi dell’eccitamento (Heilman, 1997; Meadows e Kaplan, 1994), ed è oltretutto più capace di operare in situazioni di ridotto eccitamento (Casagrande e Bertini, 2008). Il cervello destro è superiore anche nell’elaborazione dell’eccitamento emotivo e nelle reazioni automatiche agli stimoli emozionali (Gainotti, Caltagirone e Zoccolotti, 1993), e viene influenzato dalla reazione di eccitamento fisico indotto da stress (Critchley et al., 2004). Al contrario della “ansiosa apprensione” dell’emisfero sinistro, che si manifesta con ansia, preoccupazione, cogitazione verbale e tensione muscolare, “l’eccitamento ansioso” dell’emisfero destro provoca stati di panico e sintomi somatici quali respiro corto, tachicardia, vertigini, sudorazione e sensazione di soffocamento. In quest’ultimo stato, la parte destra del cervello controlla continuamente l’ambiente esterno per trovare eventuali minacce, ed “esercita un controllo gerarchico sulle funzioni autonome e somatiche per difendersi da quelle minacce” (Nitschke, Heller, Palmieri e Miller, 1999, p. 635).

In stati in cui l’ipereccitamento dell’emisfero destro è a dominante simpatica, provocando così un grande dispendio di energia e un’affettività negativa, i livelli di eccitamento sono così elevati da interferire con la capacità dell’individuo di inserirsi adattivamente nell’ambiente sociale. Bromberg (2006) collega i traumi subiti in qualunque fase della vita all’ipereccitamento autonomo, “un caotico e terrificante diluvio di affetti in grado di minacciare la sanità mentale, e di mettere in pericolo la sopravvivenza psicologica” (p. 33).

Per contro, stati in cui l’emisfero destro è a dominante parasimpatica, l’ipoeccitamento risparmia energia, e genera un’affettività negativa molto intensa. In questo

tipo di stato, i livelli di eccitamento sono estremamente bassi, tanto da interferire con la capacità dell’individuo di disimpegnarsi adattivamente dall’ambiente sociale. Dunque, traumi relazionali subiti nelle prime fasi di vita, riattivati dalla messa in atto del transfert-controtransfert, si manifestano in un ipereccitamento disregolato autonomo, associato ad affettività a dominante simpatica (terror panico, rabbia e dolore) e aumento del ritmo cardiaco (tachicardia), oppure si manifestano in un ipoeccitamento disregolato autonomo, con affettività a dominante parasimpatica (vergogna, disgusto e disperazione assoluta) e rallentamento del ritmo cardiaco (bradicardia).

Per visualizzare questo concetto, nella Figura 3.4 la zona centrale rappresenta le operazioni di entrambi gli emisferi cerebrali negli stati di eccitamento moderato. Il processo secondario dell’emisfero sinistro è predominante negli stati di affettività neutra e di bilanciamento autonomo. Nella figura osserviamo che il riquadro centrale dell’affettività neutra (piacevole), si trova fra il riquadro (superiore) dell’ipereccitamento simpatico che ha grande dispendio energetico e strette connessioni con l’ambiente esterno, e il riquadro (inferiore) dell’ipoeccitamento affettivo a dominante parasimpatica con bassa dispersione di energia e disimpegno dall’ambiente esterno (Recordati, 2003).

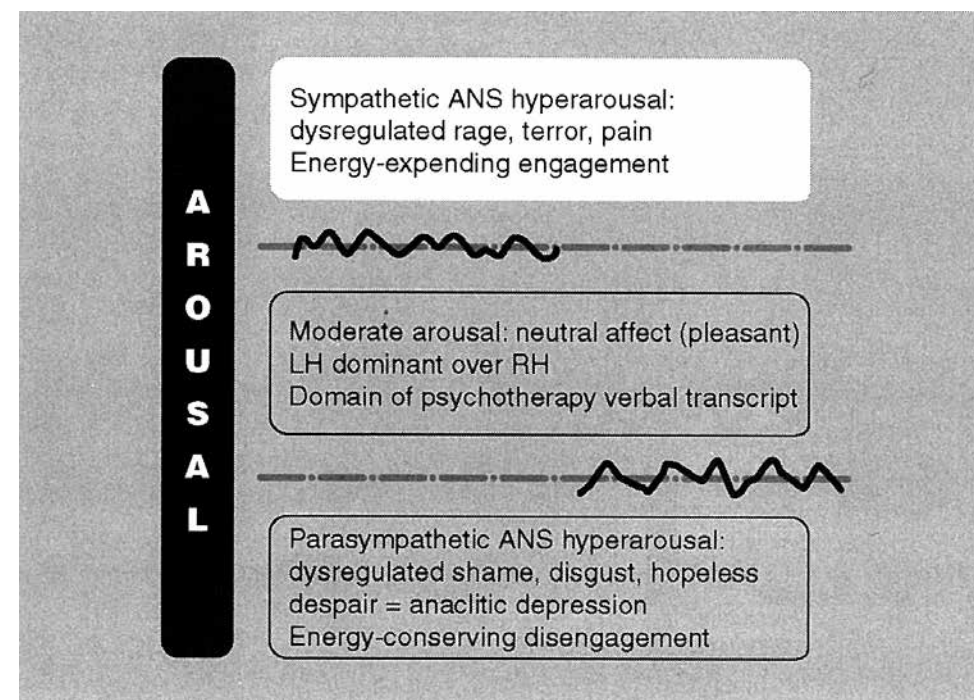


FIGURA 3.4. Affettività associata a ipereccitamento cerebrale simpatico e ipoeccitamento parasimpatico.

Riferendoci al modello polivagale di Porges (1997, vedere Figura 3.5), lo stato di ipereccitamento simpatico elabora situazioni di pericolo, mentre invece lo stato di ipoeccitamento dorsale vagale controlla le situazioni di minaccia alla sopravvivenza (vedi Schore, 2009). Ricordiamo che lo sviluppo di queste due aree psicobiologiche di reazione allo stress è direttamente influenzato dalle esperienze di attaccamento disregolato (abuso e abbandono). Questi ricordi impliciti, impressi nell'emisfero destro, delle reazioni di ipereccitamento o di ipoeccitamento dissociativo in seguito a traumi relazionali precoci, vengono riportati a galla durante il transfert-controllotransfert.

Un lavoro clinico su questa messa in atto diadica implica non solo un profondo impegno da parte dei partecipanti alla seduta terapeutica, ma anche un forte coinvolgimento emotivo da parte del terapeuta (Tutte, 2004).

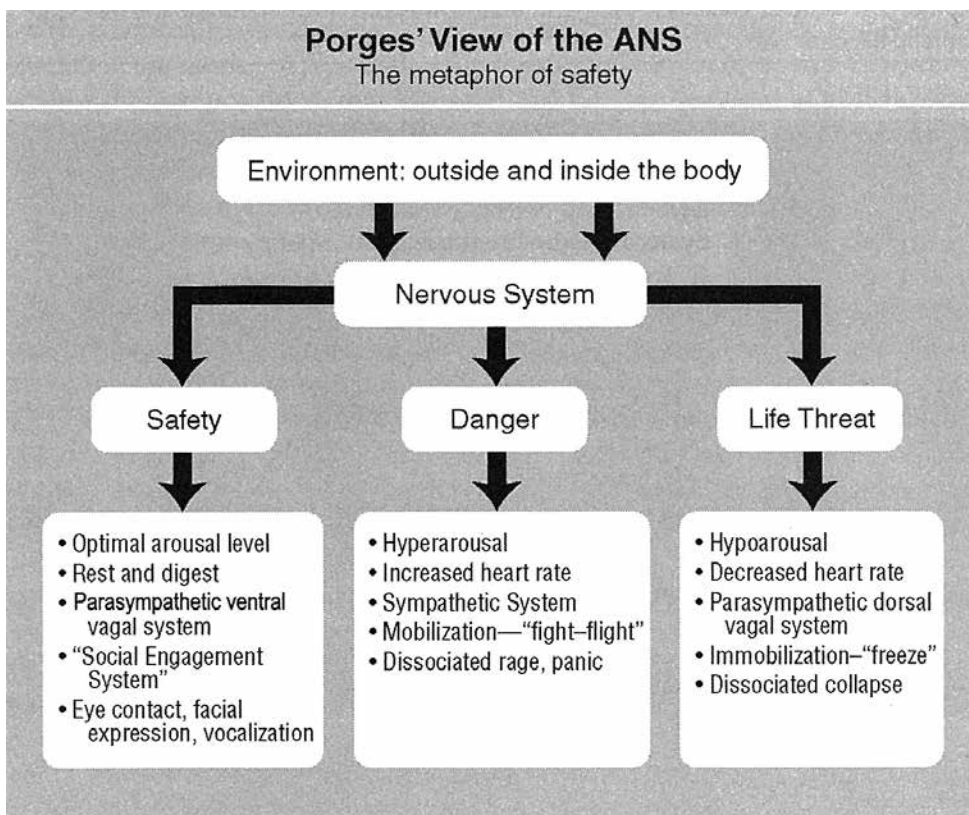


FIGURA 3.5. Modello polivagale di Porges.
Da Wheatley-Crosbie (2006), adattato da Porges, 2006.

In questi contesti fortemente stressanti, la tolleranza affettiva del terapeuta è un fattore cruciale per determinare la gamma, il tipo e l'intensità delle emozioni che vengono analizzate, o negate, nella relazione di transfert-controllotransfert all'interno di un'alleanza terapeutica (Schore, 2003b).

Uno dei principi generali di questo trattamento è che un terapeuta sensibile ed empatico può permettere al paziente di rielaborare gli affetti disregolati e trasformarli *in stati affettivamente tollerabili in un contesto ambientale sicuro, e in questo modo le sensazioni traumatiche più opprimenti possono essere regolate e integrate nella vita emotiva del paziente*. Bromberg (2006), concordando con Ogden (2005), ha anche fatto notare che la relazione terapeutica "deve dare un'impressione di sicurezza, ma non di assoluta sicurezza. Se anche fosse possibile instaurare una relazione perfettamente sicura, e non lo è, non ci sarebbe spazio per alcuna sorpresa [...]". (p. 95). Questo tipo di relazione agisce *ai margini estremi di regolazione della finestra di tolleranza degli affetti* (Figura 3.6), quelli che Lyons-Ruth chiama le "linee di faglia" dell'esperienza del Sé, dove "le negoziazioni interattive hanno fallito, gli obiettivi non sono stati raggiunti, gli affetti negativi sono rimasti irrisolti, e hanno luogo i conflitti" (2005, p. 21).

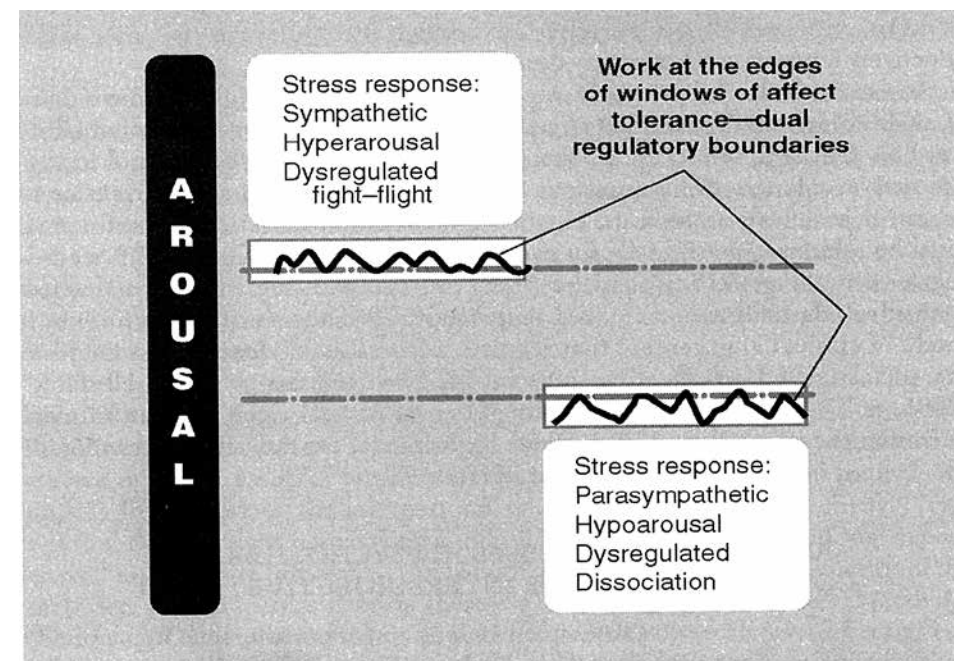


FIGURA 3.6. Margini di regolazione estremi delle finestre di tolleranza emotiva.
Adattato da Ogden, Minton e Pain, 2006.

Nella Figura 3.6, notiamo l'espressione "finestre di tolleranza emotiva." C'è una differenza con il noto concetto di "finestra di tolleranza", che descrive quella gamma di livelli di eccitamento ottimali che sostengono la percezione del processo secondario (conscio, verbale, esplicito), e le attività motorie striatali (azione volontaria; comportamento controllato palese).

Queste funzioni "cognitive e comportamentali" dipendono da un livello medio di eccitamento, più che da livelli alti o bassi, rappresentati dalla classica "U rovesciata". A livelli di eccitamento molto alti o molto bassi (le due estremità della U rovesciata), le funzioni dell'emisfero sinistro, quali la percezione verbale e l'elaborazione analitica, sono disorganizzate e poco efficienti. Lo stato di elaborazione verbale ottimale e di espressioni comportamentali palesi, rispecchia livelli moderati di eccitamento che sostentano le funzioni emisferiche sinistre. Gli attuali modelli clinici cognitivo-comportamentali basati sull'intuizione, lavorano proprio su quest'ultima gamma di livelli di eccitamento, e sono focalizzati sulle funzioni dell'emisfero sinistro.

L'emisfero destro ha invece una diversa e più ampia gamma di tolleranza dell'eccitamento che alimenta le sue particolari funzioni non-conscie psicobiologiche. Dato che questo sistema può operare in situazioni di eccitamento molto alto e molto basso, può quindi supportare un ampio spettro di funzioni adattive di sopravvivenza e di comunicazione, con livelli molto alti o molto bassi di energia metabolica. In questi due stati estremi e stressanti (le estremità della U rovesciata), le funzioni del cervello sinistro e della mente conscia perdono di efficienza, mentre le funzioni del cervello destro diventano più ordinate ed efficienti, prendendo così il sopravvento su quelle della parte sinistra del cervello. Le "finestre di tolleranza delle emozioni" dell'emisfero destro si riferiscono dunque a una gamma ottimale di eccitamento per differenti affetti positivi e negativi, e differenti stati motivazionali, in cui l'eccitamento varia d'intensità, passando da un livello estremamente alto ad uno estremamente basso. Questa gamma di tolleranza degli affetti si restringe drammaticamente durante quella strategia di offuscamento dell'emotività che è la dissociazione patologica. Ampliare la tolleranza delle emozioni sia positive che negative è uno degli scopi della psicoterapia affettiva descritta in questo capitolo.

Un concetto essenziale, quando si lavora ai limiti delle finestre di tolleranza affettiva, dice che, a un certo punto della terapia, uno stato emotivo minaccioso dissociato deve essere attivato, ma in forma lieve, e correttamente modulato in modo da non scatenare una nuova forma di elusione. "La questione di quando attivare questo stato, e di come trovare la misura corretta che permetta di riparare la dissociazione invece di rinforzarla, deve essere studiata in modo specifico

e diverso per ogni paziente" (Bucci, 2002, p. 787). Secondo Bromberg, "a livello clinico, il fenomeno della dissociazione usata come difesa contro la destabilizzazione del Sé [...] trova il momento di massima rilevanza durante la messa in atto, una modalità di partecipazione che richiede la più profonda sintonizzazione [da parte del terapeuta] con le più nascoste variazioni emotive del terapeuta stesso e del suo paziente" (2006, p. 5). Questa destabilizzazione del cervello destro emotivo durante la messa in atto clinica, può assumere una o due forme: una frammentazione esplosiva da alto eccitamento del Sé implicito, oppure una sua implosione dovuta a eccitamento troppo basso (vedere Figura 3.7).

I processi dell'emisfero destro in psicoterapia: co-costruzione dei campi intersoggettivi

La Figura 3.7 visualizza in parallelo gli schemi di due diverse finestre di tolleranza emotiva: uno rappresenta la finestra di tolleranza degli affetti del paziente, l'altro quella del terapeuta.

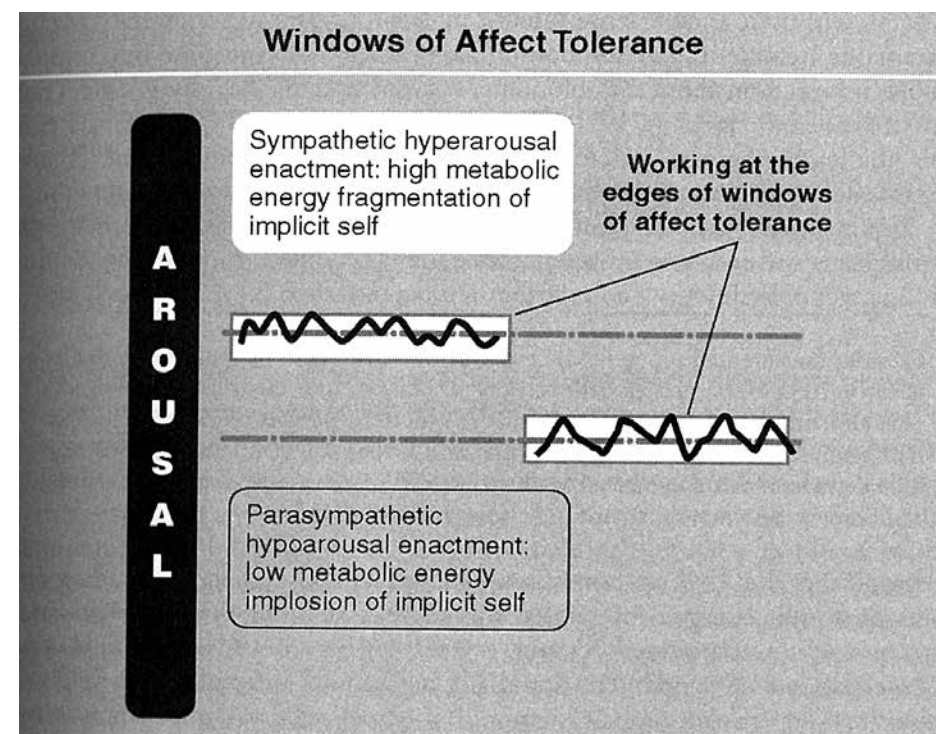


FIGURA 3.7. Psicobiologia delle messe in atto ad alto e basso eccitamento.

Ai margini estremi delle finestre, che corrispondono ai confini della regolazione, il terapeuta empatico e psicobiologicamente sintonizzato, segue e si adatta attimo per attimo, e in modo implicito, agli schemi ritmici crescenti/decrescenti del SNA regolato o disregolato del paziente. Quando i ritmi di paziente e terapeuta sono sincronizzati (rappresentati da variazioni dinamiche oscillatorie all'interno della finestra), e i due si trovano in una fase di risonanza interpersonale, questa "interazione fatta su misura" fra i due emisferi destri genera processi di eccitamento altamente energetici, e la regolazione interattiva degli affetti co-crea reciprocamente un'area intersoggettiva fra le superfici di due piani paralleli.

Il campo intersoggettivo dinamico è stato descritto da Stern (2004) come "il regno delle sensazioni, dei pensieri e delle nozioni che due (o più) persone condividono sulla natura della loro relazione. [...] *Questo campo può essere rimodellato, ci si può entrare e uscire, può essere ampliato o ristretto, reso più o meno chiaro*" (p. 243, corsivo mio). Nel mio studio sulla neurobiologia interpersonale dell'intersoggettività, asserisco che l'emisfero destro è predominante nelle "esperienze emotive soggettive", e che il termine migliore per indicare il "trasferimento di affetti" interattivo fra gli emisferi destri dei membri della diade terapeutica, è "intersoggettività" (Schoore, 1999). Un campo intersoggettivo è più di una semplice interazione di due menti, è un'interazione anche fra due corpi, che, nelle fasi di risonanza affettiva, suscita un'amplificazione e un'integrazione dell'eccitamento sia del SNC che del SNA (vedi capitolo 3 di Schoore, 2003b, sulla comunicazione degli affetti attraverso l'identificazione proiettiva in un campo intersoggettivo).

C'è attualmente un crescente interesse verso il corpo, e verso il modo in cui esso può venire integrato all'interno del trattamento psicoterapeutico. La soluzione potrebbe essere quella di incorporare nei modelli clinici le informazioni sul sistema nervoso autonomo, "il fondo fisiologico della mente" (Jackson, 1931). Questo sistema genera affettività vitale e controlla l'apparato cardiovascolare, gli effettori della pelle e gli organi interni. Le alterazioni, prodotte dallo stress, di questi parametri dinamici psicobiologici, accordano il controtransfert somatico del terapeuta alle comunicazioni non-verbali del paziente, nell'ambito di un campo intersoggettivo co-costruito dai due partecipanti alla seduta. In alcuni miei precedenti lavori sulla psicofisiologia del controtransfert, ho affermato:

I processi controtrasferenziali vengono attualmente definiti come la capacità di riconoscere e utilizzare le qualità sensoriali (visive, uditive, tattili, cinestesiche, olfattive) e affettive delle immagini mentali che il paziente genera nello psicoterapeuta (Suler, 1989). Anche Loewald (1986) sottolinea il fatto che le dinamiche del controtransfert vengono valutate dal terapeuta attraverso l'osservazione delle sue stesse reazioni viscerali agli stati del paziente. (Schoore, 1994, p. 451)

Ricordiamo che il SNA contiene componenti dissociabili sia simpatiche a dispendio energetico, che parasimpatiche a risparmio energetico. Estendendo questo concetto intraorganico ad un ambito interpersonale, si possono co-creare due campi intersoggettivi ben distinti: (1) Un campo intersoggettivo a dominante simpatica, ad alta energia, che elabora ricordi impliciti di transazioni relazionali di attaccamento in situazioni di alto eccitamento (Tavola 3.1); (2) Un campo intersoggettivo a dominante parasimpatica, a bassa energia, che elabora ricordi impliciti di transazioni relazionali di attaccamento in situazioni di basso eccitamento (Tavola 3.1).

Da notare la contrapposizione del transfert-controtransfert somatico nei campi intersoggettivi diadici. Inoltre, la forma delle espressioni del processo primario nell'affettività, nelle percezioni e nel comportamento, è diversa negli stati alterati di ipereccitamento o ipoeccitamento della coscienza. Dunque questi stati di alto e basso eccitamento, associati rispettivamente a terrore e vergogna, mostreranno schemi qualitativamente ben distinti di comunicazione non-verbale del processo primario, di "movimenti del corpo (cinesica), postura, gestualità, espressioni facciali, inflessione della voce, e di sequenza, ritmo ed enfasi delle parole" (Dorpat, 2001, p. 451).

TAVOLA 3.1 Campo Intersoggettivo ad Alta Energia

IPERECCITAMENTO = circuiti ipermetabolici limbico-autonomi del SNC-SNA = dominante simpatica stressante, stati psicobiologici a dispendio energetico.

Messe in atto esplosive diadiche ad alta energia; frammentazione del Sé implicito.

Intersoggettività a dominante simpatica; estremo coinvolgimento nell'ambiente sociale.

Controtransfert somatico verso affetti comunicati ad alto eccitamento, espressi con un aumento del ritmo cardiaco. Focalizzazione su informazioni sensoriali esteroceptive.

Regolazione/disregolazione di stati affettivi ipereccitati (aggressività-rabbia, panico-terrore, eccitazione sessuale, emozione-gioia).

TAVOLA 3.2 Campo Intersoggettivo a Bassa Energia

Ipoeccitamento = circuiti ipometabolici del SNC-SNA = dominante parasimpatica stressante, stati psicobiologici a risparmio energetico.

Messe in atto implosive diadiche a bassa energia; collasso del Sé implicito.

Intersoggettività a dominante parasimpatica; dissociazione/disimpegno dall'ambiente sociale.

Controtransfert somatico verso affetti comunicati a basso eccitamento, espressi con un rallentamento del ritmo cardiaco. Focalizzazione su informazioni interocettive.

Regolazione/disregolazione di stati affettivi ipoeccitati (vergogna, disgusto, rinuncia, disperazione assoluta).

Ricordiamo che l'attività del sistema nervoso simpatico si manifesta in un profondo coinvolgimento con l'ambiente esterno, e con un alto livello di produzione e utilizzo di energia, mentre invece la componente parasimpatica spinge ad un distacco dall'ambiente esterno e utilizza bassi livelli di energia interna. Questo concetto si può applicare non solo al comportamento interpersonale palese, ma anche a quegli stati intersoggettivi più nascosti di coinvolgimento-distacco dall'ambiente sociale, e di unione-separazione fra menti e corpi, e fra mondi interiori.

I recenti modelli del SNA indicano che, nonostante fra i sistemi simpatici e parasimpatici avvenga un'attivazione reciproca, essi sono anche in grado di separarsi e agire in modo indipendente e unilaterale (Schore, 1994). La zona simpatica di ipereccitamento e quella parasimpatica di ipoeccitamento, rappresentano dunque due campi intersoggettivi ben distinti di sintonizzazione psicobiologica, di frattura, e di riparazione interattiva in quello che Bromberg (2006) definisce "collisioni di soggettività" (Figura 3.8).

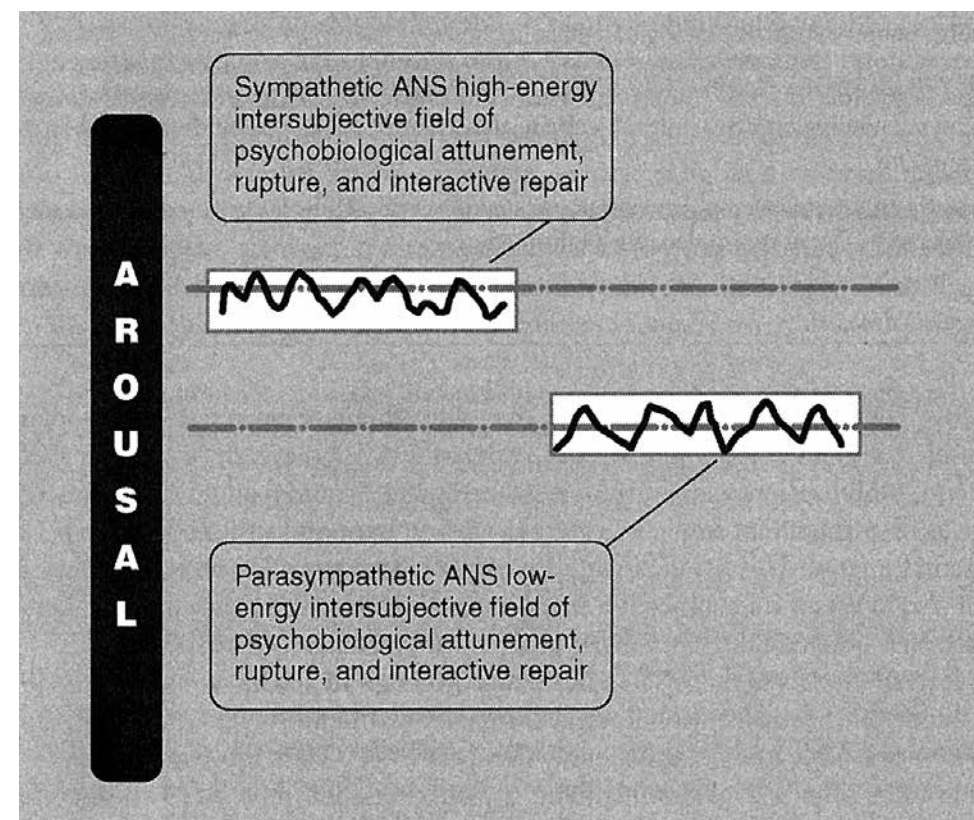


FIGURA 3.8 Campi intersoggettivi ad alta e bassa energia

Processi dell'emisfero destro in psicoterapia: il lavoro clinico nel campo intersoggettivo a bassa energia

È anche necessario notare che, proprio quando i ricercatori che studiano le emozioni hanno iniziato a sottolineare il ruolo degli affetti a dominante simpatica e le motivazioni, i medici hanno iniziato a concentrarsi soprattutto sulla riduzione degli stati di ansia/paura e aggressività/rabbia. Un esempio chiarissimo di questa tendenza, che continua ad essere attuale, è la svalutazione del ruolo degli stati disregolati parasimpatici di vergogna e disgusto, in atto in quasi tutti i modelli di psicoterapia. Analogamente, gli approcci affettivi psicodinamici hanno messo in luce il ruolo degli stati di rabbia e di paura/terrore durante le messe in atto ad alto eccitamento, e la conseguente frammentazione esplosiva del

campo intersoggettivo ad alta energia e del Sé implicito. Il risultato di ciò è stato una perdita di importanza del campo intersoggettivo a bassa energia a dominante parasimpatica. Questo costituisce un problema, perché la dissociazione parasimpatica, “un distacco da una situazione insostenibile”, è sempre associata a dinamiche parasimpatiche di vergogna e disgusto. Due fra i più importanti teorici della vergogna, Gershon Kaufman (1989) e Michael Lewis (1992), hanno ipotizzato che i disturbi dissociativi rappresentino una patologia del Sé basata essenzialmente su una vergogna inconfessata (quindi implicita). Mi piacerebbe ora esporre alcune mie riflessioni su questi due potenti emozioni negative che vengono alla luce nel campo intersoggettivo a basso eccitamento.

Nel mio primo lavoro esposi l’idea che uno stato parasimpatico di vergogna, che è un’emozione con una forte componente visiva e percepito soggettivamente come “una spirale verso il basso”, rappresenti una repentina variazione da un ipereccitamento simpatico ad alto dispendio energetico, a un ipoeccitamento parasimpatico (dorsale vagale) ad alto risparmio energetico (Schore, 1991). Nel mio libro del 1994 ampliai questa teoria, presentando un modello di sviluppo delle origini dell’emozione sociale primaria della vergogna nelle dinamiche di socializzazione, che si instaurano durante il secondo anno di vita. A circa 14 mesi,

Il bambino, in uno stato attivo, iperstimolato e ipereccitato, di gioia ed euforia ascendenti, mette in mostra tale stato durante un ricongiungimento con il genitore. Nonostante la sua aspettativa di uno stato affettivo positivo condiviso con il genitore psicobiologicamente sintonizzato, e nonostante un’amplificazione diadica dell’affettività positiva provocata dallo stato euforico e gioioso, il bambino si trova inaspettatamente ad affrontare una de-sintonizzazione affettiva riscontrabile dall’espressione del volto del genitore, e questo shock causa un improvviso calo dell’affettività narcisistica. Il bambino viene dunque a trovarsi in uno stato molto intenso di basso eccitamento, che ancora non è in grado di autoregolare. Questa rapida transizione da un preesistente stato edonico positivo ad alto eccitamento, ad uno stato edonico negativo a basso eccitamento dà origine alla vergogna. (Schore, 1994, p. 203).

Nello stesso libro, riportai svariate osservazioni sulla vergogna fatte da ricercatori e clinici, con l’intento di descrivere quei fattori concomitanti autonomi e dolorosi dell’emozione non-verbale della vergogna, inclusa la sua veloce (ri) emersione nel campo intersoggettivo, durante un momento di frattura provocato dalla de-sintonizzazione delle comunicazioni dell’attaccamento fra paziente e terapeuta. In tutte le fasi della vita, le transazioni relazionali de-sintonizzate del-

la vergogna provocano: una riluttanza ad incrociare gli sguardi (Tomkins, 1963), una tendenza a nascondere il viso “per evitare di essere guardati, o per sfuggire allo sguardo di un’altra persona” (Wright, 1991, p. 30), e uno stato di arretramento (Lichtenberg, 1989). Sotto la lente del “microscopio della vergogna”, che amplifica ed espande quest’affettività negativa (Malatesta-Magai, 1991), i difetti più visibili, gravati dagli aspetti più indesiderabili del Sé, vengono esposti (Jacobson, 1964). “E’ come se qualcosa che cerchiamo di tenere nascosto, improvvisamente venisse alla luce, visibile a tutti” (Izard, 1991, p. 332). La vergogna pone sotto un “riflettore” l’individuo (Lynd, 1958), il quale prova così “un senso di disagio, unito all’impellente bisogno di scomparire alla vista degli altri” (Frijda, 1988, p. 351), e ad “un impulso di nascondere il viso, o di sprofondare nel terreno, proprio lì e in quel preciso istante” (Erikson, 1950, p. 223). La vergogna provoca nella persona il desiderio di “strisciare in un buco”, facendola addirittura sentire come se “volesse morire” (Lewis, 1971, p. 198).

L’improvvisa e repentina scomparsa, in seguito a uno shock, dell’affettività positiva, seguita da un senso di onnipotenza, è stata fenomenologicamente rappresentata con un vortice – la rappresentazione visiva di una spirale (Potter-Effron, 1989) – o come una “perdita”, un “deflusso” nel foro di scarico al centro dell’essere umano (Sartre, 1957, p. 256). L’esperienza conscia soggettiva di questo tipo di affetto è dunque una repentina, inaspettata e rapida transizione da quello che Freud (1957) chiama “narcisismo primario” – la sensazione di essere “il centro dell’universo” – a quello che Sartre (1957) ha descritto come una “frattura nel mio universo”, provocata appunto dalla vergogna (Schore, 1994, p. 208). Sottolineiamo anche le alterazioni percettive e fisicamente dolorose dell’emisfero destro, che sono foriere dell’implosione del Sé implicito e danno origine a uno stato di disimpegno passivo.

Sylvan Tomkins (1963), un pioniere delle scienze dell’affettività, ha contrapposto il dolore associato allo stato simpatico di terrore, a quello dello stato parasimpatico di vergogna:

Benché il terrore abbia che fare con la vita e la morte, e l’angoscia renda questo mondo una valle di lacrime, è la vergogna a colpire più a fondo l’animo umano. Il terrore e l’angoscia fanno male, sono ferite inflitte dal mondo esterno, che strappano l’esile superficie del nostro ego; ma la vergogna viene percepita come un tormento interiore, una malattia dell’anima. Non fa alcuna differenza se si viene umiliati dalle risate di scherno di qualcun altro, o se siamo noi stessi la causa della nostra vergogna. In qualunque caso, ci sentiamo nudi, sconfitti, estraniati, senza alcuna dignità o valore. (p. 118)

Dunque, la disregolazione cronica del campo intersoggettivo a basso eccitamento può essere anche più dolorosa di quella del campo intersoggettivo ad alto eccitamento. Ulanov (2001) descrive così il riemergere, durante la relazione terapeutica, delle esperienze traumatiche nel rapporto madre-figlio che producono “un’assenza del Sé”:

Il fallimento del supporto ambientale a questo livello provoca una mutilazione. Clinicamente, ho riscontrato che, in una lesione di questo tipo, la comunicazione ci mette molto tempo ad arrivare, e quando arriva è inesprimibile. Il transfert-controtransfert comunica un’agonia che le parole non possono esprimere, perché la ferita è stata inferta prima della comparsa della parola. Un senso di desolazione riempie lo spazio fra analista e paziente; la disperazione permea l’atmosfera, eclissando ogni speranza di guarigione. La diade terapeutica si trova in un mondo in disfacimento, ed entrambi sentono morire la speranza che in quel mondo possa crescere qualcosa. (p. 69)

Ribadiamo che il collasso del Sé implicito e il conseguente distacco dal mondo esterno, vengono espressi non in modo attivo, ma passivo, e potrebbero essere molto tenui. In un contesto di risonanza intersoggettiva, l’implosione si manifesta in molti modi: a livello affettivo, tramite un’amplificazione degli affetti parasimpatici della vergogna e del disgusto; a livello comportamentale, tramite l’entrata in uno stato di conservazione/arretramento, e il tentativo di evitare l’attenzione degli altri e di diventare “invisibile”; a livello cognitivo, tramite la sensazione di essere senza speranza e senza via d’uscita. Sono tutte condizioni comuni nelle esperienze relazionali traumatiche, dall’infanzia in poi. Il campo intersoggettivo a bassa energia può rappresentare per il medico il controtransfert più difficile da sopportare e da riconoscere consciamente, e dunque è un contesto che può facilmente azionare il meccanismo difensivo della dissociazione.

Notando che le dinamiche della vergogna sono nascoste in ambedue i membri della diade terapeutica, Kilborne (2003) conclude: “Noi nascondiamo agli altri la nostra vergogna, perché vogliamo che gli altri siano ciechi davanti a quello che noi stessi non tolleriamo di guardare” (p. 286). Mann (2010) scrive che la vergogna derivante da precoci esperienze traumatiche inconscie, riemerge nell’ambiente clinico, insieme alle difese che dissimulano gli affetti più dolorosi. A causa del timore che uno sguardo sprezzante possa causare una mortificazione, si cerca di giocare d’anticipo ed evitare lo sguardo. Mann conclude che gli scambi di messa in atto nel transfert-controtransfert sono essenziali per penetrare nelle dinamiche traumatiche della vergogna, nonostante essi siano sensibili all’iden-

tificazione proiettiva, che mette in azione la reciproca vergogna in modo da capovolgere la situazione a danno di chi sta provando vergogna in quel momento.

Avendo studiato a fondo il campo intersoggettivo a basso eccitamento, Bromberg (2006) ha osservato che la vergogna si presenta in quei pazienti che “scompaiono” nel momento in cui il discorso va a toccare traumi precoci mai elaborati, e che la vergogna è l’affetto più potente fra quelli che un individuo è incapace di modulare. Utilizzando una prospettiva relazionale per osservare entrambi i componenti di una diade terapeutica, Bromberg conclude:

L’obiettivo più importante, e al contempo più difficile, per un terapeuta, è quello di vigilare sui segni di vergogna dissociata che appaiono sia in se stesso che nel suo paziente – la vergogna viene evocata dal processo terapeutico stesso, in modi che il terapeuta non vorrebbe affrontare. [...] La ragione per cui, durante una terapia, si combatte con messe in atto in apparenza sempre uguali, è che il terapeuta viene trascinato continuamente nella stessa messa in atto, a un livello tale per cui non partecipa all’eccitamento della vergogna. (2006, p. 80).

Broucek (1991) fa notare che, quando il terapeuta elude la sua auto-esposizione, vuole evitare le esperienze di vergogna, ma allo stesso tempo diventa una causa di vergogna per il suo paziente.

L’osservazione forse più acuta è stata fatta da Nathanson:

L’intero sistema psicoterapeutico, come ci è stato insegnato, funzionava solo se sorvolavamo sulla vergogna che procuriamo giorno dopo giorno durante il nostro lavoro psicoterapeutico. [...] E’ diventato chiaro che la società post-Freudiana è stata curata praticamente per qualsiasi cosa, tranne che per la vergogna, e che il livello di gravità dei problemi legati alla vergogna, non diagnosticati e non trattati, è molto più alto di quanto avremmo mai immaginato. (1996, p. 3)

Quest’osservazione è forse anche più valida oggi rispetto a 15 anni fa. Essa implica anche il fatto che nella nostra cultura la vergogna è diventata ancora più “nascosta”; il risultato è che sempre più pazienti presentano una vergogna inconscia e dissociata (un elemento comune nei disturbi narcisistici, nei quali l’emozione cardine non è l’ansia, ma appunto la vergogna).

Questo concetto clinico è stato ripreso in recenti ricerche psichiatriche su pazienti con un passato di traumi (disturbi da personalità borderline). Facendo riferimento alla vergogna dissociata, Rusch e altri studiosi (2007) documentano che questi pazienti manifestano “un’alta predisposizione alla vergogna implicita

o inconscia”, e sono quindi “predisposti ad essere particolarmente vulnerabili o disregolati a livello emotivo” (p. 501). Gli studiosi concludono che il trattamento deve essere indirizzato non solo agli aspetti espliciti della vergogna, ma anche a quelli impliciti, e che “il mancato riconoscimento della vergogna in una relazione fra paziente e terapeuta, e del ruolo cruciale che essa ricopre nelle esperienze interiori del paziente, compromette il successo di qualunque psicoterapia” (p. 506)

Nel mio libro del 1994, ho anche discusso delle origini di un altro affetto parasimpatico che forse viene ignorato ancora più della vergogna: il disgusto, associato a un’elaborazione di tipo olfattivo. Il disgusto, che è un’emozione primaria (Darwin, 1872/1965), si manifesta molto presto nei bambini sotto forma di avversione (Rozin e Fallon, 1987), e di comportamenti di rifiuto ed elusione (Izard, 1991). Kaufman (1989) ci descrive una scena: “Il viso si allontana il più possibile da colui che emana “cattivo odore”, e dall’espressione del viso sembra che voglia sputare la fonte del “cattivo sapore” [...] Allo stesso modo il genitore rifiuta il bambino, come se anche lui avesse un cattivo odore e un cattivo sapore, e il suo viso riflette il suo disgusto” (p. 40). Più avanti nel corso della vita, il disgusto diventa un’emozione cruciale associata a disagio e comportamenti elusivi, una reazione a una minaccia di contaminazione e violazione psicologica. Esso viene scatenato da odori corporali e marciume, morte, prodotti pericolosi e contaminanti, comportamenti sessuali inappropriati, e violazioni dell’integrità del corpo umano (sangue, ferite molto cruente, mutilazioni). Questi stimoli sono associati a traumi relazionali, e sono elementi comuni nei traumi legati all’olfatto. Studiando i vari fattori scatenanti del disgusto, Sarlo, Buodo, Poli e Palomba (2005), hanno riscontrato una specifica attivazione delle aree cerebrali posteriori destre.

Krusemark e Li (2011), in diretto riferimento al concetto di due campi intersoggettivi distinti – uno simpatico a dispendio di energia e uno parasimpatico a risparmio di energia – affermano che gli stati parasimpatici di disgusto, così come gli stati simpatici di paura, vengono associati a minacce alla sopravvivenza, e quindi stimolano nel sistema difensivo umano meccanismi autonomi divergenti. Le loro ricerche dimostrano che il disgusto, a un livello fisiologico autonomo, incrementa la risposta parasimpatica, rallenta il battito cardiaco (bradicardia) e la respirazione, abbassa la pressione sanguigna, e quindi reprime l’attività e dà inizio a uno stato di inibizione e di coping passivo. Per contro, stati simpatici di paura spingono questi sistemi nella direzione opposta, provocando uno stato di eccitazione, di coping attivo, e una reazione “combatti-o-fuggi”. A livello cognitivo, la paura stimola una reazione istantanea di attenzione (ipervigilanza), e amplifica l’acquisizione sensoriale, mentre invece il disgusto provoca l’immediata repressione dell’attenzione visiva e un rifiuto sensoriale. Krusemark

e Li concludono che “le espressioni facciali universali della paura e del disgusto includono opposte proprietà biomeccaniche che modulano i sensori visivi e olfattivi, chiudendo o aprendo occhi e narici a seconda della situazione, aumentando così l’assorbimento sensoriale in caso di paura, e diminuendolo in caso di disgusto” (p. 3434). Gli indici visivi potenziali legati all’evento operano una velocissima distinzione fra paura e disgusto, in circa 96 millesimi di secondo dal momento in cui la situazione si presenta. Questi dati sono direttamente correlati agli aspetti interocettivi ed esterocettivi della paura e del disgusto nelle comunicazioni transfert-controtransfert di vari traumi relazionali.

Rusch e altri ricercatori (2010) hanno notato che il disgusto patologico (disregolato) è associato a disturbi dell’alimentazione, disturbi fobici e ossessivi, schizofrenia, traumi sessuali, disturbo post-traumatico da stress (DPTS), e disturbo della personalità borderline (DPB). Molti dei suddetti disturbi hanno la loro origine nelle psicopatologie dello sviluppo, e nei precoci traumi relazionali. Questi studiosi citano altre ricerche, descrivendo donne affette da DPB che mostrano espressioni facciali di disgusto durante un colloquio sull’attaccamento. Sulla base di questi precedenti lavori, gli studi di Rusch riportano casi di donne con DPB e/o DPTS nelle quali si riscontra un’accresciuta sensibilità al disgusto, e un concetto-Sé implicito più incline a tale affetto negativo. Questi studiosi hanno scoperto che “nei disturbi collegati a traumi, il disgusto sembra incrementarsi a livelli sia impliciti che espliciti”, e ciò conferma l’importanza del disgusto dissociato nel trattamento delle patologie dell’attaccamento. Infatti Rusch e gli altri concludono: “In questi pazienti con esperienze traumatiche, il disgusto può avere un ruolo importante, insieme alla vergogna, all’ansia o alla rabbia, e gli psicoterapeuti dovrebbero provare ad affrontare il disgusto patologico che agisce al di fuori del controllo e della consapevolezza conscia.” Tutto questo lavoro sull’affettività inconscia (implicita) disregolata ha luogo nel campo intersoggettivo a bassa energia della sintonizzazione psicobiologica, della frattura e della riparazione interattiva.

Processi dell’emisfero destro in psicoterapia: la regolazione interattiva degli affetti come meccanismo chiave del processo di cambiamento

Svariati autori hanno descritto tutte quelle sottili attività psicologiche del medico sensibile, che supervisiona la co-creazione di un campo intersoggettivo insieme al suo paziente. Bromberg (2006) descrive così quello stato dell’emisfero cerebrale sinistro da cui il terapeuta deve uscire per poter partecipare alla creazione di questo campo:

Quando [un terapeuta] rinuncia ai suoi tentativi di “capire” il suo paziente, e consente a se stesso di conoscerlo attraverso il campo intersoggettivo che insieme stanno condividendo in quel dato momento, ha luogo un atto di riconoscimento (e non di comprensione), nel quale pensieri e parole affiorano per simboleggiare l’esperienza, invece che per sostituirla. (2006, p. 11)

Questo momento di contatto, e quindi di comunicazione, fra due soggettività è stato definito “un momento di incontro” (Stern, 2004). Il livello e la qualità di questo contatto intersoggettivo sono intimi, diretti e intensi, e vengono descritti perfettamente dall’espressione “profondità relazionale”, definita dunque come:

Una situazione di contatto e partecipazione profondi fra due persone, durante la quale ognuno dei due individui è totalmente sincero nei confronti dell’altro, e in grado di capire e valutare ad un livello molto alto le reciproche esperienze. (Mearns e Cooper, 2005, p. 63)

Per poter ottimizzare questa profonda connessione intersoggettiva, il terapeuta deve arrivare ai limiti delle sue possibilità soggettive; in caso contrario, il paziente non sarà in grado di fare altrettanto (Jung, 1946). Lichtenberg (2001) ha notato che rimanere in comunicazione immediata soggettiva col paziente più a lungo e in modo più intenso, in genere permette di raggiungere un più alto livello di comprensione rispetto a quando ci si concentra sulle cose non dette. Whitehead descrive così l’amplificazione dell’affettività che si riscontra negli strati più profondi dell’inconscio:

Ogni volta che stabiliamo un contatto terapeutico con i nostri pazienti, ci impegniamo in processi profondi che attingono alle forze vitali essenziali dei nostri Sé, e nei Sé di coloro che abbiamo in cura. [...] *Quando le emozioni vengono condivise intersoggettivamente, hanno un’intensità molto più alta e una durata nel tempo più lunga.* Ciò avviene nei momenti di *contatto profondo*. (2006, p. 624, corsivo mio)

Abbiamo già parlato di quel principio fondante della teoria della regolazione, secondo cui una risonanza interpersonale all’interno di un campo intersoggettivo provoca un’amplificazione dello stato. Il conseguente incremento dell’eccitamento co-creato (energia metabolica) permette che gli affetti inconsci ipoeccitati dissociati vengano intensificati, e quindi sperimentati a livello consapevole come uno stato emotivo soggettivo. Questa regolazione interattiva dal basso verso l’alto fa in modo che gli affetti che giacciono al di

sotto della consapevolezza conscia, vengano intensificati e portati alla luce. Dunque “l’inizio potenziale” di un affetto inconscio (Freud, 1915/1957b) viene stimolato e portato in superficie. Secondo Fosha (2005), il meccanismo iniziale del processo di cambiamento è l’alterazione delle “funzioni prevalentemente difensive”, e aggiunge che “la trasformazione dello stato porta a sentire visceralmente i fenomeni affettivi di base all’interno di una diade terapeutica emotivamente coinvolta” (p. 519).

Come in tutte le dinamiche dell’attaccamento, un’amplificazione diadica dell’intensità dell’eccitamento affettivo, generata in un contesto di risonanza di transfert-controtransfert, facilita l’intensificazione del Sé sia del paziente che del terapeuta. Il medesimo meccanismo interpersonale psicobiologico aumenta la durata nel tempo dell’emozione, vale a dire che l’emozione viene “mantenuta” all’interno del campo intersoggettivo abbastanza a lungo da raggiungere la consapevolezza conscia in entrambi i partecipanti a una diade terapeutica psicobiologicamente sintonizzata. Va anche sottolineato che questo processo di regolazione e di amplificazione delle emozioni include un’intensificazione degli stati positivi e negativi nel campo intersoggettivo.

Per avere un ulteriore progresso terapeutico, oltre a un’empatia affettiva, c’è bisogno della sintonizzazione e del contatto profondo: il nucleo psicobiologico del campo intersoggettivo è costituito dal legame di attaccamento della comunicazione emotiva, e dalla regolazione degli affetti. La regolazione/riparazione interattiva psicobiologica degli stati affettivi disregolati, soprattutto inconsci, da parte del terapeuta, è un meccanismo terapeutico fondamentale. Ricordiamo che anche Bucci (2002) ha detto che le emozioni minacciose dissociate devono essere accuratamente regolate. Sands (1994) ha notato che “le difese dissociative servono a regolare le connessioni con gli altri [...] Il paziente dissociativo cerca di mantenere una relazione con l’ambiente umano al livello minimo indispensabile per la sopravvivenza, mentre al tempo stesso ha la necessità di mantenere connessioni più intime, isolate, anche se comunque vive” (p. 149).

Il paziente che ha vissuto precoci situazioni di grave carenza effettiva, utilizza la dissociazione patologica per anticipare una potenziale disregolazione degli affetti, in un certo senso creandosi un trauma prima ancora che esso si manifesti. Nella dissociazione caratterologica, viene iniziata e mantenuta una strategia autoregolativa di disimpegno involontario autonomo, per prevenire contatti intersoggettivi, potenzialmente disregolati, con altre persone. Però mentre il paziente prosegue lungo il suo processo di cambiamento, diventa sempre più capace di rinunciare all’autoregolazione in favore di una regolazione interattiva in situazioni di stress interpersonale. Fosha (2005, p. 527) sottolinea un concetto

importante: “la regolazione diadica degli affetti è un processo cruciale, non solo durante l’infanzia, ma lungo tutta la durata della vita, *a fortiori* quando ci troviamo ad affrontare emozioni (categoriche) di un’intensità tale da sovrastarci, e che in quel momento ci sembrano impossibili da gestire perché vanno oltre le nostre capacità e le nostre risorse.”

Analogamente, Ogden e i suoi colleghi concludono:

La regolazione interattiva psicobiologica (Schore, 1994) fornisce il contesto relazionale nel quale il paziente può mettersi in contatto con le proprie esperienze interiori, descriverle ed eventualmente regolarle in modo sicuro. [...] A provocare il cambiamento degli affetti, è proprio la capacità del paziente di dare il via all’azione in un contesto sicuro, creato dalla regolazione interattiva degli affetti da parte del medico empatico e psicobiologicamente sintonizzato. (2005, p. 22)

Questa regolazione interattiva degli affetti avviene ai confini estremi della regolazione nei campi intersoggettivi ad alto e basso eccitamento.

Bromberg mette in guardia: “una presa di posizione interpretativa [...] durante una messa in atto, non solo è inutile, ma finisce per aggravare la messa in atto e intensificare la dissociazione” (2006, p. 8). Sulla stessa falsariga è anche Maroda: “dare delle interpretazioni quando sono invece richiesti stati affettivi, equivale a un’anti-comunicazione, e il risultato è un peggioramento del paziente” (2005, p. 138). Nel trattamento dei disturbi più gravi, concentrare la terapia sulla regolazione delle emozioni sia cosce che inconsce (dissociate), mette in evidenza il fatto che alla base del processo di cambiamento ci sono i fattori affettivi impliciti non-verbali, ben più dei fattori espliciti verbali cognitivi (introspezione). Un altro tema importante è che il lavoro intersoggettivo della psicoterapia non è definito da quello che il medico fa o dice al paziente (enfasi sull’emisfero sinistro). Piuttosto, il meccanismo chiave è il modo in cui ci si comporta col paziente, soprattutto durante i momenti emotivamente stressanti, nei quali il Sé implicito del paziente si dis-integra in tempo reale (enfasi sull’emisfero destro).

Da notare le somiglianze fra il meccanismo di lavoro ai confini regolatori dell’emisfero destro nei momenti di messa in atto ad intensa affettività, e “il coinvolgimento disciplinato spontaneo”, che si verifica in “un’atmosfera di sicurezza”, di cui parla Lichtenberg:

Il termine “spontaneo” si riferisce ai commenti spesso inaspettati del terapeuta, ai suoi gesti, alle sue espressioni facciali, e alle azioni che si verificano quando le emozioni sgorgano senza che vengano repressi. In apparenza questo tipo di co-

municazioni saltano fuori all’improvviso, senza che siano state pianificate o scelte. Il terapeuta potrebbe esserne sorpreso almeno quanto il paziente. Con la parola “coinvolgimento” ci riferiamo invece alle comunicazioni e alle rivelazioni che sono la base costitutiva della messa in atto, ben più delle risposte programmate. (2001, p. 445)

Anche i “momenti di incontro” di cui parla Tronick, che costituiscono una nuova forma di coinvolgimento nella diade terapeutica, avvengono ai confini della regolazione:

Il terapeuta, nella relazione con il paziente, deve rispondere con qualcosa di specifico, qualcosa che sia indicativo della sua persona e della sua esperienza, e che abbia la sua impronta. [...] Si tratta di avere a che fare con “quello che sta succedendo fra di noi, qui e ora.” L’enfasi maggiore viene posta sulla parola “ora”, sull’immediatezza degli affetti. [...] Tutto ciò richiede reazioni spontanee e [...] le necessità non devono mai avere una spiegazione verbale, ma devono semplicemente esistere, a fatto compiuto. (2007, p. 436)

Secondo Greenberg e Pavio (1997), rivivere in terapia le esperienze traumatiche, nel contesto sicuro e confortevole fornito da un medico empatico e amichevole, fa provare al paziente esperienze del tutto nuove. Queste nuove esperienze sono costituite soprattutto dalla regolazione interattiva degli stati affettivi disregolati ipereccitati e ipoeccitati, operata dal terapeuta. A sostegno di questo modello, i ricercatori sperimentali dicono: “come suggerito nella pratica clinica, è necessario “rivisitare” un ricordo emotivamente stressante prima che esso possa essere controllato” (Depue, Curran e Banich, 2007, p. 218).

Adler descrive così questo meccanismo psicobiologico diadico di cambiamento psicoterapeutico:

Le persone che hanno, ad esempio, una relazione empatica, si trasmettono esperienze emotive l’uno con l’altro, ma si trasmettono anche esperienze fisiologiche, e il collegamento sociofisiologico è importante per comprendere, in un rapporto fra medico e paziente, le dirette conseguenze fisiologiche – *su entrambi i membri* – del prendersi cura di qualcuno. (2002, p. 885, corsivo mio)

Adler, inoltre, afferma che la relazione terapeutica – l’interazione fra la vulnerabilità emotiva del paziente e la disponibilità emotiva del terapeuta – rappresenta un esempio molto chiaro su come gli individui in uno stato di empatia emotiva

riescano a co-regolare le attività autonome l'uno dell'altro. Più nello specifico, la relazione terapeutica può agire come “antitesi della reazione combatti-o-fuggi”, e aggiunge che “la sensazione che qualcuno si stia prendendo cura di noi, riduce la secrezione degli ormoni dello stress, e fa virare il sistema neuroendocrino dirigendolo verso l'omeostasi” (2002, p. 883). Adler è convinto che, in questo modo, i legami sociali dell'attaccamento insiti in una relazione terapeutica, riducano l'eccitamento indotto dallo stress.

Episodi di regolazione terapeutica interattiva dell'eccitamento affettivo, influenzano la soglia di attivazione della risposta allo stress del paziente. Bromberg osserva che “questo permette al paziente di sentirsi gradualmente sempre più al sicuro, in modo che la sua soglia di tolleranza verso una potenziale valanga affettiva si alzi” (2006, p. 79).

Di conseguenza:

La soglia di incremento dell'attivazione del paziente, gli permette di restare aggrappato sempre più a lungo all'esperienza relazionale nel momento in cui avviene (la profonda complessità della relazione “qui e ora” con il terapeuta), con un bisogno sempre minore di dissociarsi; mentre il processo del qui e ora diviene sempre più immediato, diventa anche sempre più sperimentalmente riconducibile al suo passato. (p. 69)

Un lavoro efficace ai confini regolatori degli stati ad alto e basso eccitamento dell'emisfero destro, amplia in modo sostanziale la finestra di tolleranza delle emozioni, permettendo dunque una maggiore varietà di stati affettivi intensi e duraturi, che accompagneranno tutti i sistemi motivazionali nei futuri contesti intersoggettivi (vedere Figura 3.9).

LeDoux (2002) ci offre un'elegante descrizione di questi progressi dello sviluppo emotivo:

Dato che i sistemi delle emozioni coordinano l'apprendimento, più ampia è la gamma di emozioni che [un individuo] prova, più ampia sarà la gamma emotiva sviluppata dal Sé. [...] E dato che i sistemi cerebrali sono molto più attivi durante gli stati emotivi che durante gli stati non emotivi, amplificando l'intensità dell'eccitamento, le opportunità di un apprendimento coordinato fra i vari sistemi cerebrali sono maggiori durante gli stati di grande emotività. Coordinando la plasticità parallela attraverso l'intero cervello, gli stati emotivi stimolano lo sviluppo e l'unificazione del Sé. (p. 322)

Le esperienze che facilitano la crescita, co-create ai confini regolatori, stimolano dunque “la costruzione delle fondamenta della messa in atto” (Ginot, 2007). La maggiore capacità del paziente di provare consciamente e comunicare una gamma più ampia di emozioni sia positive che negative, è dovuta ai progressi nella sua capacità di regolare gli affetti stessi. Questa ulteriore maturazione nell'autoregolazione adattiva si riflette nella comparsa di emozioni più complesse, derivanti dalla mescolanza simultanea di affetti diversi, e in un'espansione della “gamma affettiva”.

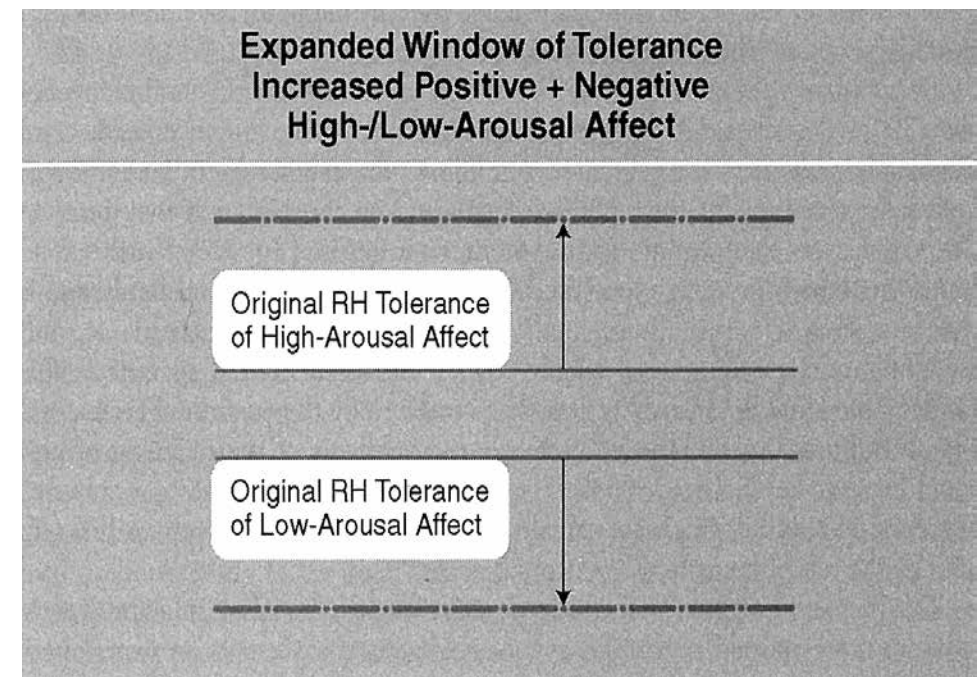


FIGURA 3.9 La Psicoterapia amplia la finestra di tolleranza affettiva

Processi dell'emisfero destro in psicoterapia: la neurobiologia dell'accresciuta complessità del sé implicito dell'emisfero destro

La psicoterapia delle patologie dell'attaccamento e dei gravi disturbi della personalità si deve concentrare sull'affettività inconscia e sulla dissociazione patologica, “una separazione strutturata dei processi mentali (quali pensieri, emozioni, conazioni, memoria e identità) che di solito sono integrati fra di loro” (Spiegel e Cardeña, 1991, p. 367). Le sensazioni traumatiche estreme, se non vengono regolate, non possono essere integrate adattivamente nella vita emotiva del

paziente. Questo deficit dissociativo è il tipico risultato di una mancata integrazione dell'emisfero destro, il cervello emotivo. Una terapia efficace può però alterare positivamente la traiettoria di sviluppo dell'emisfero destro, e facilitare l'*integrazione* fra i suoi sistemi corticali e subcorticali. Questa accresciuta interconnettività permette di aumentare la complessità delle difese dell'emisfero destro emotivo, creando strategie di regolazione emotiva più flessibili e adattive rispetto alla dissociazione patologica. Tutto questo, a sua volta, stimola un'ulteriore maturazione del Sé e aumenta il suo coinvolgimento negli "schemi di regolazione degli affetti che *integrano* un senso del Sé durante le transizioni di stato, permettendo dunque una continuità dell'esperienza interiore" (Schore, 1994, p. 33).

Concordando con questo modello di meccanismo psicoterapeutico di cambiamento, Fosha (2005) scrive: "Lo stato nel quale i processi affettivi e cognitivi vengono uniformemente integrati, lo stato essenziale che segue l'esperienza di un'emozione essenziale, viene adattato in modo ottimale per l'integrazione terapeutica e il consolidamento, che trasforma i profondi cambiamenti che avvengono durante la seduta, in risultati terapeutici a lungo termine" (p. 523). Grazie a questa trasformazione "la nostra visione si amplia: la totalità del panorama emotivo diventa visibile, e perfino illuminato", e le risorse adattive, la resilienza e la comprensione conscia diventano alla portata dell'individuo. Fosha afferma che questa "lente grandangolare" è "una capacità veicolata essenzialmente dalla corteccia prefrontale e da quella orbitofrontale, i neurointegratori ultimi del significato dell'esperienza personale (Schore, 2003b; Siegel, 2003)," ed essa genera "una narrazione autobiografica coesiva e coerente" (p. 523). Quest'ultima caratteristica "viene veicolata principalmente dalla corteccia prefrontale dell'emisfero destro."

L'aumentata resilienza delle strategie inconsce di regolazione dello stress, risultato di un'esperienza psicoterapeutica ottimale, rappresenta un passo avanti nella "specializzazione dell'emisfero destro nella regolazione dello stress e nei processi legati alle emozioni" (Sullivan e Dufresne, 2006). Gli attuali studi indicano che l'emisfero destro, fondamentale per i ricordi autobiografici, (Markowitsch, Reinkemeier, Kessler, Koyuncu e Heiss, 2000), fornisce l'accesso a quei meccanismi che attivano le reazioni autonome simpatiche e parasimpatiche ai segnali socio-emotivi (Spence, Shapiro e Zaidel, 1996). La regolazione dello stress emotivo avviene grazie alla regolazione corticale superiore destra delle strutture autonome inferiori e degli organi periferici. È fuori di dubbio che le aree anteriori dell'emisfero destro siano coinvolte nel controllo dell'attivazione autonoma (Aftanas, Savotina, Makhnev e Reva, 2005), e che l'attività corticale orbitofrontale destra (ventromediale) agisca da regolatore del sistema nervoso simpatico (Critchley, Elliott, Mathias e Dolan, 2000; Hilz et al., 2006).

Facendo una descrizione neuroanatomica dello stato orbitofrontale di base, descrizione che ricorda la "lente grandangolare" di Fosha (2005), uno studio recente conclude che "le ricche connessioni della corteccia orbitofrontale donano una visione panoramica dell'intero ambiente esterno così come di quello interiore, associato a fattori motivazionali" (Barbas, 2007, p. 239). Secondo Barbas, "le cortecce mediali e orbitofrontali, associate alla valutazione delle emozioni, si proiettano nei centri autonomi dell'ipotalamo, che innervano il tronco encefalico e le strutture spinali autonome. Queste ultime, a loro volta, innervano gli organi periferici, la cui attività si incrementa notevolmente durante l'eccitamento emotivo" (Barbas, Saha, Rempel-Clower e Ghashghaei, 2003). È ormai appurato che "l'eccitamento periferico fisiologico e la predisposizione all'azione sono implicite, nel senso che avvengono in modo automatico, e *non richiedono un'elaborazione conscia per essere eseguite in modo efficiente*" (Lane et al., 2008, p. 217, corsivo mio). Da sottolineare il fatto che il sistema esplicito verbale dell'emisfero destro, che elabora analiticamente le interpretazioni, non è mai direttamente coinvolto nella regolazione dell'attività del sistema nervoso simpatico. Le esperienze di attaccamento sicuro, unite ad una psicoterapia efficace, aumentano la complessità del sistema di regolazione degli affetti dell'emisfero destro.

Quest'ultimo continua la sua crescita lungo tutte le fasi della vita, tenendo anche conto della plasticità del sistema indotta dalla terapia. I cambiamenti strutturali che si verificano grazie ad una psicoterapia efficace, percorrono una via discendente, dalle cortecce orbitofrontali e ventromediali prefrontali, giù fino all'amigdala e all'ipotalamo. Questi cambiamenti forniscono dunque più efficaci meccanismi di controllo prefrontale del sistema nervoso autonomo, e di conseguenza una maggiore efficienza nei processi di riconoscimento e di espressione delle emozioni. La psicoterapia in pazienti con patologie dell'attaccamento, che peraltro sono spesso soggetti a stati di eccitamento pauroso traumatico, influenza direttamente, e potenzialmente altera, la disregolazione lateralizzata destra del sistema di paura/terrore, governato dall'amigdala subcorticale, che entra in azione nelle situazioni di paura (Baker e Kim, 2004) e in quelle di "paure imprevedute" (Morris, Ohman e Dolan, 1999). Va anche detto che le aree prefrontali che inibiscono i ricordi emotivi e reprimono la reattività alle emozioni, sono situate prevalentemente nell'emisfero destro (Depue et al., 2007, p. 218). Phelps, Delgado, Nearing e LeDoux (2004) fanno delle osservazioni a proposito del processo di apprendimento nel contesto psicoterapeutico:

Capire in che modo le paure vengono acquisite è un passo importante per la nostra capacità di trasferire la ricerca di base nel trattamento dei comportamenti

collegati alla paura. Capire in che modo le paure acquisite perdono di importanza potrebbe essere anche più prezioso. [...] L'amigdala potrebbe avere un ruolo fondamentale nell'eliminazione delle paure, così come nella loro acquisizione, e la corteccia ventromediale prefrontale potrebbe essere particolarmente coinvolta nella memorizzazione del processo di estinzione delle paure. (p. 903)

L'efficienza delle funzioni del Sé implicito dell'emisfero destro è fondamentale per la ricezione, l'espressione e la comunicazione delle informazioni socio-affettive, e per la regolazione inconscia delle funzioni fisiologiche, endocrine, neuroendocrine, cardiovascolari e immunitarie. Hartikainen, Ogawa, Soltani e Knight riassumono così il ruolo, cruciale per la sopravvivenza umana, dell'elaborazione delle emozioni non-consce:

In situazioni imprevedibili, le emozioni generano una rapida modulazione del comportamento. Da una prospettiva evuzionistica, le emozioni forniscono un sistema di controllo e di modulazione che facilita la sopravvivenza e la riproduzione. Le reazioni istintive ad eventi emotivi possono avvenire ancor prima che venga prestata attenzione a questi eventi. [...] Ci sono molte prove neuropsicologiche a supporto della teoria che l'emisfero destro degli esseri umani governi l'elaborazione emotiva e attenzionale. (2007, p. 1929).

All'inizio di questo capitolo ho affermato che l'attuale cambio di paradigma sta mettendo in luce l'importanza delle emozioni nello sviluppo umano, nella psicopatogenesi e nella terapia. Molte ricerche in ambito neuroscientifico suggeriscono che l'emisfero destro è fondamentale per l'empatia, per l'identificazione con gli altri, per la fiducia, per i processi intersoggettivi, per i ricordi autobiografici, per la percezione del proprio corpo, per l'auto-consapevolezza, per la percezione del Sé, per la teoria degli affetti della mente, e per le immagini del Sé non percepite a livello conscio – tutti elementi fondamentali del processo terapeutico (per la bibliografia vedere Schore e Schore, 2008).

Una delle linee guida di questo lavoro è l'idea che i modelli psicoterapeutici moderni devono porre molta attenzione agli affetti fisici del cervello destro, inclusi quelli non consci. Gli studi confermano che "l'emisfero sinistro è più coinvolto nell'elaborazione analitica (conscia) delle informazioni, mentre l'emisfero destro è più coinvolto nell'elaborazione olistica (subconscia) delle informazioni" (Prodan, Orbelo, Testa e Ross, 2001, p. 211); e che "il cervello sinistro è responsabile delle reazioni consce, mentre quello destro della mente inconscia" (Mlot, 1998, p. 1006). Grazie alle sue straordinarie proprietà neuroanatomiche e neurobiologiche,

L'organizzazione più "diffusa" dell'emisfero destro ha la capacità di reagire a qualunque stimolo, anche a quelli del linguaggio, più velocemente e più precocemente. L'emisfero sinistro si attiva in un secondo momento, ed esegue più lentamente l'analisi e la sintesi semantica [...] L'arrivo di un segnale individuale prima nell'emisfero destro e poi in quello sinistro, è "fisiologico". (Buklina, 2005, p. 479)

Una relazione psicoterapeutica ottimale deve concentrarsi maggiormente sui confini regolatori e sugli strati psicobiologici più profondi della mente destra sia del paziente che del medico, che sulla mente sinistra razionale, analitica e verbale del paziente. Alvarez afferma: "Schore fa notare che nei casi di psicopatologie più gravi, non si tratta più di rendere conscio l'inconscio, ma piuttosto di ristrutturare l'inconscio stesso" (2006, p. 171).

Da tempo sostengo che l'emisfero destro sia fondamentale nel processo di cambiamento in una psicoterapia. I neuroscienziati ora sostengono che, sebbene l'emisfero sinistro sia specializzato nell'affrontare rappresentazioni e strategie prevedibili, è l'emisfero destro ad occuparsi sia di reagire allo stress (Witting, 1995), che di affrontare e assimilare situazioni inedite (Podell, Lovell e Goldberg, 2001), nonché di provvedere alla creazione di nuovi programmi di interazione con ambienti sconosciuti (Ezhov e Krivoschekov, 2004). Di certo,

Il cervello destro possiede una speciale abilità nell'elaborazione di stimoli nuovi. [...] Quando l'emisfero destro cerca di risolvere un problema, genera una matrice di soluzioni alternative, al contrario di quello che fa l'emisfero sinistro, che trova una singola soluzione, che reputa la più adatta. La suddetta matrice resta attiva mentre vengono esaminate tutte le soluzioni alternative, e questo è un metodo che si adatta perfettamente alle infinite possibilità create da una situazione insolita. (Schutz, 2005, p. 13)

Ricordiamo che la resilienza di fronte allo stress e alla novità è un indicatore della sicurezza dell'attaccamento, e quindi i cambiamenti terapeutici del modello operativo interiore del paziente, modello che codifica strategie di regolazione degli affetti, riflettono le alterazioni strutturali all'interno dell'emisfero destro.

Le funzioni del cervello destro emotivo sono fondamentali nei processi di esplorazione del Sé in una psicoterapia, soprattutto le funzioni degli affetti inconsci che possono essere integrati in un senso implicito del Sé più complesso. Uno sviluppo ottimale e una psicoterapia efficace stimolano non solo cambiamenti cognitivi della mente conscia, ma anche un'espansione del Sé implicito dell'emisfero destro, che costituisce il substrato biologico dell'inconscio umano.

BIBLIOGRAFIA

- Adamec, R. E., Blundell, J., & Burton, P. (2003). Reazione ciclica fosforilata dell'AMP indotta nella materia grigia periacqueduttale dallo stress; la sua relazione con esperienze stressanti, comportamento e plasticità limbica neurale. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 27, 1243–1267.
- Adler, H. M. (2002). La Sociofisiologia dell'assistenza nella relazione medico-paziente. *Journal of General Internal Medicine*, 17, 883–890.
- Aftanas, L. I., Savotina, L. N., Makhnev, V. P., & Reva, N. V. (2005). Analisi della sincronizzazione e desincronizzazione durante la percezione degli stimoli emetogeni: Associazione con l'attivazione dei processi autonomi. *Neuroscience and Behavioral Physiology*, 35, 951–957.
- Allen, J. G., Console, D. A., & Lewis, L. (1999). Distacco dissociativo e deterioramento della memoria: Amnesia reversibile o codifica fallita? *Comprehensive Psychiatry*, 40, 160–171.
- Allman, J. M., Watson, K. K., Tetreault, N. A., & Hakeem, A. Y. (2005). Intuizione e autismo: Possibile ruolo dei neuroni Von Economo. *Trends in Cognitive Sciences*, 9, 367–373.
- Alvarez, A. (2006). Alcune domande sugli stati di frammentazione: Non-integrazione, sotto-integrazione, dis-integrazione, e la natura delle integrazioni precoci. *Journal of Child Psychotherapy*, 32, 158–180.
- Baker, K. B., & Kim, J. J. (2004). Laterizzazione amigdalica in situazioni di paura: Prove del coinvolgimento dell'amigdala destra. *Behavioral Neuroscience*, 118, 15–23.
- Barbas, H. (2007). Il flusso di informazioni emotive attraverso le vie temporali e orbito-frontali. *Journal of Anatomy*, 211, 237–249.
- Barbas, H., Saha, S., Rempel-Clower, N., & Ghashghaei, T. (2003). I percorsi seriali dalla corteccia prefrontale alle aree autonome possono influenzare l'espressione emotiva. *BMC Neuroscience*, 4, 25.
- Bargh, J. A., & Chartrand, T. L. (1999). L'insostenibile automaticità dell'essere. *American Psychologist*, 54, 462–479.
- Bazhenova, O. V., Stroganova, T. A., Dousard-Roosevelt, J. A., Posikera, I. A., & Porges, S. W. (2007). Risposte fisiologiche dei bambini di 5 mesi ai visi sorridenti o inespressivi. *International Journal of Psychophysiology*, 63, 64–76.
- Beauregard, M., Levesque, J., & Bourgouin, P. (2001). Correlazioni neurali dell'autoregolazione conscia delle emozioni. *Journal of Neuroscience*, 21, RC165.
- Bogolepova, I. N., & Malofeeva, L. I. (2001). Caratteristiche dello sviluppo delle aree motorie 44 e 45 del linguaggio nei due emisferi del cervello umano nell'ontogenesi post-natale. *Neuroscience and Behavioral Physiology*, 31, 13–18.
- Bradshaw, G. A., & Schore, A. N. (2007). Come aprono le porte gli elefanti: Neuroetologia dello Sviluppo, Affettività e Contesto Sociale. *Ethology*, 113, 426–436.
- Bromberg, P. M. (2006). *Risvegliare il sognatore: Viaggi clinici*. Mahwah, NJ: Analytic Press.
- Broucek, F. J. (1991). *La vergogna e il Sé*. New York: Guilford Press.
- Bucci, W. (2002). Il processo referenziale, la consapevolezza e il senso del Sé. *Psychoanalytic Inquiry*, 5, 766–793.
- Buklina, S. B. (2005). Il corpo calloso, l'interazione intraemisferica e la funzione dell'emisfero cerebrale destro. *Neuroscience and Behavioral Physiology*, 35, 473–480.
- Carretie, L., Hinojosa, J. A., Mercado, F., & Tapia, M. (2005). Risposta corticale a un pericolo soggettivamente inconscio. *NeuroImage*, 24, 615–623.
- Casagrande, M., & Bertini, M. (2008). Superiorità dell'emisfero destro durante la notte e dell'emisfero sinistro durante il giorno: Ripensamento degli schemi di lateralità negli stati di veglia-sonno-veglia. *Biological Psychology*, 77, 337–342.
- Chiron, C., Jambaque, I., Nabbout, R., Lounes, R., Syrota, A., & Dulac, O. (1997). L'emisfero destro è predominante nei neonati. *Brain*, 120, 1057–1065.
- Cozolino, L. (2002). *La neuroscienza della psicoterapia*. New York: Norton.
- Craig, A. D. (2004). Sensazioni umane: Perché alcuni sono più consapevoli di altri? *Nature Neuroscience*, 7, 239–241.
- Critchley, H. D., Elliott, R., Mathias, C. J., & Dolan, R. J. (2000). L'attività neurale in relazione alla generazione e alla rappresentazione delle risposte di conduttività galvanica della pelle: Uno studio su imaging di risonanza magnetica funzionale. *Journal of Neuroscience*, 20, 3033–3040.
- Critchley, H. D., Wiens, S., Rothstein, P., Ohman, A., & Dolan, R. J. (2004). I sistemi neurali sostengono la consapevolezza intero-cettiva. *Nature Neuroscience*, 7, 189–195.
- Crucian, G. P., Hughes, J. D., Barrett, A. M., Williamson, D. J. G., Bauer, R. M., Bowres, D., et al. (2000). Reazioni emotive e fisiologiche a falsi feedback. *Cortex*, 36, 623–647.
- Darwin, C. (1965). *L'espressione delle emozioni nell'uomo e negli animali*. Chicago: University of Chicago Press, 1965. (Pubblicato originariamente nel 1872)
- Davidson, R. J., & Cacioppo, J. T. (1992). Nuovi sviluppi negli studi scientifici sulle emozioni: Introduzione alla sezione speciale. *Psychological Science*, 3, 21–22.
- Depue, B. E., Curran, T., & Banich, M. T. (2007). Le regioni prefrontali attivano la repressione dei ricordi emotivi attraverso un processo a due fasi. *Science*, 317, 215–219.
- Devinsky, O. (2000). Predominio dell'emisfero cerebrale destro nel senso di un Sé fisico ed emotivo. *Epilepsy & Behavior*, 1, 60–73.
- Diener, M. J., Hilsenroth, M. J., & Weinberger, J. (2007). Affettività del terapeuta e risultati sul paziente nella psicoterapia psicodinamica: Una meta-analisi. *American Journal of Psychiatry*, 164, 936–941.
- Dorpat, T. L. (2001). Comunicazione del processo primario. *Psychoanalytic Inquiry*, 3, 448–463.
- Erikson, E. (1950). *Infanzia e società*. New York: Norton.
- Ezhov, S. N., & Krivoschekov, S. G. (2004). Caratteristiche delle reazioni psicomotorie e delle relazioni inter-emisferiche nelle carie fasi dell'adattamento a nuovi fusi orari. *Human Physiology*, 30, 172–175.
- Fosha, D. (2005). Emozione, vero Sé, vero altro, stato di base: Verso una teoria clinica

del processo di cambiamento affettivo. *Psychoanalytic Review*, 92, 513–551.

Freud, S. (1957a). *Introduzione al Narcisismo*. In J. Strachey (Ed. & Trans.), standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (Vol. 14, pp. 67–102). Londra: Hogarth Press. (Pubblicato originariamente nel 1915)

Freud, S. (1957b). *L'Inconscio*. In J. Strachey (Ed. & Trans.), The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (Vol. 14, pp. 159–205). Londra: Hogarth Press. (Pubblicato originariamente nel 1915)

Freud, S. (1961). *Introduzione alla Psicanalisi. Nuova serie di lezioni*. In J. Strachey (Ed. & Trans.), The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (Vol. 22, pp. 1–183). Londra: Hogarth Press. (Pubblicato originariamente nel 1933)

Frijda, N. H. (1988). Le leggi dell'emozione. *American Psychologist*, 43, 349–358.

Gadea, M., Gomez, C., Gonzalez-Bono, E., Espert, R., & Salvador, A. (2005). Incremento del cortisolo e decremento del REA nell'ascolto dicotomico in seguito all'induzione di un stato mentale negativo. *Psychoneuroendocrinology*, 30, 129–138.

Gainotti, G., Caltagirone, C., & Zoccolotti, P. (1993). Dicotomie destra/sinistra e corticale/subcorticale nello studio neuropsicologico delle emozioni umane. *Cognition and Emotion*, 7, 71–93.

Galin, D. (1974). Implicazioni nella psichiatria della specializzazione cerebrale sinistra e destra: Un contesto neuropsicologico per i processi inconsci. *Archives of General Psychiatry*, 31, 572–583.

Geschwind, N., & Galaburda, A. M. (1987). *Lateralizzazione cerebrale: Meccanismi bio-*

logici, associazioni e patologia. Boston: MIT Press.

Ginot, E. (2007). Intersoggettività e neuroscienze: Comprendere la messa in atto e il suo significato terapeutico all'interno di paradigmi emergenti. *Psychoanalytic Psychology*, 24, 317–332.

Grabner, R. H., Fink, A., & Neubauer, A. C. (2007). Correlazioni cerebrali dell'originalità delle idee: Prove dal potere legato agli eventi e dai cambiamenti nell'EEG. *Behavioral Neuroscience*, 121, 224–230.

Greenberg, L. S. (2008). L'emozione diventa maggiorenne. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14, 414–421.

Greenberg, L. S., & Pavio, S. C. (1997). *Lavorare sulle emozioni in psicoterapia*. New York: Guilford Press.

Gupta, R. K., Hasan, K. M., Trivedi, R., Pradhan, M., Das, V., Parikh, N. A., et al. (2005). Imaging con tensore di diffusione del cervello umano in via di sviluppo. *Journal of Neuroscience Research*, 81, 172–178.

Hartikainen, K. M., Ogawa, K. H., Soltani, M., & Knight, R. T. (2007). Gli stimoli dell'eccitamento emotivo si disputano l'attenzione con l'emispazio sinistro. *NeuroReport*, 18, 1929–1933.

Heilman, K. M. (1997). La neurobiologia dell'esperienza emotiva. *Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences*, 9, 439–448.

Henry, J. P. (1993). Reazioni psicologiche e fisiologiche allo stress: L'emisfero destro e l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene: Un'indagine sui problemi dei legami umani. *Integrative Physiological and Behavioral Science*, 28, 369–387.

Hesse, E., & Main, M. M. (1999). Effetti di seconda generazione di traumi irrisolti in genitori non maltrattanti: comportamento genitoriale dissociato, spaventoso e minaccioso. *Psychoanalytic Inquiry*, 19, 481–540.

Hesse, E., & Main, M. M. (2006). Comportamento genitoriale spaventoso, minaccioso e dissociativo in campioni a basso rischio: Descrizione, discussione e interpretazioni. *Development and Psychopathology*, 18, 309–343.

Hilz, M. J., Devinsky, O., Szcepanka, H., Borod, J. C., Marthol, H., & Tutaj, M. (2006). Lesioni ventromediali prefrontali destre causano un'attivazione cardiovascolare paradossale e stimoli emotivi. *Brain*, 129, 3343–3355.

Hoppe, K. D. (1977). Cervelli separati e psicanalisi. *Psychoanalytic Quarterly*, 46, 220–244.

Howard, M. F., & Reggia, J. A. (2007). Una teoria sulla biologia del sistema visivo alla base dello sviluppo della lateralizzazione della frequenza spaziale. *Brain and Cognition*, 64, 111–123.

Izard, C. E. (1991). *La psicologia delle emozioni*. New York: Plenum Press.

Jackson, J. H. (1931). *Antologia di J. H. Jackson: Vol. I*. Londra: Hodder and Soughton.

Jacobson, E. (1964). *Il Sé e l'oggetto-mondo*. New York: International Universities Press.

Jung, C. G. (1946). *La psicologia del transfert* (R. F. C. Hull, trans.). Ark Edition. Londra: Routledge & Kegan Paul.

Kalsched, D. (2005). Speranza contro disperazione nella situazione psicanalitica e nella *Divina Commedia* di Dante, 72, 167–187.

Kaufman, G. (1989). *La psicologia della vergogna. Teoria e trattamento delle sindromi basate sulla vergogna*. New York: Springer.

Kestenberg, J. (1985). Il flusso dell'empatia e della fiducia fra madre e figlio. In E. J. Anthony & G. H. Pollack (Eds.), *Influenze dei genitori sulla salute e sulla malattia*. (pp. 137–163). Boston: Little Brown.

Kilborne, B. (2003). La vergogna e le sue

dinamiche. *American Journal of Psychoanalysis*, 63, 285–287.

Krusemark, E. A., & Li, W. (2011). Tutte le minacce agiscono nello stesso modo? Effetti divergenti di paura e disgusto sulla percezione sensoriale e sull'attenzione. *Journal of Neuroscience*, 31, 3429–3434.

Lane, R. D., Ahern, G. L., Schwartz, G. E., & Kaszniak, A. W. (1997). L'alessitimia è l'equivalente emotivo della visione cieca? *Biological Psychiatry*, 42, 834–844.

Lane, R. D., Ahern, G. L., Schwartz, G. E., & Kaszniak, A. W. (2008). Substrati neurali dei processi emotivi impliciti ed espliciti: Un quadro unitario della medicina psicosomatica. *Psychosomatic Medicine*, 70, 214–231

Lanius, R. A., Vermetten, E., Loewenstein, R. J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, J. D., et al. (2010). Modulazione delle emozioni nel DPTS: Prove cliniche e neurobiologiche di un sottogenere dissociativo. *American Journal of Psychiatry*, 167, 640–647.

Lanius, R. A., Williamson, P. C., Bluhm, R. L., Densmore, M., Boksman, K., Neufeld, R. W. J., et al. (2005). Connettività funzionale delle reazioni dissociative nel DPTS: Indagine su imaging a risonanza magnetica funzionale. *Biological Psychiatry*, 57, 873–884.

Larsen, J. K., Brand, N., Bermond, B., & Hijman, R. (2003). Caratteristiche cognitive ed emotive dell'alessitimia. Un'analisi degli studi neurobiologici. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 533–541.

LeDoux, J. (2002). *Sé sinaptico: Come il nostro cervello diventa quello che siamo*. New York: Viking.

Lenzi, D., Trentini, C., Pantano, P., Macaluso, E., Iacoboni, M., Lenzi, G. I., et al. (2009). Basi neurali della comunicazione materna e dell'elaborazione dell'espressione emotiva