

Modelli neurobiologici di attaccamento

Psicoanalisi clinica e teoria della regolazione

JUDITH R. SCHORE, ALLAN N. SCHORE

La teoria dell'attaccamento, originariamente proposta da Bowlby (1969), è andata incontro ad una notevole ripresa negli ultimi dieci anni non solo nel campo della salute mentale, ma anche nell'ambito delle scienze biologiche. Traendo origine da un amalgama di psicoanalisi e biologia comportamentale, la teoria dell'attaccamento è in apparenza ingannevolmente semplice. Essa postula che le relazioni reali dello stadio più precoce della vita influiscano su di noi in modo indelebile su aspetti fondamentali e che i processi di attaccamento si trovino al centro del funzionamento emotivo e sociale umano per tutto il corso della vita. Con l'attuale incorporazione della neurobiologia nella teoria, disponiamo adesso di una comprensione più profonda di come e perché l'ambiente sociale precoce influenzi tutte le funzioni adattive successive. Come conseguenza della recente integrazione di dati clinici nella ricerca neurobiologica evolutiva, il nucleo delle idee di Bowlby è stato ampliato in un modello dello sviluppo umano rilevante a fini terapeutici: la moderna teoria dell'attaccamento/regolazione.

Nella loro recente rassegna delle teorie psicoanalitiche sullo sviluppo, Palombo, Bendicson, e Koch (2009) concludono che le attuali teorie neuropsicologiche dell'attaccamento stanno ritornando alle questioni psicoanalitiche fondamentali poste dal modello di inconscio di Freud. Inoltre, la prospettiva fondamentale della psicoanalisi clinica, come la teoria dell'attaccamento, sottolinea l'importanza critica di forze inconscie¹ che guidano ogni emozione, cognizione e comportamento dell'uomo all'interno di una matrice socioculturale. È indubbio che negli ultimi dieci anni si sia assistito a una rinascita e a un'espansione del modello di Freud. Nell'ambito più generale della letteratura psicologica, Bargh e Morsella (2008) concludono: «Ancora oggi il modello freudiano di inconscio come prima fonte di influenza sulla vita quotidiana è più specifico e dettagliato di qualsiasi altro modello che si trovi nella psicologia cognitiva o sociale contemporanea» (73). In questo stesso periodo anche la teoria dell'attaccamento classica ha subito una significativa espansione. Nel 2000 Allan Schore ha presentato la Settima Conferenza Annuale Commemorativa di John Bowlby (*Seventh Annual John Bowlby Memorial Lecture*) e, tornando alla metodologia di Bowlby di integrare biologia e psicoanalisi, ha

¹ In questo lavoro, "inconscio" equivale a "non conscio", cioè, funzioni implicite che si svolgono al di sotto dei livelli di consapevolezza non perché sono rimosse ma perché sono troppo rapide per raggiungere la coscienza.

proposto alcune recenti scoperte derivate dalla cosiddetta «decade del cervello», per sostenere che la moderna teoria dell'attaccamento è essenzialmente una teoria della regolazione. Quello stesso anno pubblicava un articolo in *Attachment & Human Development* in cui identificava il sistema di controllo dell'attaccamento di Bowlby (1969-1982) nel cervello destro. In un articolo sul *British Journal of Psychotherapy* del 2011 ha poi applicato all'incontro clinico il suo modello neuropsicoanalitico dell'attaccamento, proponendo una lettura dell'alleanza terapeutica alla luce dei modelli psicobiologici dell'attaccamento e utilizzando i dati neuro scientifici relativi alle comunicazioni cervello destro-cervello destro per una riflessione sulla relazione transfert-controtransfert (A. Schore, 2001a).

L'attuale trasformazione della moderna teoria dell'attaccamento, ispirata dalle informazioni provenienti dalle ricerche nelle neuroscienze, chiarisce, in modo anche più approfondito, come lo sviluppo del sistema inconscio dell'uomo, attivo per tutto il corso della vita, sia dipendente dalle esperienze precoci. La teoria della regolazione, grazie ai suoi contributi interdisciplinari, ha favorito un dialogo non solo all'interno di discipline diverse (ad es. psicoanalisi, neuroscienze, psichiatria, studi sul trauma, psicologia dello sviluppo, pediatria), ma anche tra di esse.

Una forte spinta trasformativa sulla teoria dell'attaccamento è stata esercitata dal grande interesse che si è sviluppato recentemente per le emozioni e la loro regolazione. Infatti, in un certo numero di discipline scientifiche si sta verificando uno spostamento di paradigma dalla cognizione al primato dell'affetto e questa transizione si esprime in uno spostamento dalle teorie cognitive alle teorie emozionali dello sviluppo. In un recente intervento sulla teoria della regolazione, abbiamo sostenuto che qualsiasi teoria dello sviluppo e la sua corrispondente teoria della terapia debbano includere le scoperte della psicobiologia riguardo alle modalità per mezzo delle quali le transazioni emozionali precoci con l'oggetto primario influenzano lo sviluppo della struttura psichica; cioè, come le comunicazioni affettive all'interno della relazione di attaccamento facilitino la maturazione dei sistemi cerebrali coinvolti nella stimolazione affettiva e nell'auto-regolazione (Schore J., Schore A., 2008). La ricca complessità di una teoria che integra neurobiologia e attaccamento stabilisce un collegamento cervello-mente-corpo e include gli elementi essenziali che ci permettono di comprendere e trattare più efficacemente i disturbi del Sé e della regolazione degli affetti legati all'attaccamento. Attualmente esiste un interesse sia clinico che sperimentale sul modo in cui i processi affettivi di attaccamento basati sul corpo vengono stimolati, comunicati e regolati all'interno della diade madre-bambino ². Si è anche sviluppata un'attenzione per il modo in cui la sintonizzazione psicobiologica e lo stress relazionale influiscono, sia positivamente che negativamente, sulla maturazione

² In tutto questa sede facciamo riferimento alla “madre” in modo intercambiabile con “caregiver primario/i”. Ci riferiamo alla figura primaria di attaccamento, anche se riconosciamo che la figura primaria di attaccamento del bambino può non essere la madre.

esperienza-dipendente dei sistemi regolatori del cervello durante le prime fasi dello sviluppo.

Più di quindici anni fa, Allan Schore ha delineato il ruolo essenziale dell'attaccamento nella regolazione dell'affetto e dello sviluppo emotivo. Nel suo importante volume del 1994, Schore ha integrato un'ampia quantità di dati interdisciplinari e ha proposto di considerare le transazioni di attaccamento come punti critici: per lo sviluppo dei sistemi strutturali del cervello destro coinvolti nell'elaborazione non conscia dell'emozione, nella modulazione dello stress, nell'auto-regolazione e perciò nelle origini funzionali del nucleo affettivo del Sé implicito basato sul corpo, che opera automaticamente e rapidamente al di sotto dei livelli di consapevolezza. Lo spostamento attuale della teoria dell'attaccamento dal suo interesse precedente per il comportamento e la cognizione, agli affetti e alla loro regolazione, riflette una tendenza più generale nell'ambito delle scienze psicologiche. In un recente editoriale sulla rivista *Motivation and Emotion* Ryan (2007) afferma: «Dopo trent'anni di dominio degli approcci cognitivi, i processi motivazionali ed emozionali sono tornati clamorosamente alla ribalta. Sia i ricercatori che i clinici sono giunti a riconoscere i limiti degli approcci esclusivamente cognitivi per comprendere l'inizio e la regolazione del comportamento umano» (1).

Questa rinnovata enfasi sugli aspetti emozionali e sociali dello sviluppo precoce ha consentito la trasformazione della teoria dell'attaccamento in una struttura pragmatica utile sia per i modelli relativi alla psicopatogenesi che per quelli relativi al processo di cambiamento in psicoterapia. Nel nostro lavoro abbiamo suggerito che la teoria della regolazione può generare modelli psicopatogenetici complessi collegando i fattori precoci di stress all'interno della relazione di attaccamento alla neurobiologia della compromissione dello sviluppo emotivo, ai deficit duraturi della disregolazione degli affetti e alla genesi dei disturbi della personalità. Anche l'applicazione dei principi dell'attaccamento ai modelli della psicoterapia è stata chiarita focalizzando il trattamento sulle dinamiche affettive relative ai modelli operativi interni del cervello destro che codificano strategie di regolazione affettiva attivate all'interno dell'alleanza terapeutica (Schore, 1994, 2001b, 2002a, 2003a). Senza questa componente psicobiologica, i precedenti modelli classici dell'attaccamento non si rivolgevano direttamente ai fenomeni clinici, essenziali sia per la valutazione dello sviluppo sia per la psicoterapia. Una questione fondamentale relativa ai modelli del processo di cambiamento in psicoterapia è: in che modo le esperienze relazionali influiscono positivamente sulla struttura psichica? Integrando dati biologici e relativi allo sviluppo, i legami fondamentali tra le funzioni dell'attaccamento e il loro duraturo effetto sullo sviluppo della struttura psichica per tutto il corso della vita sono espressi specificamente nella neuropsicologia dello sviluppo del cervello destro ai primi stadi di maturazione. Questo cervello emotivo lateralizzato a destra è profondamente connesso con il corpo e con il sistema nervoso autonomo ed ha un'anatomia, una fisiologia e una biochimica diverse dall'emisfero sinistro che si forma più tardi. L'emisfero destro elabora non solo l'emozione ma, più precisamente, l'emozione

inconscia ed è la sede di un sistema di memoria procedurale implicita.

Un principio centrale del nostro lavoro stabilisce perciò che le esperienze di attaccamento danno forma all'organizzazione precoce del cervello destro, il nucleo neurobiologico dell'inconscio umano (Schorer, 2003b). In effetti, gli interventi terapeutici sono radicati in questi stessi processi relazionali dinamici impliciti. Nel trattamento, queste esperienze di attaccamento del cervello destro caricate affettivamente sono comunicate e regolate all'interno dell'alleanza terapeutica. L'attuale espansione dei principi di attaccamento, sostenuti dalla neurobiologia, e dei principi di comunicazione e regolazione interattiva degli affetti che si svolgono al di sotto dei livelli di consapevolezza spiega e giustifica questo approccio. I meccanismi del cambiamento nello sviluppo includono perciò modificazioni sia nella funzione sia nella struttura psichica, non solo negli stadi più precoci dello sviluppo ma anche in tutti gli stadi successivi. Noi sosteniamo che la moderna teoria dell'attaccamento/regolazione è in accordo con la recente tendenza relazionale intersoggettiva largamente rappresentata nella letteratura psicodinamica.

Iniziamo questo contributo con una rassegna sul ruolo centrale della regolazione interattiva inconscia nello stabilire relazioni di attaccamento e con l'influenza che questo ha per tutta la vita sullo sviluppo del cervello destro e del sé implicito. Quindi presentiamo le applicazioni cliniche della teoria della regolazione in una sezione sulla neurobiologia interpersonale delle comunicazioni non verbali implicite all'interno dell'alleanza terapeutica, seguita da una discussione sulle transazioni affettive transfert-controtransfert basate sul corpo. Infine, offriamo alcune ulteriori riflessioni sulle implicazioni dei modelli neurobiologici dell'attaccamento per la psicoanalisi clinica.

Nucleo psicobiologico delle comunicazioni di attaccamento: Regolazione interattiva e maturazione del cervello destro

Il compito essenziale del primo anno di vita umana è la creazione di un legame di attaccamento sicuro per la comunicazione delle emozioni tra bambino e caregiver primario (la madre nella maggior parte dei casi). Queste transazioni affettive di attaccamento vengono trasmesse rapidamente all'interno della diade per mezzo di comunicazioni non verbali visivo/facciali, uditivo/prosodiche e tatto/gestuali. Per entrare in questa comunicazione, la madre deve essere psicobiologicamente sintonizzata con i cambiamenti negli stati interni del bambino basati sul corpo, relativi alla stimolazione del sistema nervoso centrale e autonomo. Durante le comunicazioni affettive trasmesse in episodi di sguardo reciproco, il caregiver sensibile e psicobiologicamente sintonizzato valuta le espressioni non verbali che indicano il livello di stimolazione del bambino e provvede a regolare questi stati affettivi, sia positivi che negativi. La relazione di attaccamento media la regolazione diadica delle emozioni basate sul corpo, in modo tale che il caregiver primario regola lo sviluppo postnatale del sistema nervoso centrale e autonomo del bambino. In questo dialogo, la madre «abbastanza buona» e il bambino partecipano a cicli

multipli di interazioni sintonizzazione/desintonizzazione/risintonizzazione. Attraverso queste transazioni emotive il bambino diventa una persona, realizzando alla fine una «nascita psicologica» (Mahler, Pine e Bergmann, 1975). Questa matrice psicobiologica preverbale forma il nucleo del sé implicito emergente.

È ora stabilito che le emozioni sono inizialmente regolate da altri, ma nel corso dell'infanzia diventano sempre più autoregolate come risultato dello sviluppo neurofisiologico e dell'esperienza reale vissuta. Queste capacità adattive sono essenziali per l'autoregolazione, che può essere definita come la capacità di regolare flessibilmente una serie di stati psicobiologici in espansione, sia positivi che negativi, in contesti diversi e quindi di assimilare questi stati emozionali-motivazionali in un sistema integrato del Sé. Esperienze di attaccamento ottimali con il o con i caregiver primari facilitano entrambi i tipi di regolazione: la regolazione interattiva delle emozioni, mentre il bambino è soggettivamente impegnato con altri esseri umani in contesti interconnessi, e l'autoregolazione delle emozioni in contesti autonomi, quando il bambino non è soggettivamente impegnato con altri esseri umani. Un funzionamento efficiente del Sé implica la capacità di oscillare naturalmente tra queste due modalità, a seconda del contesto relazionale. Entrambe queste strategie di regolazione degli affetti non sono processi espliciti-consci, verbalmente cognitivi del cervello sinistro, ma processi psicobiologici, impliciti-inconsci del cervello destro. Il ruolo fondamentale di queste dinamiche non coscienti di attaccamento è perciò la regolazione interattiva psicobiologica.

A livello più essenziale, l'attaccamento rappresenta il meccanismo evolutivo attraverso il quale siamo socio-fisiologicamente connessi agli altri allo scopo di regolare insieme l'omeostasi dei nostri stati affettivi interni. In tutti i periodi del corso della vita, la regolazione interattiva psicobiologica sostiene le funzioni di sopravvivenza del cervello destro, del sistema del Sé umano (Schore, 2003a,b). Questo principio echeggia nell'attuale ricerca sullo sviluppo del cervello, dove Ovtcharoff e Braun (2001) riportano che «L'interazione diadica tra il neonato e la madre... serve come un regolatore dell'omeostasi interna dell'individuo in via di sviluppo» (33). È da notare la somiglianza con la proposta di Kohut (1971) che le transazioni regolatrici del bambino con l'oggetto-Sé materno consentano il mantenimento del suo equilibrio omeostatico. Inoltre, sappiamo adesso che le transazioni regolatrici dell'attaccamento diadico influiscono sullo sviluppo della struttura psichica; cioè generano lo sviluppo del cervello (Schore, 1994).

Ancora più specificamente, la funzione regolatrice delle interazioni socio-emozionali madre-bambino agisce come un promotore essenziale dello sviluppo e del mantenimento delle connessioni sinaptiche durante lo stabilirsi dei circuiti funzionali del cervello destro in periodi critici dell'infanzia (Schore, 1994; Siegel, 1999; Cozolino, 2002). A conferma di questo, in un recente studio di spettroscopia a raggi infrarossi sull'attaccamento madre-bambino a 12 mesi, i ricercatori concludono: «I nostri risultati sono in accordo con quelli di Schore (2000) che ha rivolto l'attenzione all'importanza dell'emisfero destro nel sistema dell'attaccamento» (Minagawa-Kawai et al., 2009, 289). I

neuroscienziati che studiano il cervello umano sociale oggi sostengono che per tutta la durata della vita «i substrati neurali della percezione di voci, facce, gesti, odori e feromoni, come evidenziato dalle moderne tecniche di neuroimmagine, sono caratterizzati da un modello generale di asimmetria funzionale dell'emisfero destro» (Brancucci, Lucci, Mazzatenta e Tommasi, 2009, 895).

Inoltre, Schore (1994, 2003a) ha illustrato come la maturazione dei circuiti limbici del cervello destro in via di sviluppo del bambino, che elaborano l'emozione, è influenzata da transazioni affettive intersoggettive implicite che sono fissate nella relazione di attaccamento con il o i caregiver primari. L'elaborazione implicita è alla base della gestione rapida e automatica dei segnali affettivi non verbali nell'infanzia ed è «ripetitiva, automatica, fornisce una categorizzazione e una capacità di prendere decisioni veloci e opera al di fuori dell'ambito dell'attenzione focale e dell'esperienza verbalizzata» (Lyons-Ruth, 1999, 576). L'elaborazione diadica implicita di queste comunicazioni di attaccamento non verbali è il prodotto delle operazioni dell'emisfero destro del bambino che interagisce con l'emisfero destro della madre. Le esperienze di attaccamento sono perciò impresse nella memoria implicita in un modello operativo interno che codifica strategie di regolazione degli affetti e agisce a livelli impliciti non consci. Le esperienze di attaccamento perciò modellano la maturazione dipendente dall'esperienza del cervello destro e in questo modo esse influiscono sul successivo sviluppo delle funzioni e della personalità. Dall'infanzia, per tutti gli stadi successivi della vita intera, questo sistema lateralizzato destro è coinvolto in modo centrale nei processi affettivi impliciti e nel controllo delle funzioni vitali che sostengono la sopravvivenza e che consentono all'organismo di affrontare le tensioni e le sfide. Il sistema del sé implicito del cervello destro che evolve in stadi preverbal dello sviluppo rappresenta perciò il substrato biologico dell'inconscio dinamico di Freud (Schore, 2002b). Una quantità crescente di studi riporta che i ricordi emozionali inconsci sono immagazzinati nell'emisfero destro (Gainotti, 2006), che questo emisfero è coinvolto in modo centrale nel «mantenere un senso del Sé coerente, continuo e unificato» (Devinsky, 2000, 69), e che un processo del lobo frontale destro, che connette «l'individuo ad esperienze e ricordi emozionalmente salienti che stanno alla base di schemi del Sé, è il collante che tiene insieme il senso del Sé» (Miller et al., 2001, 821).

Comunicazione di attaccamento non verbale del cervello destro: comunicazioni implicite all'interno dell'alleanza terapeutica

È importante notare che le esperienze non verbali precoci possono essere regolate o disregolate, stabilendo attaccamenti sicuri o insicuri. In netto contrasto rispetto a uno scenario ottimale di attaccamento, in un ambiente relazionale precoce di abuso e/o abbandono che inibisce la crescita, il caregiver primario di un bambino insicuro, disorganizzato-disorientato, induce stati traumatici di affetto negativo duraturo nel bambino. Questo *caregiver* è inaccessibile e reagisce alle espressioni delle emozioni e della

tensione del suo bambino in modo inappropriato e/o con rifiuto mostrando perciò una partecipazione minima o imprevedibile ai vari tipi di processi che regolano l'*arousal*. Invece di modulare, induce livelli estremi di stimolazione e *arousal* stressanti, molto elevati in caso di abuso e/o molto bassi in caso di abbandono. E poiché non fornisce nessuna riparazione interattiva, gli intensi stati affettivi negativi del bambino durano lunghi periodi di tempo. Watt (2003) osserva: «Se i bambini crescono con esperienze dominanti di separazione, sofferenza, paura e rabbia, allora seguiranno un cattivo percorso di sviluppo patogenetico e questo significa non soltanto un cattivo percorso psicologico ma anche un cattivo percorso neurologico» (109). Questo è dovuto al fatto che durante i periodi critici precoci, storie di attaccamento insicuro organizzato e disorganizzato sono «imprese affettivamente in modo indelebile» nel cervello destro del bambino che si sta rapidamente sviluppando (Schoore, 2001b, 2003a, 2009a).

Esperienze relazionali precoci meno che ottimali vengono impresse nel cervello destro e a questi modelli operativi interni di attaccamento insicuro che codificano strategie inefficienti di regolazione degli affetti si accede non consciamente in momenti successivi di stress emozionale interpersonale. La moderna teoria dell'attaccamento suggerisce che questi modelli operativi insicuri lateralizzati a destra possano rappresentare un elemento di interesse centrale per la psicoterapia focalizzata sugli affetti nell'ambito delle precoci patologie del Sé e dei disturbi di personalità. Questi deficit relazionali del cervello destro sono descritti da Feinberg e Keenan (2005): «L'emisfero destro, in particolare la regione frontale destra, in circostanze normali gioca un ruolo cruciale nello stabilire la relazione appropriata tra il sé e il mondo... una disfunzione risulta in un disturbo reciproco della relazionalità personale tra il Sé e l'ambiente che può condurre a disturbi sia di ipo che di iper- relazionalità tra il sé e il mondo» (15).

Tutte le forme di terapia attualmente considerano la disregolazione degli affetti e i deficit relazionali come una condizione fondamentale dei disturbi psichiatrici, compresi i disturbi di personalità, e perciò condividono lo scopo comune di migliorare l'efficacia dei processi emozionali di auto-regolazione emotiva (Schoore, 2009b). Bowlby (1988) ha affermato che la ri-valutazione dei modelli di attaccamento internalizzati non consci che codificano strategie di regolazione degli affetti è il compito essenziale della psicoterapia. In effetti, gli attuali contesti terapeutici orientati in senso relazionale che ottimizzano la comunicazione intersoggettiva e la regolazione interattiva del cervello destro, cercano di esplorare e di modificare i modelli operativi interni insicuri del Sé e del mondo nel contesto della relazione terapeutica. La caratterizzazione di Decety e Chaminade (2003) delle funzioni superiori del cervello destro è direttamente applicabile alla psicoterapia dei disturbi del Sé: «Gli stati mentali che sono in sostanza spazi privati del Sé possono essere condivisi tra individui... la consapevolezza di sé, l'empatia, l'identificazione con altri e più in generale i processi intersoggettivi, sono largamente dipendenti da... risorse dell'emisfero destro, che sono le prime a svilupparsi» (591).

Queste particolari operazioni implicite del cervello destro sono essenziali per il

funzionamento interpersonale adattivo e sono specificamente attivate nell'alleanza terapeutica. Infatti, espansioni del cervello destro di «conoscenza relazionale implicita» immagazzinata nel dominio non verbale, stanno al centro del processo del cambiamento psicoterapeutico.

Poiché l'emisfero destro è dominante per gli aspetti più ampi della comunicazione e per le esperienze emotive soggettive, la comunicazione implicita di stati affettivi tra i cervelli destri dei membri di entrambe le diadi madre-bambino e paziente-terapeuta è meglio descritta come «intersoggettività». Il correlato neurobiologico di questo principio di intersoggettività è espresso nell'affermazione «l'organizzazione del Sé del cervello in via di sviluppo avviene nel contesto di una relazione con un altro Sé, un altro cervello» (Schore, 1996, 60). Questo è vero in contesti che facilitano la crescita, sia durante lo sviluppo sia in terapia. La neurobiologia interpersonale della moderna teoria dell'attaccamento ha rappresentato una ricca sorgente di informazioni sul ruolo essenziale delle comunicazioni intersoggettive, non cosce e non verbali del cervello destro nella relazione psicoterapeutica. Su questo argomento Stern (2005) suggerisce: «Senza il non verbale sarebbe difficile raggiungere gli aspetti empatici, partecipativi e risonanti dell'intersoggettività. Si sarebbe lasciati soltanto con una specie di "comprensione" limitata e neutrale dell'esperienza soggettiva dell'altro. Una ragione per fare questa distinzione è che in molti casi l'analista è consciamente consapevole del contenuto o del discorso mentre elabora gli aspetti non verbali al di fuori della consapevolezza. Con una prospettiva intersoggettivista, è necessaria da parte dell'analista una elaborazione più conscia del non verbale» (80).

Si è scoperto che il 60% di tutta la comunicazione umana è trasmesso non verbalmente (Burgoon, 1985); anche le transazioni di attaccamento all'interno dell'alleanza terapeutica sono trasmesse similmente per mezzo di aspettative e atteggiamenti non verbali. La moderna teoria dell'attaccamento offre una comprensione più profonda dei meccanismi psicobiologici che sono alla base dell'incontro clinico. È ora accettato che «il flusso di espressione non verbale, pre-razionale, che lega il bambino ai genitori, continua per tutta la vita ad essere un mezzo primario di comunicazione affettivo-relazionale intuitivamente sentita tra le persone» (Orlinksy e Howard, 1986, 343). Le transazioni del cervello destro mediano perciò l'inconscio relazionale espresso diadicamente negli attaccamenti dell'adulto come anche nell'incontro psicoterapeutico. Lyons-Ruth (2000) descrive gli scambi affettivi che comunicano conoscenza relazionale implicita all'interno dell'alleanza terapeutica. Secondo lei la maggior parte delle transazioni relazionali dipendono da un substrato di segnali affettivi che danno una valenza o una direzione valutativa a ciascuna comunicazione relazionale. Queste si svolgono a un livello implicito di segnalazione e risposta che si sviluppa troppo rapidamente per la transazione verbale e la riflessione conscia. Anche Scaer (2005) descrive comunicazioni essenziali implicite che si attuano all'interno della relazione terapeuta-cliente: «Molti aspetti dell'interazione sociale sono non verbali e consistono in sottili variazioni dell'espressione del volto che stabiliscono il tono

per il contenuto dell'interazione. Posture del corpo e sequenze di movimenti del terapeuta... possono anche riflettere emozioni come disapprovazione, sostegno, umorismo e paura. Anche il tono e il volume della voce, la velocità e i tipi di comunicazione verbale e il contatto visivo diretto contengono elementi di comunicazione subliminale e contribuiscono allo stabilirsi inconscio di un ambiente sicuro e terapeutico» (167-168).

Queste comunicazioni del cervello destro, ancora più delle verbalizzazioni cosce, rivelano la personalità del terapeuta come anche del cliente. Proprio per la identità dei meccanismi impliciti intersoggettivi di transazione e regolazione dell'emozione cervello destro-verso-cervello destro nella relazione *caregiver*-bambino e nella relazione terapeuta-cliente, gli studi sullo sviluppo dell'attaccamento hanno pertinenza diretta per il processo terapeutico. Schore (2003b), delineando la natura dei processi impliciti ed espliciti nel contesto psicoterapeutico, scrive che durante il trattamento, il terapeuta empatico segue consciamente ed esplicitamente le verbalizzazioni del paziente allo scopo di diagnosticare e razionalizzare oggettivamente la sintomatologia disregolativa del paziente. Tuttavia, il terapeuta ascolta e interagisce anche a un altro livello: un livello soggettivo vicino all'esperienza, che elabora implicitamente momento per momento informazioni socio-emozionali a livelli al di sotto della consapevolezza.

Una questione fondamentale di qualsiasi incontro terapeutico è il modo in cui lavoriamo con ciò che viene comunicato ma non simbolizzato con le parole. Il modo in cui comprendiamo e ci mettiamo in relazione con un'emozione inconscia inespressa dipende dalla nostra capacità di ricevere ed esprimere comunicazioni non verbali. Discutendo l'elaborazione pre-simbolica, Bucci (2002) osserva: «riconosciamo cambiamenti negli stati emotivi degli altri basati sulla percezione di sottili mutamenti della loro espressione facciale o della loro postura, e riconosciamo cambiamenti nei nostri stati basati sull'esperienza somatica o cinestesica» (194). Queste comunicazioni implicite sono espresse all'interno dell'alleanza terapeutica tra i sistemi del cervello destro del cliente e del terapeuta. I neuroscienziati sostengono che: «Gli esseri umani si affidano in larga misura a canali non verbali di comunicazione nei loro scambi quotidiani emotivi e interpersonali. Il canale verbale, il linguaggio, è un mezzo relativamente povero per esprimere la qualità, l'intensità e le sfumature emotive e affettive nelle differenti situazioni sociali... si ritiene che il volto abbia il primato nel segnalare l'informazione affettiva» (Mandal, Ambady, 2004, 23)

Come nel contesto di sviluppo dell'attaccamento, le comunicazioni implicite cervello destro-cervello destro sono un veicolo essenziale all'interno della relazione terapeutica. L'emisfero destro è importante nell'elaborazione della «musica» che sta dietro alle nostre parole. Quando ascoltiamo un discorso, ci affidiamo a una serie di segnali sui quali basare la nostra inferenza riguardo all'intento comunicativo degli altri. Per interpretare il significato di un discorso, il modo in cui qualcosa viene detto è tanto importante quanto ciò che viene effettivamente detto. La prosodia (il tono emozionale della voce) trasmette sfumature di significato differenti attraverso variazioni dell'enfasi e dell'intonazione, indipendentemente dalle parole e dalla costruzione grammaticale. Questi

dati suggeriscono che gli elementi preverbali del linguaggio – intonazione, tono, forza e ritmo – suscitano reazioni derivate dalle relazioni precoci madre-bambino, i modelli operativi interni di attaccamento. In scritti recenti Andrade (2005) conclude: «è il contenuto affettivo della voce dell'analista – e non il contenuto semantico – che ha un impatto sul magazzino di memorie implicite del paziente» (683).

Durante momenti affettivi intensi questi dialoghi del cervello destro tra l'inconscio relazionale di entrambi, cliente e terapeuta (come le comunicazioni di attaccamento del bambino e della madre), sono esempi di «comunicazione del processo primario». Secondo Dorpat (2001): «Il sistema del processo primario analizza, regola e comunica le relazioni di un individuo con l'ambiente» (449). Ancora: «l'informazione affettiva e relazionale intorno all'oggetto è trasmessa prevalentemente dalla comunicazione del processo primario. La comunicazione non verbale comprende i movimenti del corpo (cinesica), la postura, la gestualità, l'espressione del volto, l'inflessione della voce e la sequenza, il ritmo e il tono delle parole pronunciate» (451). Insieme agli psicoanalisti che hanno preso in considerazione l'implicazione del cervello destro nelle funzioni del processo primario (vedi Schore, 1994), i ricercatori nel campo delle neuroscienze adesso sostengono: «l'emisfero destro opera in un modo più libero-associativo, alla maniera del processo primario, che si osserva tipicamente in stati quali il sognare o negli stati di rêverie» (Grabner, Fink, Neubauer, 2007, 228).

È importante sottolineare che tutte queste comunicazioni non verbali, implicite, non cosce, cervello destro/mente/corpo sono bidirezionali e perciò intersoggettive³. Come scrive Meares (2005): «Non è soltanto il terapeuta ad essere influenzato inconsciamente da una serie di segnali lievi e, in alcuni casi, subliminali, ma lo è anche il paziente. Dettagli della postura, dello sguardo, del tono della voce, perfino della respirazione del terapeuta sono registrati ed elaborati. Un terapeuta sofisticato può usare questa elaborazione in modo vantaggioso, potenziando un cambiamento nello stato del paziente senza o oltre all'uso delle parole» (124).

Le transazioni intersoggettive implicite cervello destro-cervello destro mediano ciò che Sander (1992) chiama «momenti di incontro» tra paziente e terapeuta. Dati di natura neurobiologica suggeriscono che «mentre l'emisfero sinistro media la maggior parte dei comportamenti linguistici, l'emisfero destro è importante per gli aspetti più ampi della comunicazione» (van Lancker, Cummings, 1999, 95). A. Schore (2003b) propone che, proprio come il cervello sinistro comunica i suoi stati ad altri cervelli sinistri attraverso comportamenti linguistici consci, così il cervello destro comunica non verbalmente i suoi stati inconsci ad altri cervelli destri che sono sintonizzati per ricevere queste comunicazioni. La teoria della regolazione descrive perciò come, al di sotto degli scambi

³ Vedi Schore, 2003b, per un modello della identificazione proiettiva emisfero destro-emisfero destro: un processo fondamentale di comunicazione implicita all'interno dell'alleanza terapeutica.

mediati dal linguaggio, gli affetti impliciti del cliente sono comunicati ai sistemi impliciti del terapeuta e regolati da essi. In altre parole, la psicoterapia relazionale intersoggettiva non è la cura del «parlare» ma del «comunicare».

L'intersoggettività è perciò più che un incontro o una comunicazione di cognizioni esplicite. Affetti basati sul corpo, regolati e disregolati, vengono comunicati all'interno del campo intersoggettivo costruito insieme da due individui, cosicché questo campo include non solo due menti, ma due corpi (Schoore, 1994, 2003a, 2003b). Al centro psicobiologico del campo intersoggettivo costruito insieme c'è il legame di attaccamento della comunicazione delle emozioni e della regolazione interattiva. Le comunicazioni intersoggettive implicite sono perciò processi psicobiologici somatici regolati e disregolati in modo interattivo che mediano stati emotivi condivisi consci e inconsci, e non soltanto contenuti mentali. La funzione biologica essenziale delle comunicazioni di attaccamento in tutte le interazioni umane, comprese quelle impresse nel nucleo psicobiologico dell'alleanza terapeutica, è la regolazione degli stati del cervello destro/mente/corpo. Queste idee sono in accordo con la conclusione di Shaw (2004): «La psicoterapia è un processo sostanzialmente incarnato. Se la psicoterapia è un'indagine nello spazio intersoggettivo tra cliente e terapeuta, allora come professionisti è necessario che consideriamo le nostre reazioni fisiche molto più seriamente di quanto abbiamo fatto finora perché... il corpo è "la vera base della soggettività umana"» (271).

Transfert–controtransfert e regolazione degli affetti: meccanismi del cervello destro implicati nel cambiamento terapeutico

La prospettiva del processo del trattamento, secondo la teoria della regolazione del cervello destro, consente una comprensione più profonda dei fattori critici intersoggettivi che operano ai livelli impliciti dell'alleanza terapeutica, al di sotto degli scambi del linguaggio e delle cognizioni esplicite. Uno di questi meccanismi essenziali è la relazione transfert-controtransfert. Esiste oggi un consenso crescente, nonostante l'esistenza di un certo numero di prospettive teoriche distinte nel lavoro clinico, che i concetti di transfert e controtransfert rappresentino un terreno comune. La nostra prospettiva neuro-psicoanalitica della teoria della regolazione descrive il ruolo centrale delle comunicazioni non verbali implicite cervello destro-cervello destro (espressione del volto, prosodia o tono della voce, gestualità) nelle transazioni affettive inconsce di transfert-controtransfert, un elemento essenziale del trattamento di gravi psicopatologie e un meccanismo comune di tutte le forme di psicoterapia.

Modelli psicoanalitici recenti del transfert sostengono che «non si può fare a meno dell'emozione per comprendere il transfert» (Pincus, Freeman e Modell, 2007, 634) e che «il transfert si distingue per il fatto di dipendere da modelli precoci di attaccamento emozionale con i caregiver» (636). I teorici clinici descrivono il transfert come «un modello stabilito di relazione e di risposta emotiva che è suggerito da qualcosa nel presente, ma che

frequentemente evoca sia uno stato affettivo sia pensieri che possono avere più a che fare con l'esperienza passata di quelli del presente» (Maroda, 2005, 134). Questo concetto trova eco in ambito neuroscientifico, dove Shuren e Grafman (2002) affermano: «L'emisfero destro contiene rappresentazioni degli stati emotivi associati a eventi vissuti dall'individuo. Quando quell'individuo incontra uno scenario familiare, le rappresentazioni di esperienze emozionali passate vengono recuperate dall'emisfero destro e incorporate nel processo di ragionamento» (918).

Altri ricercatori riportano che l'emisfero destro è coinvolto in modo sostanziale nell'elaborazione inconscia degli stimoli emotivi (Mlot, 1998) e nella memoria autobiografica (Markowitsch, Reinkemeier, Kessler, Koyuncu e Heiss, 2000).

Secondo Gainotti (2006), «l'emisfero destro può essere coinvolto in modo cruciale in quei ricordi di emozioni che devono essere riattivati e rielaborati durante il trattamento psicoanalitico» (167). Nel discutere il ruolo dell'emisfero destro come «sede della memoria implicita», Mancina (2006) osserva: «la scoperta della memoria implicita ha ampliato il concetto di inconscio e sostiene l'ipotesi che questo è il luogo nel quale sono immagazzinate le esperienze pre-simboliche e preverbalì emotive e affettive – talvolta traumatiche – delle relazioni primarie madre-bambino» (83). Queste memorie procedurali implicite sono espresse in comunicazioni di transfert non verbali cervello destro-cervello destro, automatiche, veloci, relative a stati emotivi stressanti centrati sul corpo, sia regolati sia, specialmente, disregolati. Il transfert è stato descritto come «un'espressione delle percezioni implicite e delle memorie implicite del paziente» (Bornstein, 1999, 170).

Le transazioni transfert-controtransfert rappresentano perciò comunicazioni non cosce e non verbali cervello destro-mente-corpo e sono produzioni sia del sistema nervoso centrale che del sistema nervoso autonomo. Indicatori di transfert facciali sono espressi in segnali affettivi visivi e uditivi rapidamente apprezzati dal volto del terapeuta. Il controtransfert è definito in modo simile in termini non verbali impliciti come l'insieme delle «risposte autonome (relative all'attivazione del sistema nervoso autonomo) del terapeuta che sono reazioni, a livello inconscio, a messaggi non verbali» (Jacobs, 1994, 749). Nel monitorare le risposte somatiche controtransferali, il cervello destro del clinico empatico psicobiologicamente sintonizzato segue, a un livello preconsco, non solo i ritmi dell'*arousal* e i flussi degli stati affettivi del paziente, ma anche le proprie risposte affettive somatiche, controtransferali, enterocettive e basate sul corpo, alle comunicazioni implicite facciali, prosodiche e gestuali del paziente. In questo modo «l'emisfero destro, in effetti, interpreta veramente lo stato mentale non solo del proprio cervello, ma anche dei cervelli (e delle menti) degli altri» (Keenan, Rubio, Racioppi, Johnson e Barnacz, 2005, 702).

In questo dialogo intersoggettivo, il clinico intuitivo, psicobiologicamente sintonizzato, apprende momento per momento fin dal primo contatto le strutture ritmiche, non verbali, relative agli stati interni del cliente e modifica in modo fluido e flessibile il proprio comportamento per sincronizzarsi con quella struttura, creando così insieme al cliente un contesto che facilita la crescita per l'organizzazione dell'alleanza terapeutica.

L'attaccamento tra terapeuta e cliente si stabilisce nel corso del tempo, rendendo possibile l'espressione di esperienze socio-emozionali che evocano la storia dell'attaccamento originale madre-bambino. Negli stadi successivi del trattamento, il monitoraggio da parte del clinico sensibile e empatico del processo psicobiologico inconscio, piuttosto che del contenuto verbale conscio, richiede l'attivazione del cervello destro per corrispondere agli stati impliciti affettivi e di *arousal* del paziente. Il terapeuta empatico è in risonanza anche con le espressioni implicite e simultanee del cliente, sia di impegno che di disimpegno, all'interno del campo intersoggettivo costruito insieme.

A loro volta, queste collaborazioni delle soggettività del terapeuta e del cliente consentono comunicazioni e regolazioni interattive di stati affettivi disregolati da parte del cervello destro. L'importanza di questa connessione è sottolineata da Whitehead (2006): «Ogni volta che stabiliamo un contatto terapeutico con i nostri pazienti, impegniamo processi profondi che attingono a forze vitali essenziali in noi stessi e in quelli con cui lavoriamo... Le emozioni diventano più profonde in intensità e più sostenute nel tempo quando sono condivise intersoggettivamente. Questo avviene in momenti di contatto profondo» (624).

Questi intensi momenti affettivi offrono anche un'opportunità per la regolazione interattiva degli affetti, l'essenza del processo di attaccamento. Ogden, Pain, Minton e Fisher (2005) concludono: «La regolazione psicobiologica interattiva... fornisce il contesto relazionale entro il quale il cliente può, sentendosi al sicuro, entrare in contatto, descrivere e alla fine regolare l'esperienza interiore ... È l'esperienza del paziente di un'azione che dà un potente senso di efficacia, all'interno del contesto di sicurezza fornito dal background di regolazione interattiva degli affetti messa a disposizione da un clinico empatico psicobiologicamente sintonizzato, che aiuta a realizzare... il cambiamento» (22).

Questi principi clinici sono validi in particolare per il lavoro in *enactment* con pazienti con una storia di relazioni di attaccamento traumatiche e di dissociazione patologica (Ginot, 2009; Schore, 2007, 2009a). Un lavoro simile implica un impegno profondo da parte di entrambi i partecipanti della diade terapeutica e un profondo coinvolgimento emotivo da parte del terapeuta (Tutte, 2004). In effetti, la ricerca indica adesso che la psicoterapia è superiore alla farmacoterapia in pazienti con una storia di trauma infantile precoce (Nemeroff et al., 2003) e che la terapia psicodinamica a lungo termine è efficace nel trattamento di disturbi della personalità e di disturbi mentali cronici (Leichsenring e Rabung, 2008). In ultima analisi, il trattamento psicoterapeutico efficace di patologie del Sé ad evoluzione precoce (come i gravi disturbi della personalità) può facilitare cambiamenti nel cervello destro, comprese modificazioni del modello operativo interno, e strategie più efficaci per affrontare la regolazione degli affetti. Questo meccanismo neurobiologico interpersonale consente un trattamento ottimale per trasformare potenzialmente attaccamenti «insicuri» in attaccamenti in cui «la sicurezza è stata conquistata».

È certamente vero che la mente conscia del cervello sinistro del clinico contribuisce

in modo importante al processo del trattamento. Ma, forse più di altre modalità di trattamento, i modelli psicoterapeutici psicodinamici si stanno adesso concentrando intensamente sulle funzioni critiche della «mente inconscia destra» del terapeuta. L'emisfero destro gioca un ruolo dominante nell'elaborazione dell'informazione relativa al Sé nella teoria affettiva della mente (Schoore, 2003b), nell'empatia (Schoore, 1994; Shamay-Tsoory, Tomer, Berger e Aharon-Peretz, 2003), come anche nella mentalizzazione (Ohnishi et al., 2004). Tutti aspetti del processo del trattamento. Una serie di studi indica attualmente che la psicoterapia induce cambiamenti nel cervello. Glass (2008) riassume così queste scoperte: «la ricerca recente legata al *neuroimaging*, alla biologia molecolare e alla neurogenetica ha mostrato che la psicoterapia cambia la funzione e la struttura del cervello. Questi studi hanno mostrato che la psicoterapia opera modificazioni del flusso ematico regionale cerebrale, del metabolismo dei neurotrasmettitori, dell'espressione genica e modificazioni persistenti della plasticità sinaptica» (1589).

Il campo della psicoanalisi clinica ha sempre messo in evidenza concetti come sensibilità clinica, empatia e creazione di un senso di sicurezza per il cliente, come anche l'uso disciplinato del Sé nel formare un'alleanza terapeutica. Nel caso delle patologie precoci del Sé si può realizzare un contatto emozionale profondo e una regolazione interattiva degli affetti, in una psicoterapia a breve o a lungo termine, se i principi neurobiologici del lavoro con gli affetti consci ed inconsci sono attivati, sia nella mente sia nel corpo del terapeuta. In questo lavoro impegnativo, più che la comprensione cognitiva, sono i fattori relazionali a costituire il nucleo del meccanismo di cambiamento. Per essere efficace in modo ottimale in questi disturbi della regolazione degli affetti, il clinico esperto deve avere accesso non soltanto al Sé esplicito, ma in modo ancora più importante al Sé implicito, basato sul corpo, formatosi nella storia delle sue specifiche vicende di attaccamento. La teoria della regolazione stabilisce perciò che essenzialmente il lavoro intersoggettivo della psicoterapia non è definito da quello che il terapeuta dice o fa per il paziente (cervello sinistro). Piuttosto, il meccanismo chiave risiede nel come essere con il paziente, specialmente durante momenti affettivamente stressanti quando la soggettività del paziente si sta disintegrando in tempo reale (cervello destro).

Ulteriori implicazioni dei modelli neurobiologici di attaccamento per la psicoanalisi clinica

Recentemente, a partire dal modello clinico di Freud (1895/1966), proposto per la prima volta nel suo Progetto per una Psicologia Scientifica, si è sviluppata un'esplosione di ricerche di carattere neurobiologico e evolutivo (Schoore, 1997). Bowlby era ritornato a questa prospettiva psicobiologica nella fondazione della teoria dell'attaccamento. La progressiva evoluzione della psicoanalisi nella seconda metà del secolo scorso, ha sostenuto l'evoluzione della psicologia dell'Io, delle relazioni oggettuali, del sé e la psicologia relazionale. Ma durante questo periodo, la teoria dell'attaccamento, forse più di ogni altro

modello basato sulla psicoanalisi, ha focalizzato la sensibilità dei clinici psicodinamici sul ruolo delle esperienze e sullo sviluppo precoce come radice di tutto. A partire dagli anni '90, un rinnovato interesse nei processi emozionali e i drammatici progressi delle neuroscienze hanno nuovamente messo l'enfasi sulla componente biologica della struttura bio-psico-sociale, fornendo così notevole sostegno e ampliamento a tutti i concetti teorici psicoanalitici relativi allo sviluppo che erano stati in precedenza sviluppati. Utilizzare queste conoscenze quotidianamente, trovare nuovi accordi nelle valutazioni cliniche, modellare gli interventi terapeutici a partire da una teoria pertinente e fornire una consapevolezza delle funzioni adattive non conscie del Sé implicito, sono alcuni dei profondi risultati di questa integrazione teoretica. Bowlby aveva affermato originariamente che il comportamento di attaccamento era basato sul bisogno di sicurezza e di una base sicura. Un aggiornamento psicobiologico delle sue concettualizzazioni mostra che il meccanismo evolutivo dell'attaccamento è molto più di questo. Focalizzandosi sullo sviluppo emotivo e sociale, la ricerca neurobiologica dimostra che le dinamiche di attaccamento rappresentano la matrice essenziale per creare un «sé-del-cervello-destro» che può regolare i propri stati interni e le proprie relazioni esterne. Oggi si è d'accordo sul fatto che le esperienze di attaccamento psicobiologico consentono la costruzione e il modellamento di una struttura psichica che ha caratteristiche di unicità in ogni essere umano. Il nostro compito come terapeuti è comprendere e facilitare questo processo di sviluppo con i nostri clienti di tutte le età.

La comprensione dello sviluppo che origina da questo aggiornamento dell'importante lavoro di Bowlby informa modelli più complessi di trattamento dei disturbi precoci dell'attaccamento che si trovano al centro di gravi disturbi della personalità. La teoria della regolazione spiega gli effetti avversi duraturi dei fattori di stress dell'attaccamento sul sistema del sé implicito: da situazioni lievi e «ordinarie» che creano e modellano l'individualità fino ai traumi gravi e all'abbandono che interferiscono con lo sviluppo normale facendolo deragliare e richiedono un coinvolgimento terapeutico a lungo termine per ritrovare la giusta strada (Schore, 1994, 2002a, 2002c, 2003b, 2005, 2009a). Questa prospettiva clinica dello sviluppo è radicata nella consapevolezza esplicita e implicita da parte del clinico del processo di regolazione/disregolazione precoce dell'attaccamento, in una conoscenza completa dello sviluppo emotivo dell'emisfero destro e in una profonda comprensione delle dinamiche della memoria implicita procedurale. È essenziale in questo approccio avere familiarità con i meccanismi rapidi del cervello destro che stanno alla base della comunicazione affettiva non verbale basata sul corpo. Un'acuta appercezione del proprio controtransfert somatico è un elemento chiave del campo intersoggettivo creato insieme tra terapeuta e cliente.

Un numero importante di ricerche scientifiche e cliniche sostengono oggi con forza il fatto che la relazione terapeutica può riparare il danno e creare una struttura nuova più capace di far fronte alle esigenze della vita. La moderna teoria dell'attaccamento/regolazione spiega come la partecipazione del terapeuta alla regolazione «esterna» degli

affetti sostenga l'emergenza di capacità regolatorie «interne» più complesse nel paziente. Il processo psicoterapeutico è basato sullo stesso meccanismo dello sviluppo psicobiologico dell'attaccamento. In questo modo l'alleanza terapeutica agisce come un ambiente sociale che facilita la crescita e che può promuovere non soltanto lo sviluppo di un attaccamento «che ha conquistato la sicurezza» (Phelkos, Belsky, Crnic, 1998), ma anche un'espansione del cervello destro del paziente: il substrato biologico dell'inconscio umano.

Sia nel processo di cambiamento durante lo sviluppo precoce che in quello della psicoterapia, un principio centrale della teoria della regolazione stabilisce che la traiettoria personale della crescita emotiva di qualsiasi individuo, compreso lo sviluppo del suo inconscio, sarà facilitata o inibita dal contesto della sua famiglia e della sua cultura. I risultati dell'attaccamento sono perciò il prodotto delle interazioni sia della natura sia dell'educazione, delle forze e delle debolezze delle predisposizioni biologiche dell'individuo geneticamente codificate (temperamento) e delle relazioni diadiche precoci con i caregiver, racchiuse all'interno di un particolare ambiente sociale (cultura).

Il modello di regolazione dell'attaccamento dà un contributo all'approfondimento della prospettiva bio-psico-socio-culturale del lavoro clinico. Inoltre, il modello relativo allo sviluppo della moderna teoria dell'attaccamento ha implicazioni non soltanto per il coinvolgimento del clinico nel trattamento psicoterapeutico degli individui, ma anche in generale per la cultura. Tucker (1992) osserva: «il cervello del bambino piccolo deve iniziare a partecipare in modo efficace al processo di trasmissione dell'informazione sociale che offre l'ingresso alla cultura» (79). Egli afferma che l'interazione sociale che promuove la differenziazione del cervello è il meccanismo per insegnare «i modelli epigenetici della cultura» (122) e che lo sviluppo sociale riuscito richiede un grado elevato di abilità nel negoziare la comunicazione delle emozioni, «molta della quale è non verbale» (80). Tucker conclude che questa informazione emotiva impegna «negli esseri umani, reti neurali specializzate all'interno dell'emisfero destro» (80). Questa concettualizzazione suggerisce chiaramente un ruolo importante e unico per la psicoanalisi nella salute mentale infantile e nella maturazione ottimale del cervello destro e perciò nello sviluppo più complesso dei sistemi inconsci. In particolare, i programmi di attaccamento potrebbero giocare un ruolo determinante nella prevenzione e nell'intervento precoce su situazioni a rischio psicopatologico.

SINTESI

Gli Autori riprendono la teoria dell'attaccamento di Bowlby come amalgama di psicoanalisi e biologia comportamentale e la riformulano inscrivendola all'interno del nuovo panorama delineato dai progressi delle neuroscienze. Da questo punto di vista, ad esempio, la teoria di Bowlby più che una teoria centrata sul bisogno di sicurezza si rivela essere una teoria della regolazione. Nella stessa prospettiva gli Autori formulano l'ipotesi, sostenuta da alcuni dati della ricerca neurobiologica, che le esperienze di attaccamento diano forma all'organizzazione precoce del cervello destro, inteso come nucleo neurobiologico dell'inconscio umano.

PAROLE CHIAVE: Attaccamento, regolazione, inconscio, cervello destro

BIBLIOGRAFIA

- Andrade V. M. (2005). Affect and the therapeutic action in psychoanalysis. *Int. J. Psycho-Anal.*, 86, 677-697.
- Bargh J. A., Morsella E. (2008). The unconscious mind. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 73-79.
- Bornstein R. F. (1999). Source amnesia, misattribution, and the power of unconscious perceptions and memories. *Psychoanal. Psychol.*, 16, 155-178.
- Bowlby J. (1969-1982). *Attaccamento e perdita*, Vol. 1. Torino, Boringhieri, 1976.
- Bowlby J. (1988). *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Milano, Cortina, 1989.
- Brancucci A., Lucci G., Mazzatenta A., Tommasi L. (2009). Asymmetries of the human social brain in the visual, auditory and chemical modalities. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London Biological Sciences*, 364, 895-914.
- Bucci, W. (2002). The referential process, consciousness, and the sense of self. *Psychoanalytic Inquiry*, 5, 766-793.
- Burgoon J.K. (1985). Nonverbal signals. In M.L. Knapp, C.R. Miller (a cura di.), *Handbook of interpersonal communication* (344-390). Beverly Hills, CA, Sager Publ.
- Cozolino L. (2002). *The neuroscience of psychotherapy*. New York, W.W. Norton.
- Decety J., Chaminade T. (2003). When the self represents the other: A new cognitive neuroscience view on psychological identification. *Consciousness and Cognition*, 12, 577-596.
- Devinsky O. (2000). Right cerebral hemispheric dominance for a sense of corporeal and emotional self. *Epilepsy & Behavior*, 1, 60-73.
- Dorpat T.L. (2001). Primary process communication. *Psychoanal. Inq.*, 3, 448-463.
- Feinberg T.E., Keenan J.P. (2005). Where in the brain is the self? *Consciousness and Cognition*, 14, 661-678.
- Freud S. (1895-1966). Project for a scientific psychology. In J. Strachey (a cura di) *Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 1, 295-397). Londra, Hogarth Press (Original work published 1895). Ed. italiana: *Progetto di una Psicologia*. O.S.F., 2.
- Gainotti G. (2006). Unconscious emotional memories and the right hemisphere. In M. Mancina (a cura di), *Memorie emozionali inconscie ed emisfero destro*. In *Psicoanalisi e Neuroscienze*. Milano, Springer Verlag, 2007.
- Ginot E. (2009). The empathic power of enactments. The link between neuropsychological processes and an expanded definition of empathy. *Psychoanal. Psychol.*, 26, 290-309.
- Glass R.M. (2008). Psychodynamic psychotherapy and research evidence. Bambi survives Godzilla? *J. Am. Medical Assn.*, 300, 1587-1589.
- Grabner R.H., Fink A., Neubauer A.C. (2007). Brain correlates of self-related originality of ideas: Evidence from event-related power and phase-locking changes in the EEG. *Behavioral Neuroscience*, 121, 224-230.
- Jacobs T.J. (1994). Nonverbal communications: some reflections on their role in the psychoanalytic process and psychoanalytic education. *J. Am. Medical Assn.*, 42, 741-762.
- Keenan J.P., Rubio J., Racioppi C., Johnson A., Barnacz, A. (2005). The right hemisphere and the dark side of consciousness. *Cerebral Cortex*, 41, 695-704.
- Kohut H. (1971). *Narcisismo e analisi del Sé*. Torino, Boringhieri, 1977.
- Leichsenring F., Rabung S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy. A meta-analysis. *J. Am. Medical Assn.*, 300, 1551-1565.
- Lyons-Ruth K. (1999). The two-person unconscious: Intersubjective dialogue, enactive relational representation, and the emergence of new forms of relational organization. *Psychoanal. Inq.*, 19, 576-617.
- Lyons-Ruth K. (2000). «I sense that you sense that I sense...»: Sander's recognition process and the specificity

of relational moves in the psychotherapeutic setting. *Infant Mental Health Journal*, 21, 85-98.

Mahler M., Pine F., Bergman A. (1975). *La nascita psicologica del bambino*. Torino, Boringhieri, 1978.

Mancia M. (2006). Implicit memory and early unrepressed unconscious: Their role in the therapeutic process (How the neurosciences can contribute to psychoanalysis). *Int. J. Psycho-Anal.*, 87, 83-103.

Mandal M.K., Ambady N. (2004). Laterality of facial expressions of emotion: Universal and culture-specific influences. *Behavioral Neurology*, 15, 23-34.

Markowitsch H.J., Reinkemeier A., Kessler J., Koyuncu A., Heiss W.D. (2000). Right amygdalar and temperofrontal activation during autobiographical, but not fictitious memory retrieval. *Behavioral Neurology*, 12, 181-190.

Maroda K.J. (2005). Show some emotion: completing the cycle of affective communication. In L. Aron & A. Harris (a cura di), *Revolutionary connections. Relational psychoanalysis. Vol. II. Innovation and expansion*. Hillsdale, NJ, Analytic Press.

Meares R. (2005). *The metaphor of play: Origin and breakdown of personal being*. Londra, Routledge.

Miller B.L., Seeley W.W., Mychack P., Rosen H.J., Mena I., Boone K. (2001). Neuroanatomy of the self: Evidence from patients with frontotemporal dementia. *Neurology*, 57, 817-821.

Minagawa-Kawai Y., Matsuoka S., Dan I., Naoi N., Nakamura K., Kojima S. (2009). Prefrontal activation associated with social attachment: facial-emotion recognition in mothers and infants. *Cerebral Cortex*, 19, 284-292.

Mlot C. (1998). Probing the biology of emotion. *Science*, 280, 1005-1007.

Nemeroff C.B., Heim C.M., Thase M.E., Klein D.N., Rush A.J., Schatzberg A.F. et al. (2003). Differential responses to psychotherapy versus pharmacotherapy in patients with chronic forms of major depression and childhood trauma. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 100, 14293-14296.

Ogden P., Pain C., Minton K., Fisher J. (2005). Including the body in mainstream psychotherapy for traumatized individuals. *Psychologist-Psychoanalyst*, 25(4), 19-24.

Ohnishi T., Moriguchi Y., Matsuda H., Mori T., Hirakata M., Imabayashi E. et al. (2004). The neural network for the mirror system and mentalizing in normally developed children: An fMRI study. *NeuroReport*, 15, 1483-1487.

Orlinsky D.E., Howard K.I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S.L. Garfield e A.E. Bergin (a cura di), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York, Wiley.

Ovtscharoff W., Braun K. (2001). Maternal separation and social isolation modulate the postnatal development of synaptic composition in the infralimbic cortex of octodondegus. *Neuroscience*, 104, 33-40.

Palombo J., Bendicson H.K., Koch B.J. (2009). *Guide to psychoanalytic developmental theories*. New York, Springer.

Phelkos J.L., Belsky J., Crnic K. (1998). Earned security, daily stress, and parenting: A comparison of five alternative models. *Development and Psychopathology*, 10, 21-38.

Pincus D., Freeman W., Modell A. (2007). A neurobiological model of perception: Considerations for transference. *Psychoanalytic Psychology*, 24, 623-640.

Ryan R.M. (2007). Motivation and emotion: A new look and approach for two reemerging fields. *Motivation and Emotion*, 31, 1-3.

Sander L. (1992). Letter to the Editor. *Int. J. Psycho-Anal.*, 73, 582-584.

Scaer R. (2005). *The trauma spectrum: hidden wounds and human resiliency*. New York, W. W. Norton.

Schore A.N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self*. Mahweh, NJ, Erlbaum.

Schore A.N. (1996). The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8, 59-87.

Schore A.N. (1997). A century after Freud's Project: Is a rapprochement between psychoanalysis and neurobiology at hand? *J. Am. Psychoanal. Assn.*, 45, 841-867.

Schore A.N. (2000). Attachment and the regulation of the right brain. *Attachment and Human Development*, 2,

23-47.

Schore A.N. (2001a). Minds in the making: Attachment, the self-organizing brain, and developmentally-oriented psychoanalytic psychotherapy. *British Journal of Psychotherapy*, 17, 299-328.

Schore A.N. (2001b). The effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 7-66.

Schore A.N. (2002a). Advances in neuropsychanalysis, attachment theory, and trauma research: Implications for self psychology. *Psychoanal. Inq.*, 22, 433-484.

Schore A.N. (2002b). The right brain as the neurobiological substratum of Freud's dynamic unconscious. In D. Scharff (a cura di), *The psychoanalytic century: Freud's legacy for the future* (61-88). New York, Other Press.

Schore A.N. (2002c). Dysregulation of the right brain: a fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 9-30.

Schore A.N. (2003a). *I disturbi del sé. La disregolazione degli affetti*. Roma, Astrolabio, 2010.

Schore A.N. (2003b). *La regolazione degli affetti e la riparazione del sé*. Roma, Astrolabio, 2008.

Schore A.N. (2005). A neuropsychanalytic viewpoint. Commentary on a paper by Stephen H. Knoblauch. *Psychoanal. Dial.*, 15, 829-854.

Schore A.N. (2007). Review of Philip Bromberg's «Awakening the Dreamer: Clinical Journeys». *Psychoanal. Dial.*, 17, 753-767.

Schore A.N. (2009a). Relational trauma and the developing right brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1159, 189-203.

Schore A.N. (2009b). Right brain affect regulation: An essential mechanism of development, trauma, dissociation, and psychotherapy. In D. Fosha, D. Siegel, M. Solomon (a cura di), *The healing power of emotion: Affective neuroscience, development, & clinical practice* (112-144). New York, W. W. Norton.

Schore J., Schore A. (2008). Modern attachment theory: The central role of affect regulation in development and treatment. *Clinical Social Work Journal*, 36, 9-20.

Shamay-Tsoory S.G., Tomer R., Berger B.D., Aharon-Peretz J. (2003). Characterization of empathy deficits following prefrontal brain damage: The role of the right ventromedial prefrontal cortex. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 15, 324-337.

Shaw R. (2004). The embodied psychotherapist: An exploration of the therapists' somatic phenomena within the therapeutic encounter. *Psychotherapy Research*, 14, 271-288.

Shuren J. E., Grafman J. (2002). The neurology of reasoning. *Archives of Neurology*, 59, 916-919.

Siegel D.J. (1999). *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Milano, Cortina, 2001.

Stern D.N. (2005). Intersubjectivity. In E.S. Person, A.M. Cooper, G.O. Gabbard (a cura di), *Textbook of psychoanalysis* (77-92). Washington, DC, American Psychiatric Publ..

Tucker D.M. (1992). Developing emotions and cortical networks. In M.R. Gunnar e C.A. Nelson (a cura di), *Minnesota symposium on child psychology. Vol. 24. Developmental behavioral neuroscience* (75-128). Hillsdale, NJ, Erlbaum.

Tuttle J.C. (2004). The concept of psychical trauma: A bridge in interdisciplinary space. *Int. J. Psycho-Anal.*, 85, 897-921.

vanLancker D., Cummings J.L. (1999). Expletives: Neurolinguistic and neurobehavioral perspectives on swearing. *Brain Research Reviews*, 31, 83-104.

Watt D.F. (2003). Psychotherapy in an age of neuroscience: bridges to affective neuroscience. In J. Corrigan e H. Wilkinson (a cura di), *Revolutionary connections: Psychotherapy and neuroscience* (79-115). Londra, Karnac.

Whitehead C.C. (2006). Neo-psychoanalysis: A paradigm for the 21st century. *J. of the Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 34, 603-627.

