

LA VISIONE MONOCULARE DI SCHORE

Commento a cura di Giuseppe Lago sul libro:

PSICOTERAPIA CON L'EMISFERO DESTRO di Allan N. Schore



Premetto che conosco l'opera di Allan Schore da diversi anni e ho letto almeno tre dei suoi libri¹ e ultimamente mi ero procurato anche i suoi ultimi testi in inglese², tra i quali appunto il volume che mi appresto a commentare, appena uscito (2022) per Cortina editore con il titolo *Psicoterapia con l'emisfero destro*.

Inoltre, tanto ero interessato al tipo di ricerca condotta da Schore, che gli ho dedicato un intero paragrafo nel *Compendio di Psicoterapia* (per una psicoterapia senza aggettivi, FrancoAngeli, 2016), per l'esattezza il paragrafo 5 (intitolato *La dominanza del cervello destro*, pp. 84-87), incluso nel capitolo III del libro (curato con Bernardino Foresi) dal titolo *Le basi neuroscientifiche della psicoterapia* (pp. 71-91).

Ciò che mi aveva colpito era l'esposizione chiara e definita, dal punto di vista neuroscientifico, di tutti i presupposti metodologici che la mia formazione psicomica mi aveva portato ad accettare, senza però avere del tutto le "evidenze" che il buon Schore mi forniva a piene mani con la sua esperienza di ricercatore ed esperto in campo scientifico sperimentale. Avevo avuto lo stesso interesse per un altro neuroscienziato, Mark Solms, soprattutto per il suo lavoro approfondito nel dimostrare che il sognare è un'attività cognitiva³.

Solms, tra l'altro, è il fondatore della rivista *Neuropsychoanalysis* (1999) e della corrente relativa che tende a riunire la psicoanalisi, specificatamente freudiana, con le cosiddette neuroscienze affettive (Damasio, LeDoux, Panksepp, e lo stesso Solms) ma anche le neuroscienze sociali (Cacioppo) e la neuropsicologia nei suoi ultimi sviluppi che seguono la scoperta dei *neuroni specchio* (Rizzolatti et al. 1996). Il punto di contatto tra la neuropsicoanalisi e il campo della psicoanalisi vera e propria sono sicuramente gli studi sulla separazione e perdita (Harlow, Winnicott, Bowlby, Ainsworth, Fonagy et al.). Anche Eric Kandel⁴, con i due articoli celebri (1998, 1999)⁵ propone un metodo neuropsicoanalitico per l'avvenire della psicoanalisi e della psicoterapia in genere.

Insomma, a mio avviso, la neuropsicoanalisi ha sicuramente creato un ponte prima inesistente tra la psicoanalisi come metodo di cura e la ricerca scientifica vera e propria, afferrando il testimone lasciato da Freud nel 1895⁶, quando abbandona il *Progetto per una psicologia*,

¹ Schore A.N. (2003) *La regolazione degli affetti e la riparazione del sé*. Astrolabio, Roma 2008; Schore A.N. (2003) *I disturbi del sé. La disregolazione degli affetti*. Astrolabio, Roma 2010; Schore A.N. (2012) *The Science of the Art of Psychotherapy*.

² *Right brain psychotherapy* (2019); *The development of the unconscious mind* (2019).

³ Anche di questo autore parlo nel *Compendio* (cap. IV, par. 8 pp. 123-127). Solms M. (2000) *Dreaming and REM sleep are controlled by different brain mechanisms*, Behavioral & Brain Sciences; Solms M., Turnbull O. (2002) *Il cervello e il mondo interno. Introduzione alle neuroscienze dell'esperienza soggettiva*. Cortina, Milano 2004.

⁴ Premio Nobel per la medicina 2000.

⁵ Kandel E.R. (1998) *A new intellectual framework for psychiatry*. Am. Jour. Psych., 155:457-469.; Kandel E.R. (1999) *Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited*. Am. Jour. Psych., 156, 505-524.

⁶ Freud S. (1895) *Progetto per una psicologia*. OSF vol.2.

riconoscendo come velleitaria la sua intenzione di spiegare il funzionamento mentale con le nozioni di neuroscienza della sua epoca. Purtroppo, la presenza ingombrante del corpus freudiano ha spesso condizionato Solms e i vari autori della neuropsicoanalisi, i quali hanno dato talvolta l'impressione di volere a tutti i costi fornire una base scientifica ai concetti della metapsicologia di Freud. Così, a un metodo dichiaratamente speculativo (la metapsicologia) si è voluto dare da parte dei neuropsicoanalisti il valore di un'intuizione precorritrice e lungimirante, col risultato di reificare concetti nati dalla genialità speculativa clinico-filosofica di Freud (come Es, Io, Super-io, pulsione, regressione, rimozione etc.). I termini metapsicologici sono stati così catapultati fuori dall'ambito della psicoanalisi come metodo e chiave di lettura culturale dei processi mentali e interpersonali, per essere collocati nell'arida e prosaica dimensione neurofisiologica e neuropatologica. Fino al paradosso di dare luogo a una riedizione, naturalmente molto più complessa e ricca di evidenze dimostrabili e inconfutabili, della frenologia di Franz Joseph Gall⁷, ossia di colui che per primo nell'Ottocento provò ad attribuire qualità mentali alle diverse aree del cervello, studiando la conformazione esterna del cranio (i cosiddetti bernoccoli). Il problema infatti non sta nella validità e correttezza delle ricerche neuroscientifiche e nella giusta ambizione di definire sempre meglio la funzionalità del cervello e di tutto il SNC e il SNA, ma di voler fare un salto che rischia di essere un volo pindarico, dallo studio neurofisiopatologico al campo immediato della psicoanalisi, fino al campo della psicoterapia in genere.

Lo stesso atteggiamento mi sembra di intravedere nella proposizione di Schore. Il che mi fa pensare che nella neuropsicoanalisi convivano due impostazioni corrispondenti alle epistemologie delle discipline (psicoanalisi e neuroscienza) sulle quali essa si concentra. Da una parte una validissima attitudine di ricerca sperimentale proficua e sempre più avanzata nel campo della struttura del cervello e annessi, dall'altra parte una "necessità" comprensibile, ma a volte improvvida, di voler tradurre nella clinica in modo affrettato le scoperte evidenziate dalle neuroscienze. Insomma, è come se una scoperta della fisica, come la fusione nucleare, si volesse rendere disponibile nell'immediato, senza i tempi necessari per la sua applicazione e utilizzazione nella vita quotidiana.

A tal proposito, ritengo sia il caso di citare testualmente alcune affermazioni di Schore contenute nel libro:

[...] la mente cosciente risiede nell'emisfero sinistro, mentre la mente inconscia, che opera a livelli al di sotto della consapevolezza, risiede nell'emisfero destro [...] (Schore, 2019, p. 47)

[...] suggerisco ora che il preconcio di Freud rappresenti il luogo neurobiologico orbito-frontale dei modelli operativi interni inconsci di Bowlby, responsabili della codifica delle strategie di regolazione degli affetti [...] (p. 118)

[...] negli ultimi tre decenni, ho lavorato sul *Progetto* di Freud per elaborare la moderna psicoanalisi, lo studio dei sistemi cerebrali che processano le informazioni a livello non conscio, suggerendo specificamente che l'emisfero destro rappresenta il substrato psicobiologico dell'inconscio umano. Questa ricerca in rapida espansione sull'emisfero destro agisce come fonte delle origini essenziali, delle funzioni adattive, delle dinamiche rapide e della patogenesi dell'inconscio umano. Questi studi sperimentali, teorici e clinici, possono chiarire il meccanismo più profondo dell'inconscio invisibile e onnipresente nella vita quotidiana.

Inoltre le recenti scoperte sulle neuroscienze dell'emisfero destro e sulla neuropsicoanalisi della mente inconscia possono agire come una forza integrativa nella teoria psicoanalitica e nella pratica clinica. La struttura neuropsicoanalitica, situata nell'emisfero destro, integra varie teorie psicoanalitiche relative a diverse funzioni della mente, tutte centrate sul costrutto fondamentale della psicoanalisi, l'inconscio, il principio organizzatore centrale dell'intero campo. Il costrutto di inconscio si è così spostato da un'astrazione intangibile, immateriale e metapsicologica della mente a una funzione euristica psiconeurobiologica di un cervello tangibile che ha forma materiale. Così, ora abbiamo una controplica alle critiche precedenti della psicoanalisi: la teoria psicoanalitica

⁷ Franz Joseph Gall (1758 –1828).

scientificamente fondata può generare ipotesi che possono essere testate sperimentalmente ed è in grado di formulare approcci clinici più complessi. [...] (p. 180-181).

Come si vede, ci sono tutti i punti di reperi che ho evidenziato: la furia apodittica di reificare la mente e la metapsicologia freudiana, dandogli una localizzazione cerebrale, il recupero del *Progetto* di Freud, il bisogno di applicare immediatamente le nozioni neuroscientifiche nella pratica clinica, la rivendicazione di una convalida della psicoanalisi con la psiconeurobiologia, per controbattere anni ed anni di critiche e confutazioni del metodo e della teoria freudiana, colpita al cuore dalle scoperte neuroscientifiche, a favore degli altri indirizzi, soprattutto quello cognitivista.

A questo proposito, non posso fare a meno di citare il passaggio dove Schore si premura di fare la differenza tra la terapia cognitivo-comportamentale e la psicoterapia psicodinamica, come la intende lui:

[...] Questa forma esplicita di regolazione degli affetti è eseguita dall'emisfero sinistro verbale, e l'*emozione inconscia basata sulla corporeità non viene in genere affrontata*. In contrasto con questo sistema cosciente di regolazione delle emozioni, la psicoterapia psicodinamica si concentra su funzioni fondamentali di regolazione implicite degli affetti eseguite dall'emisfero destro, il substrato biologico dell'inconscio umano. Questo sistema laterale destro elabora rapidamente e automaticamente l'espressione facciale, la qualità vocale, il contatto visivo e i cambiamenti corporei in un contesto relazionale. La terapia psicodinamica tenta, quindi, non il controllo, ma l'accettazione o la facilitazione di emozioni particolari, comprese *le emozioni rimosse in modo difensivo*, per permettere al paziente di tollerarle e trasformarle in emozioni adattive. [...] (Schore, 2019, p. 121-122).

Non so quanti colleghi che seguono l'indirizzo cognitivo-comportamentale sarebbero d'accordo con le affermazioni di Schore. Certo, mi viene da pensare che il nostro autore sia poco informato (non voglio pensare che sia in malafede) e abbia un'idea del cognitivismo perlomeno datata e senz'altro lontana dall'attualità contemporanea. Dal canto mio, pur avendo una formazione psicodinamica, sono almeno vent'anni che sostengo nei miei libri un metodo integrato in psicoterapia (senza aggettivi) e cerco un *common ground* e non facili schemi per svalutare l'impostazione di chi proviene da altri paradigmi.

Purtroppo, lo schematismo di Schore non si limita a definire il cognitivismo un intervento razionale e anaffettivo (cervello sinistro) e la psicoanalisi il metodo per eccellenza che si serve delle emozioni e dell'empatia nel setting, commettendo il grave errore di ignorare quanto l'APA (American Psychological Association) intende come fattore comune di tutte le psicoterapie, cioè in primo luogo *l'alleanza terapeutica*, la quale quindi non risulta in alcun modo, nelle ricerche di meta-analisi⁸ una prerogativa esclusiva degli interventi psicodinamici (cfr. Lago. G. *Compendio di Psicoterapia*, cap. II, *I fattori comuni della psicoterapia*).

In effetti tutto il libro, a mio avviso, gira intorno a questo fattore comune della psicoterapia che è *l'alleanza terapeutica*. Lo sforzo di Schore consiste nel dimostrare sia la dominanza dell'emisfero destro, che si sviluppa prima del sinistro e poi "conduce" la mente dal basso (*bottom-up*), «al di sotto delle parole», con le comunicazioni «da emisfero destro a emisfero destro», basate sul linguaggio non verbale (espressioni facciali, prosodia del linguaggio, elementi tattili e gestuali). Insomma, l'autore ci invita a tener conto della «musica dietro le parole», più che ai concetti e alla logica. E se a tutto ciò egli stesso dà il nome di regolazione affettiva empatica, direi che non possiamo che convenire ma nello stesso tempo notare che Schore sfonda una porta aperta da anni e, nel mio caso dichiarata a pieno titolo nel *Compendio*, in vari capitoli e in vari contesti. Che la *fase empatica* sia il punto iniziale di qualsiasi psicoterapia senza aggettivi è affermato dalle fonti più disparate e ha matrici cliniche e sperimentali per le quali rimando al mio libro e come esempio riporto qui uno degli argomenti più affascinanti da me citati, come quello dei *neuroni specchio*, che fanno dell'empatia un

⁸ Metodologia EBPP (*Evidence-based Practice in Psychology*).

argomento scientifico ormai pienamente riconosciuto da tutti. Ebbene, il prof. Schore, trattando in lungo e largo dell'empatia e distinguendo il *terapeuta empatico*, che agisce in sintonia con l'emisfero destro proprio e del paziente, dal *terapeuta disempatico*, che mette in atto verbalizzazioni anaffettive scaturite dall'emisfero sinistro, "dimentica" di citare Rizzolatti e la sua enorme scoperta, ma non si degnava nemmeno di accennare una sola volta ai *mirror neurons*. Perché? Eppure tutto il suo libro è permeato di corporeità e relazionalità, contrapposta sempre a una presunta azione emisferica sinistra dei terapeuti che usano le parole, invece di lasciarsi "regredire" in compagnia del paziente, in una riedizione post-datata dell'analisi reciproca di Ferenczi, autore cui spesso Schore fa riferimento. Leggiamo quanto segue:

[...] Nel corso delle spontanee comunicazioni emotive psicobiologiche non verbali emisfero destro-emisfero destro, al di sotto delle parole, la diade terapeutica stabilisce congiuntamente il nascente sviluppo della promettente alleanza terapeutica. In queste comunicazioni emotive emergenti, l'empatia emotiva funzionale dell'emisfero destro del terapeuta, un meccanismo chiave dell'azione psicoterapeutica, è una proprietà emergente della sua sincronizzazione inter cerebrale strutturale lateralizzata a destra con il paziente. Ciò permette la "presenza emotiva", l'"ascolto reattivo" e il "contatto psicologico" del clinico con questo particolare paziente. Dall'altra parte dell'alleanza terapeutica, la sincronizzazione interemisferica lateralizzata a destra del paziente gli permette di sapere che, a livelli inconsci, si è riconosciuti in modo percettivo e "sentiti" dal terapeuta. In uno stadio iniziale del trattamento straordinariamente tempestivo e sufficientemente strutturato, il paziente e il terapeuta incominciano a stabilire un senso implicito di familiarità reciproca, a costruire gli aspetti positivi dell'alleanza di lavoro, a incominciare a condividere in modo intersoggettivo affetti, da lievi e moderati, e a co-costruire un sistema di regolazione interattiva, il nucleo della dinamica dell'attaccamento, aumentando così la possibilità di un cambiamento terapeutico. [...] (Schore, 2019, p. 75).

Come dicevamo, per spiegare in che modo il terapeuta possa mettersi in contatto «emisfero destro-emisfero destro» con il paziente, Schore ricorre al concetto freudiano di *regressione*, il quale non è, a mio avviso, facilmente estrapolabile dalla teoria classica della psicoanalisi e ovviamente dalla teoria delle pulsioni, per cui non dovrebbe essere assimilabile in un contesto intersoggettivo, come sembra pretendere Schore. Tant'è, il nostro si limita a dire che egli ha riformulato il concetto di regressione di Freud, distinguendo:

- una regressione *topografica interemisferica* (da sinistra a destra)
- una regressione *strutturale intraemisferica* (dalle zone più alte alle zone più basse dell'emisfero destro).

Il motivo per cui Schore recupera il concetto di regressione è dovuto alla necessità di distinguere la regressione *topografica* (presente secondo lui in tutte le psicoterapie), dalla regressione *strutturale* ottenuta dalla psicoterapia da lui sostenuta, la quale arriverebbe alle "parti basse" dell'emisfero destro che l'autore ha designato come il luogo dell'inconscio profondo.

[...] In linea con l'attuale modello intersoggettivo (*two-person*) relazionale del cambiamento psicoterapeutico, questo modello aggiornato del concetto di regressione di Freud riconcettualizza il fenomeno da una regressione strutturale esclusivamente intrapsichica a una regressione interpersonale reciproca per cui entrambi i membri della diade terapeutica fanno esperienza di una regressione sincronizzata regolata interattivamente, così da trasformare potenzialmente una regressione patologica in una regressione adattiva.

[...] Recenti progressi nella neuropsicoanalisi, la scienza dei processi inconsci, quindi, descrivono un "inconscio a due", [...] un inconscio relazionale che non solo comunica con l'altro, ma anche si sincronizza ed è ampliato dall'inconscio relazionale dell'altro. Questi studi clinici, sperimentali e teorici delle regressioni reciproche sincronizzate chiariscono i più profondi meccanismi dell'inconscio onnipotente e invisibile nella vita di tutti i giorni, così da validare e ampliare il contributo fondamentale e duraturo di Freud alla scienza. [...] (Schore, 2019, p. 67).

Osserviamo qui quel fenomeno già accennato e che definirei l'ortodossia dei neuropsicoanalisti, i quali capovolgono e disarticolano la teoria freudiana per renderla compatibile con i dati provenienti dalle neuroscienze, per poi "atterrare" dolcemente sull'elogio e sull'adesione incondizionata al mito di Freud scienziato. Il concetto di regressione reciproca serve comunque a Schore per introdurre una fase importante del metodo di psicoterapia da lui proposto e che prevede la rottura e la riparazione del legame tra paziente e terapeuta come fattori dinamici all'interno del setting. In questa fase, dice l'autore, avvengono degli *enactment reciproci* che, pur mettendo a rischio *l'alleanza terapeutica*, vanno superati alla luce di una *esperienza emozionale correttiva*, fonte di un cambiamento terapeutico implicito.

[...] Se una stressante rottura reciprocamente disregolante dell'alleanza terapeutica è un motore primario di un re-enactment regressivo, allora la riparazione reciproca del legame emotivo dell'emisfero destro fra il paziente e il terapeuta è un meccanismo centrale della risoluzione dell'enactment reciproco e della progressione del trattamento. [...] La risoluzione della regressione reciproca incorporata nell'enactment non è un insight cognitivo, ma un'esperienza emozionale correttiva carica d'affetto e una negoziazione intersoggettiva. Le regressioni adattive creative all'interno degli enactment spontanei reciproci rappresentano, quindi, un contesto intersoggettivo ottimale dei meccanismi di cambiamento terapeutico implicito. [...] (Schoe, 2019, p. 85).

In contrasto con l'apparenza complessa che il testo dell'autore sembra proporre, qui si sta parlando del metodo (l'unico rintracciabile nel libro) di Schore psicoterapeuta. In pratica, quest'ultimo consiglia di lasciarsi coinvolgere senza pregiudizi in una relazione empatica che si annuncia reciproca ma si svolge necessariamente in modo asimmetrico, in quanto toccherà comunque al terapeuta, mosso e commosso dall'*enactment* (cioè dall'attualizzazione di complessi emotivi che lo spingerebbero a colludere con la parte emotiva patologica del paziente), di districarsi rispondendo in modo creativo e soprattutto in modo del tutto diverso dalle figure di attaccamento disfunzionali della storia clinica e familiare del paziente. Insomma, anche in questo caso mi corre l'obbligo di segnalare che nel *Compendio di Psicoterapia* (par. 2 del capitolo II, *I fattori comuni della psicoterapia* p. 55-61) espongo il secondo fattore comune della psicoterapia⁹, ossia la *esperienza emozionale correttiva*, termine che il suo ideatore Franz Alexander¹⁰ propone per designare un fattore determinante per il superamento di schemi ripetitivi del passato nella relazione terapeutica, evidenziando:

- a) La diversità del terapeuta dalle figure (noi diciamo di attaccamento) del passato.
- b) La necessità che l'esperienza emozionale sia innanzitutto implicita, ovvero si svolga al di fuori del contesto intellettuale dell'*insight*, permettendo un risultato graduale dovuto alla modifica della dinamica col terapeuta, la quale impedisce di ripetere la vecchia situazione conflittuale sperimentata con le figure significative del passato. (Lago G., *Compendio di Psicoterapia*, 2016, p. 57).

Ancora una volta, a fronte del più volte citato termine *esperienza emozionale correttiva*, non c'è traccia di citazione di Alexander nel testo di Schore, tanto da non far più propendere per una dimenticanza ma per una voluta omissione. Ad ogni modo, l'uso del fattore di cambiamento con l'*esperienza emozionale correttiva* all'interno del setting è identico nei due autori, per cui non c'è alcun motivo per attribuirlo a Schore, anche se l'uso del termine *enactment*, molto alla moda (Jacobs, 1986¹¹), non cambia la sostanza del fatto che il paziente agisce, o meglio mette in scena nel setting una modalità relazionale che può determinare nel terapeuta una risposta collusiva che farebbe ripiombare il paziente stesso in vecchie dinamiche, oppure una risposta nuova, alternativa che permetterebbe al paziente di comprendere e risolvere in modo diverso e soprattutto non patologico la dinamica in atto col terapeuta.

⁹ Il primo fattore era *l'alleanza terapeutica*. Il riferimento è sempre alle meta-analisi dell'APA segnalate in precedenza.

¹⁰ Franz Alexander (1891-1964). Alexander F., French T.M. (1946) *Psychoanalytic therapy: principles and applications*. NY: Ronald Press.

¹¹ Jacobs T. (1986) *On countertransference enactments*. Jour. of Am. Psychoan. Ass., 34, pp.289-307.

Tra l'altro lo stesso Schore, che sembra consideri il linguaggio non corporeo come una minaccia all'*attunement* col paziente, è costretto a considerare nella sua psicoterapia con l'emisfero destro lo spazio dell'interpretazione, altrimenti dovrebbe considerare che gli enactment reciproci si risolvono solo col contatto corporeo o sintonizzazione empatica che dir si voglia. Naturalmente, a pensarci bene gli *enactment* hanno tutta l'aria di essere *identificazioni proiettive* con le quali il paziente tenta di scaricare parti negative di sé dissociate contro il terapeuta. In tal senso, Schore dovrebbe citare non tanto Jacobs quanto Melanie Klein e Wilfred Bion, ma qui siamo ormai abituati a quello che sembra un pessimo comportamento da parte di un autore che si propone di parlare di psicoterapia, e speriamo che non sia una mancanza di conoscenza e ancor peggio un difetto di formazione.

Pertanto, Schore propone una modalità interpretativa dell'emisfero destro che egli definisce «non autoritaria, ma originata dalla curiosità e dall'interesse», che una volta definita così deve ricorrere a mio avviso al concetto di *pensiero verbale*, come ad esempio è esposto nel *Compendio di Psicoterapia* (par. 6 del cap. VI, *La personalità e il suo sviluppo*, p. 168-171). Diversamente, la verbalizzazione rimarrebbe un'inutile articolazione verbale che avrebbe lo stesso valore di uno scambio fisico, magari pieno di affetto e di meravigliose prosodie piacevoli all'orecchio. In tal senso, Schore attribuisce all'emisfero destro una competenza interpretativa intersoggettiva che si caratterizza per il «contenuto metaforico della lingua» (p. 105) e per la componente non verbale. Con questa affermazione, siamo però lontani dalla definizione di una *fase interpretativa*, articolata con la *fase empatica*, che vede integrati appunto empatia e intuito, come spiegato nel *Compendio di Psicoterapia* (par. 2 del cap. VIII, *Le fasi di intervento della psicoterapia*, p. 212-214).

La mancanza di un prospetto di integrazione tra una *fase empatica* e una *fase interpretativa*, sia nel processo longitudinale dell'intervento di psicoterapia, sia nello spazio della singola seduta, è forse il segno di una marcatura continua che Schore sente di dover esercitare, mostrando la prevalenza dell'emisfero destro, e quindi assecondando soltanto l'organizzazione di un legame empatico in tutti i passaggi del suo modello terapeutico. Altrettanto carente è una chiara esposizione di come l'azione integrata dei due emisferi possa contribuire a un trattamento ottimale.

[...] E'indubbiamente vero che entrambi gli emisferi cerebrali contribuiscono a un trattamento terapeutico efficace, ma alla luce dell'attuale orientamento relazionale che sottolinea il "primato degli affetti", l'emisfero destro, il cervello "sociale" ed "emotivo" è dominante in tutte le forme di psicoterapia. [...] (Schore, 2019, p. 196).

Leggendo questa ultima citazione si ha l'impressione che quella di Schore sia una scelta di campo culturale piuttosto che un criterio neuroscientifico basato su evidenze. Come in passato la presunta dominanza del cervello sinistro non poteva annullare o minimizzare la funzionalità emisferica destra, ora che le evidenze segnalano che la dominanza è a destra, occorrerà che una visione integrata prenda il posto di uno sbilanciamento opposto e contrario, foriero di riduzionismi¹² e sottovalutazioni.

Più interessante sembra l'approccio clinico di Schore a proposito dei sistemi difensivi di regolazione dell'affetto, che vengono distinti dall'autore in base all'emisfero nel quale si sviluppano. Così la *rimozione* rappresenta una difesa lateralizzata a sinistra e serve a regolare l'ansia cosciente nelle patologie lievi della personalità, mentre la *dissociazione* rappresenta una difesa lateralizzata a destra e serve a regolare l'iperattivazione simpatica e parasimpatica, successiva a forti traumi precoci in grado di deformare la struttura della personalità, dando luogo a disturbi più gravi. La distinzione tra difese evolute e difese arcaiche (rimozione e

¹² Carl Gustav Jung fa notare come occorre trovare una sintesi dialettica in presenza di antinomie che si riferiscono a tesi contrapposte. Jung C. G. (1935), *Principi di psicoterapia pratica*, tr. It. In *Opere*, Boringhieri, Torino, 1981, vol. 16.

dissociazione) può essere così uno strumento utile anche in termini diagnostici e nelle varie fasi del processo psicoterapeutico.

[...] Nel mio lavoro di sviluppo neuropsicoanalitico, differenziando questi due sistemi difensivi, ho suggerito che la dissociazione che appare precocemente agisca come una difesa pre-edipica postnatale contro affetti traumatici come il terrore, la rabbia e l'irreparabile disperazione che sono generati sottocorticalmente nell'emisfero destro, mentre la rimozione è una difesa dell'emisfero sinistro evolutivamente più avanzata contro gli affetti che sono rappresentati a livello corticale dell'emisfero destro [...] (Schore, 2019, p. 100).

Nel concludere questo report sul libro di Schore, che consiglio di leggere per verificare quanto da me commentato, mi sembra possibile offrire da parte mia un'impressione generale sull'autore e sulla sua produzione. Confesso che la mia stima nei confronti di Schore come neuroscienziato non ha subito ridimensionamenti quanto invece quella di Schore clinico e psicoterapeuta. Leggendo questo testo, ma forse un po' anche quello del 2012 (cit. in nota 1), si avverte un'enfasi e un'autocompiacimento che appaiono insoliti in un autore che dovrebbe essere abituato a confrontarsi con il contesto culturale e scientifico che lo circonda. Prima accennavo al tono col quale Schore "scopre l'acqua calda" parlando di *alleanza terapeutica* e di *relazione empatica*, poi alle ingiustificabili omissioni sui lavori di Rizzolatti e di Alexander, quindi all'incapacità di prendere in considerazione il concetto di *identificazione proiettiva* e i lavori di Melanie Klein e Wilfred Bion, che sono il cuore della clinica psicoanalitica. E' proprio a Bion che penso nel tentare di sintetizzare quale tipo di psicoterapia ci propone Schore. Bion è stato un vero precorritore delle neuroscienze applicate alla psicoanalisi, pur senza lasciare mai il terreno epistemologico della psicoanalisi senza aggettivi¹³. Bion propone una visione del tutto diversa dell'articolazione tra coscienza e inconscio, una visione che potremmo definire "binaria" o "integrata", o "binoculare".

[...] Tali contraddizioni (nella teoria di Freud) si manifestano specialmente in quelle situazioni per le quali io ho proposto una teoria secondo la quale c'è una funzione alfa che, dando luogo ad elementi alfa, costruisce una barriera di contatto; questa barriera separerebbe gli elementi in modo tale che quelli di un versante sono, e formano, il conscio e quelli dell'altro versante sono, e formano l'inconscio.

La teoria della coscienza può essere quindi modificata come segue: conscio e inconscio, prodotti con continuità nei modi suddescritti, funzionano come se fossero "binoculari", atti cioè alla correlazione e all'autosservazione. Dato il modo in cui si origina, una registrazione imparziale della qualità psichica del Sé è dunque preclusa: la "veduta" che una parte ha dell'altra è sempre, per così dire "monoculare". Per queste ragioni [...] la teoria dei processi primari e secondari è da me giudicata insoddisfacente. La debolezza di tale teoria consiste nel fatto che essa deve postulare due sistemi laddove nella mia teoria della funzione alfa l'esperienza emotiva è trasformata in elementi alfa che rendono possibile sia il pensiero onirico sia il pensiero inconscio di veglia sia l'immagazzinamento (memoria). [...] (Bion, 1962)¹⁴

La bella metafora del campo visivo, con i due occhi che convergono in una visione unica e articolata dei singoli campi oculari, ha il pregio di proporre una sintesi che consente il superamento della ineluttabile conflittualità presente nella teoria del doppio binario coscienza e inconscio (freudiana). Ciò significa che, non solo il cosiddetto rimosso è integrabile nella coscienza (come il preconscious della prima topica), ma è possibile integrare nella vita cosciente anche la dimensione più vaga e indefinita che esista nella mente umana, ovvero il quoziente emotivo, ossia l'inconscio non rimosso, quella parte del Sé che non ha rappresentazione e che nel *Compendio di Psicoterapia* abbiamo definito *protomentale*¹⁵, con chiaro riferimento al termine usato da Bion a proposito della mentalità gruppale di base (Bion, 1952)¹⁶.

¹³ L'aggettivo che si vede più spesso dopo il termine psicoanalisi è *relazionale*. Spero che tutti si rendano conto quanto sia un ossimoro e una inutile ridondanza, visto che la psicoanalisi per definizione nasce e si colloca nell'ambito di una relazione che cura.

¹⁴ Bion W.R. (1962) *Apprendere dall'esperienza*. Armando, Roma 1988.

¹⁵ Cap. IV, *Le basi psicodinamiche della psicoterapia*, p. 91.

¹⁶ Bion W.R. (1952) *Esperienze nei gruppi*. Armando, Roma 1971.

Ecco, con tutta la simpatia per Schore e la sua passione neuropsicoanalitica, la psicoterapia di cui parla nel suo libro e il metodo che ci propone mi sembrano ispirati a una visione che rimane *monoculare* e non saranno l'enfasi dell'autore e i dati neuroscientifici che riporta a trasformare in una visione integrata alla maniera di Bion.

