

Lo sviluppo del concetto di identificazione proiettiva: il contributo degli analisti kleiniani di Londra

Il concetto di identificazione proiettiva è stato reso famoso nella sua specificità da Melanie Klein, ma come tutti i concetti esso non è piovuto dal cielo, molto era già il materiale che trattava dello stesso fenomeno usando altri termini linguistici per classificarlo. Contributi preziosi sono rintracciabili già nei lavori di Sigmund Freud (per esempio 1895, 1910a, 1910b, 1915) e di alcuni analisti della prima generazione come Karl Abraham (1911) e Sándor Ferenczi (1913), o di seconda come Anna Freud (1936). Nel presente lavoro non tratterò di queste radici, mi concentrerò invece sul contributo di Klein e sugli sviluppi apportati dagli analisti kleiniani inglesi.

A mio modo di vedere, l'utilità di questo concetto risiede nel fatto che esso non si esaurisce nella situazione clinica (tra le altre cose permette una spiegazione chiara ed esauriente delle dinamiche di transfert e controtransfert), ma getta luce sulle dinamiche comunicative non verbali presenti in qualsiasi relazione tra esseri umani. Forse è per questo che quello di identificazione proiettiva è tra i concetti kleiniani che più hanno suscitato interesse e acceso dibattiti anche al di fuori della cerchia di analisti che abbracciano questo specifico orientamento teorico e clinico.

* Psicologo, psicoterapeuta, dottorando di ricerca in Scienza Umane presso l'Università di Verona, svolge attività libero professionale a Brescia.

Melanie Klein è tra gli studiosi che più hanno contribuito allo sviluppo della psicoanalisi, un contributo dato riuscendo a rimanere fedele alla visione di Freud e, al contempo, svolgendo la funzione di figura-chiave nella transizione dal modello strutturale delle pulsioni al modello strutturale delle relazioni d'oggetto (Greenberg e Mitchell, 1983). Ella pose a fondamento dell'intera sua teorizzazione la psicogenesi degli stati maniaco-depressivi (Klein, 1934), la cui teorizzazione fu influenzata dalle vicissitudini che segnarono in maniera particolare quel periodo della sua vita. Per esempio, tra gli eventi che segnarono la vita di Klein nell'anno precedente, ci furono la morte in un incidente in montagna del figlio maggiore Hans, il peggioramento dei rapporti con la figlia Melitta (che nel 1932, dopo essere divenuta analista a Berlino, si era trasferita a Londra col marito Walter Schmideberg), rapporto che di lì a pochi anni giunse a una vera e propria rottura, e la morte di Ferenczi. Va qui ricordato che nel 1910 Klein si trasferì a Budapest per seguire il marito nel suo lavoro, nella capitale ungherese entrò in contatto con l'opera freudiana e, a seguito di una depressione, nel 1914 decise di entrare in analisi con Ferenczi. Quest'ultimo ebbe un ruolo importante nell'incoraggiare e sostenere l'interesse di Klein per la psicoanalisi dei bambini. Successivamente, al convegno tenutosi a l'Aja nel 1920 Klein conobbe Abraham, che la impressionò profondamente e la spronò nel suo lavoro di analisi infantile; ciò la persuase a trasferirsi a Berlino nel 1921, dove dopo un lungo corteggiamento convinse Abraham a prenderla in analisi. Questa seconda analisi iniziò solo nel 1924, e durò soli nove mesi a causa della prematura scomparsa dell'analista tedesco. Hanna Segal (1979) ci dice che "Il rapporto di Melanie Klein con i suoi due analisti fu molto diverso. Ella fu grata a Ferenczi per averla incoraggiata nel suo lavoro e sentì di dovere all'analisi con lui la convinzione dell'importanza delle dinamiche inconscie. Però Ferenczi non analizzava il transfert negativo (i sentimenti ostili verso l'analista) ed ella sentì che con l'analisi non aveva raggiunto un'autentica e durevole comprensione. (...) Verso Abraham ella ebbe una gratitudine e un'ammirazione sconfinata.

Pensava che i nove mesi di analisi con lui le avevano dato la conoscenza autentica della psicoanalisi. La sua morte prematura fu una delle perdite più gravi della sua vita. (...) Benché avesse preso da Ferenczi il concetto di introiezione, fu il lavoro di Abraham, e soprattutto quello sulla melanconia, ad avere la maggiore influenza su di lei. Si considerò una sua allieva e ritenne il proprio lavoro un contributo e uno sviluppo delle idee di Freud e di Abraham” (pp. 28-29). Quindi, nonostante il riconoscimento del debito nei confronti di Ferenczi, che l’aveva iniziata alla psicoanalisi facendogliene comprendere l’essenza e il significato reali, rendendola consapevole delle sue attitudini all’analisi infantile e aiutandola a sviluppare le sue capacità a comprendere la psicologia del bambino piccolo (vedi Klein, 1932), il contributo psicoanalitico di Ferenczi è rimasto quasi completamente escluso dal lavoro di Klein e, in gran parte, anche dalla tradizione kleiniana.

Leggendo lo scritto sulla psicogenesi degli stati maniaco-depressivi ci si rende conto di come a partire da questo lavoro Klein iniziò a uscire dalla struttura teorica di Freud (per esempio 1905) e di Abraham (per esempio 1924), struttura all’interno della quale erano collocabili i contributi da lei proposti fino a quel momento (è pur vero che anche nei primi scritti è rintracciabile, *in nuce*, una teoria delle relazioni oggettuali). Tant’è che Elisabeth Spillius (1993) individua due fasi nel lavoro teorico di Klein: la prima racchiude i lavori scritti tra il 1920 e il 1933; la seconda quelli scritti tra il 1934 e il 1960 (in particolare 1934, 1938, 1946, 1957), nei quali tratta delle posizioni schizo-paranoide¹ e depressiva, le quali racchiudono specifiche angosce, meccanismi di difesa e relazioni d’oggetto (interne ed esterne). Risulta evidente che lo spartiacque è proprio *Contributo alla psicogenesi degli stati maniaco-depressivi* (1934), a partire dal quale Klein iniziò a riconoscere l’importanza che anche l’ambiente esterno riveste nel processo di sviluppo del bambino. Il mondo interno e gli oggetti interni si costituiscono a partire dall’uso

¹ Inizialmente Klein parlò di “posizione paranoide”, l’aggettivo “schizo” venne aggiunto successivamente, sulla scorta degli originali lavori di Ronald Fairbairn (1941, 1944).

dei meccanismi di scissione, introiezione e proiezione *in primis*, e da quelli di idealizzazione, svalutazione e diniego *in secundis*. Ne consegue che il mondo interno non si costituisce come fedele riproduzione del mondo esterno; quest'ultimo concorre a modellare il primo, al contempo il primo è una lente per la percezione del secondo.

Fu proprio all'interno di tale cornice teorica che poté svilupparsi un concetto teorico-clinico destinato a ricoprire un posto centrale nel pensiero kleiniano e post-kleiniano: l'identificazione proiettiva. Va precisato che il concetto caratterizzante e distintivo della psicoanalisi kleiniana non è quello di identificazione proiettiva, bensì quello di posizioni schizoparanoide e depressiva (Spillius, 2011b).

È importante segnalare che nonostante la prima descrizione del meccanismo dell'identificazione proiettiva solitamente venga fatta risalire a *Note su alcuni meccanismi schizoidi* di Klein, lavoro datato 1946, in realtà, come ha fatto notare Giovanni Massidda (1999, 2009; vedi anche Steiner, 1999; Spillius, 2007; Spillius, 2012a), già nel 1924-25 il triestino Edoardo Weiss aveva introdotto il concetto di *projektive Identifizierung* (identificazione proiettiva). Klein conosceva questo lavoro di Weiss, che si incentra sulla spiegazione della scelta dell'oggetto sessuale, tanto è vero che lo cita in *La psicoanalisi dei bambini* (1932), senza tuttavia soffermarsi sul termine *projektive Identifizierung*. Massidda fa notare anche che pur restando nel Regno Unito è comunque possibile trovare un altro autore che trattò l'argomento prima di Klein, ovvero Marjorie Brierley, che parlò di identificazione proiettiva in relazione alla "capacità di mettersi nei panni di un'altra persona" (1945, p. 153) e alla "empatia" (1947, p. 301). È curioso che nonostante sia gli articoli della Brierley sia quello di Klein furono pubblicati sull'*International Journal of Psychoanalysis*, e nonostante entrambe le psicoanaliste appartenessero alla Società psicoanalitica britannica, nessuno per oltre sessant'anni sembra aver notato questo fatto. Inoltre, come segnala Phyllis Grosskurth (1987), sembra che Klein abbia chiesto a Herbert Rosenfeld, che in quegli anni era in analisi con lei, di posticipare la pubblicazione di *Analisi di uno stato schizofrenico con*

depersonalizzazione (1947), in modo che lei potesse pubblicare prima un articolo che stava elaborando in quel periodo: *Note su alcuni meccanismi schizoidi*; richiesta che sembrerebbe dovuta proprio al fatto che in quell'articolo Rosenfeld trattava dell'identificazione proiettiva (Steiner, 1999). Tale comportamento non suonava estraneo a Klein, che sembra abbia raccontato a Rosenfeld che quando lei era in analisi con Abraham, quest'ultimo era solito astenersi dal formulare talune interpretazioni se aveva motivo di pensare che lei avrebbe potuto utilizzarle prima di lui in un qualche lavoro (Grosskurth, 1987). Le dinamiche psichiche sottostanti hanno evidentemente a che fare con il problema della priorità delle idee, della criptomnesia e del plagio di cui tratta Massidda (2009).

Detto ciò, vediamo cosa scrive Klein (1946) sull'identificazione proiettiva:

“Gli attacchi fantastici alla madre seguono due linee principali. Una linea è quella della pulsione prevalentemente orale a succhiare completamente, a portare via a morsi, a cavare fuori e asportare fuori i contenuti buoni del corpo materno. (...) L'altra linea d'attacco ha origine dalle pulsioni uretrali e anali e implica l'espulsione di sostanze pericolose dall'interno del Sé nell'interno della madre. Insieme con questi escrementi dannosi, espulsi con odio, sono proiettati sulla madre o, come piuttosto direi, *dentro* la madre, anche parti scisse dell'Io. Gli escrementi e le parti cattive del Sé non sono intesi soltanto come mezzi lesivi dell'oggetto, ma anche come mezzi che permettono di controllarlo e di impossessarsene. Poiché e in quanto, con tale proiezione *dentro*, la madre viene a contenere le parti cattive del Sé cattivo.

A questo punto gran parte dell'odio nei confronti di parti del Sé si indirizza alla madre. Ciò determina una forma particolare di identificazione che costituisce il prototipo delle relazioni oggettuali

aggressive. Proporrei di denominare questa forma di processo di identificazione ‘identificazione proiettiva’² (...).

L’espulsione e la proiezione di parti del Sé non concernono però solo componenti cattive ma anche buone. (...) La proiezione dentro la madre di sentimenti buoni e di parti buone del Sé è fondamentale affinché nel lattante si determini la capacità di sviluppare relazioni oggettuali buone e l’integrazione dell’Io” (pp. 416-417, corsivi nell’originale).

È importante avere presente che nella parte dell’articolo che precede lo stralcio di testo sopracitato, Klein parla della “esigenza vitale di far fronte all’angoscia [che] costringe l’Io primitivo a sviluppare meccanismi e difese di base” (p. 413), ovvero dell’ipotesi che “una delle forze che guidano l’identificazione proiettiva è il bisogno dell’Io di sopravvivere” (O’Shaughnessy, 2012, p. 156).

Klein trattò ulteriormente il fenomeno dell’identificazione proiettiva in *Sull’identificazione* (1955) e in *Invidia e gratitudine* (1957); è poi possibile trovare riferimenti passeggeri in altri scritti. Sembrerebbe quindi un concetto poco presente nelle opere di Klein; in realtà, come ci fa notare Spillius (2012a), se si prende in considerazione il materiale non pubblicato, consistente in riflessioni teoriche e illustrazioni cliniche, presente nell’Archivio Klein (donato dal fondo Melanie Klein alla Wellcome Library of the History of Medicine nel 1984) si trovano preziosi e sostanziosi contributi sull’argomento. In particolare risultano essere interessanti per la presente trattazione i documenti B98 (1946-

² Quest’ultima proposizione fu aggiunta nella versione del 1952, pubblicata in *Developments in Psycho-Analysis*, a cura di M. Klein, P. Heimann, S. Isaacs e J. Riviere (London: Hogarth Press, 1952; poi negli *Scritti: 1921-58* di Klein); comunque, l’espressione “identificazione proiettiva” compariva, due pagine dopo, anche nella versione del 1946: “Ho accennato in precedenza all’Io indebolito e impoverito dall’eccesso di scissione e di identificazione proiettiva” (p. 420). Pare che in realtà Klein non fosse mai del tutto convinta della validità dell’espressione “identificazione proiettiva” in quanto, a suo modo di vedere, soggetta a essere usata in modo improprio (Segal 1982); espressione che indicherebbe la specifica fantasia inconscia che esprime il meccanismo mentale della proiezione (Segal, cit. in Spillius 2012a), la cui sola utilità sarebbe stata quella di aiutare a studiare le relazioni tra proiezione e introiezione (*ibid.*).

47) e D17 (anni 1950) (vedi Spillius, 2007, pp. 108-111; 2012a, pp. 15-25). Inoltre, sappiamo che Klein ricorreva spesso al concetto di identificazione proiettiva nelle sue riflessioni su quanto avveniva nel lavoro clinico con i pazienti (Gammill, 1989; Spillius, 2012a).

Ne risulta che:

“Klein usa il termine ‘identificazione proiettiva’ per descrivere un insieme complesso di processi in cui una parte del sé è tagliata fuori dalla coscienza del soggetto e proiettata dentro un oggetto verso il quale l’individuo reagisce come se l’oggetto fosse il sé o la parte del sé che gli è stata proiettata dentro. L’individuo che proietta in questo modo introietterà quindi l’oggetto, in fantasia, connotato con quelle caratteristiche che egli stesso ha proiettato su di esso. È proprio attraverso questo continuo e costante interscambio che vengono costruiti sia il mondo interiore del sé sia gli oggetti interni” (Spillius, 1993, p. 189).

21

Nella visione kleiniana della situazione analitica, “l’analista deve essere un mero strumento grazie al quale le varie *imago* possono essere attivate e le fantasie possono essere vissute e quindi analizzate” (Klein 1929, p. 237), e “non deve avere tendenze preferenziali ad assumere ruoli particolari; deve accettare quello che gli viene assegnato dalla situazione analitica” (*ivi*, p. 238). È chiaro che quest’ultima viene ad acquisire un carattere unipersonale, in cui il dispiegamento del transfert è inteso come una dinamica alla quale il clinico (osservatore “esterno”) non contribuisce (questo perché la concezione dei meccanismi difensivi, *ivi* inclusa l’identificazione proiettiva, in fondo resta legata al modello pulsionale, senza acquisire un reale valore intersoggettivo). Transfert qui inteso come “espressione nella situazione analitica delle forze e relazioni del mondo interno”³ (Spillius, 1993, p. 201), ovvero di quel

³ Attualmente, per la maggior parte dei kleiniani di Londra “Il transfert è visto (...) come basato sull’identificazione proiettiva, usando il termine nel significato più ampio possibile” (Spillius 1993,

prodotto dinamico (risultato di un processo continuo) dell'interazione tra fantasia inconscia, meccanismi di difesa ed esperienze della realtà esterna.

È chiaro che per Klein l'identificazione proiettiva rivestiva un ruolo fondamentale nel processo analitico, mentre il controtransfert - che grande importanza rivestirà per gli analisti post-kleiniani - era visto come un qualcosa che interferisce col processo analitico, per esempio intensificando l'identificazione dell'analista col paziente, impedendone così il disvelamento degli strati più profondi della mente (Klein, 1957). Tale visione del controtransfert è tutt'altro che sorprendente, soprattutto se si considera il ruolo che l'analisi del transfert rivestiva all'interno della costruzione teorico-clinica kleiniana: è l'intero mondo interno del paziente a dover essere analizzato, non la sola relazione analitica. Questo perché, essendo le relazioni oggettuali viste come esistenti fin dalla nascita del bambino (la relazione con il seno), e non il risultato di un processo evolutivo-maturativo che parte da uno stadio di autoerotismo e di narcisismo primario, il transfert (compreso quello che si instaura verso l'analista) “si origina dai medesimi processi che nei primissimi stadi determinano le relazioni oggettuali” (Klein, 1951, p. 531). Ciò nonostante, Klein mai ricusò pubblicamente il concetto di controtransfert, anche se si adoperò per ostacolarne la diffusione, e non perse l'occasione di riportare un detto che negli anni 1950 circolava a Berlino: “Se provi un sentimento per il paziente, va' a nasconderti in un angolo e rifletti a lungo, c'è qualcosa che non va in te” (Grosskhurth, 1987, p. 517). Ella era però molto ben attenta che non tutto il materiale portato dal paziente venisse letto dai suoi allievi in chiave di identificazione proiettiva: in una supervisione a un candidato in *training*, Sonny Davidson, che aveva riportato di aver interpretato al paziente che gli aveva trasmesso uno stato di confusione mentale, Klein aveva risposto: “No, caro mio, non ci siamo, eri tu che eri confuso” (Grosskhurth, 1987, p. 525). Evidentemente Klein “voleva

p. 205), “abbastanza ampio da includere sia il caso in cui il ricevente viene emozionalmente contagiato che il caso in cui non lo è” (*ivi*, p. 193) (vedi anche Spillius 2012b).

vedere la definizione di controtransfert come il transfert non analizzato dell'analista verso il paziente e aggiungere il concetto di empatia come la percezione e la comprensione delle proiezioni del paziente da parte dell'analista" (Spillius, 1983, p. 326, *trad. mia*). Più precisamente, per Klein (1955) l'empatia è il prodotto di una identificazione proiettiva normale (Hinshelwood, 1989). Così, l'analista può avere differenti reazioni emotive al fatto di proiettarsi in un paziente, o che quest'ultimo si proietti in lui (Archivio Klein, D17, quadri 805-806; vedi Spillius, 2007) ma se l'analista possiede un Io abbastanza forte non sarà eccessivamente disturbato dall'ansia suscitata in lui da tali proiezioni, e sarà in grado di analizzarle (*ibid.*).

Vale qui la pena di aprire una parentesi per ricordare, insieme a Paolo Migone (1988), che a un certo punto "da parte di molti psicoanalisti si è sentito il bisogno di abbandonare la terminologia classica basata sui concetti di transfert/controtransfert, e usare i termini identificazione proiettiva/controidentificazione proiettiva" (p. 121). Migone (1988, 2013) ci suggerisce che ciò probabilmente avvenne perché questi analisti erano stanchi di dover sempre pensare che era "colpa loro" se con certi pazienti stavano male o provavano sentimenti angoscianti, violenti, primitivi (non è un caso che questi analisti lavorassero prevalentemente con pazienti gravi), erano stanchi di sentirsi dire dai propri supervisori che dovevano fare un'altra *tranche* di analisi, e cose del genere. Per cui trovarono molto più comodo o rassicurante pensare che erano i pazienti (o certi pazienti, quelli gravi, e non tutti, tra l'altro) quelli che li facevano stare male. Iniziò così la stagione della identificazione proiettiva, che ebbe la stessa sorte di quella del controtransfert, nel senso che anche questo concetto, per il suo potere euristico, fu ritenuto utile e usato molto, applicato quasi a ogni paziente o situazione clinica, col risultato che fece danni simili a quelli che aveva fatto il controtransfert: i "colpevoli" diventarono i pazienti, non più i terapeuti. Si commise insomma un po' l'errore uguale e contrario. Tornando a Klein, l'enfasi che ella pone sull'utilizzo dei meccanismi schizoparanoidi e sulla identificazione proiettiva da parte dei pazienti,

soprattutto quelli più disturbati, implica la soggiacente immagine di un analista che nel lavoro clinico si trova inevitabilmente investito da tali meccanismi primitivi e dalle proprie risposte (esperienze soggettive) a essi, il cui riconoscimento e la cui gestione sono aspetti chiave del trattamento psicoanalitico. Lo sviluppo post-kleiniano del concetto di controtransfert (vedi Stefana e Gamba, 2013) parte quindi dal presupposto che le identificazioni proiettive del paziente ne rappresentano il principale aspetto, ma non l'esclusivo. È chiaro che l'identificazione proiettiva (che è un processo interpersonale) e il controtransfert sono indistricabilmente intrecciati.

Un contributo fondamentale sul fenomeno del controtransfert venne da Paula Heimann, profondamente influenzata dalle descrizioni della scissione e della identificazione proiettiva elaborate da Klein (1946), che, come abbiamo visto, rilevano come parti scisse e proiettate del paziente possano trovare espressione nei sentimenti e nelle fantasie dell'analista, più che nelle parole del paziente stesso.

Heimann, formatasi presso l'Istituto di Berlino ed emigrata a Londra nel 1933, dove fece un'analisi con Klein, sostiene che il monito di Freud (1910) agli analisti a saper riconoscere e dominare il controtransfert non deve tradursi in distacco e assenza di affetti nell'analista, piuttosto deve portare il clinico a “usare la propria risposta emozionale [comprendente tutti i sentimenti che l'analista prova verso il paziente] come una chiave per accedere all'inconscio del paziente” (Heimann, 1949, p. 101). Per questa analista il controtransfert “non è soltanto parte integrante del rapporto analitico, (...) è una *creazione* del paziente, è una parte della personalità del paziente” (p. 100, corsivo nell'originale); dove creazione è da leggersi come identificazione proiettiva, anche se Heimann non fa alcun riferimento diretto all'identificazione proiettiva e al suo ruolo all'interno della dinamica transfert-contro-transfert.

Il clinico è quindi uno strumento di ricezione e di risonanza delle angosce incontenibili del paziente. In tal senso risulta evidente che, nonostante questo lavoro rappresenti un importante passo in avanti

per la tecnica, continua a non considerare la complessità dell'intreccio relazionale, vedendo l'analista solo come recettore delle proiezioni del paziente; il clinico può così non riconoscere come propri i sentimenti controtransferali, vedendoli invece come rappresentanti di aspetti della mente del paziente al quale li restituisce come tali.

Nonostante questo lavoro di Heimann fosse visto come contributo fondamentale all'interno del *corpus* kleiniano, e trovò risonanza in autori come Wilfred Bion, Roger Money-Kyrle e Herbert Rosenfeld, è evidente che la visione del controtransfert che andava delineando certo non poteva far piacere a Klein che, fortemente influenzata dal monito di Freud, rimaneva dell'idea che il controtransfert fosse un qualcosa che interferisce col processo analitico. Tant'è che Klein chiese a Heimann di non presentare il lavoro *Il controtransfert* al Congresso internazionale di psicoanalisi che si tenne a Zurigo nel 1949, sentendosi però rispondere: "Ma credi proprio che mi faccia tanto piacere restare nella tua ombra tutta la vita?" (Grosskhurth, 1987, p. 441). Con la presentazione del lavoro *Il controtransfert* ebbe definitivamente inizio lo slittamento di Heimann verso il gruppo degli Indipendenti.

25

Apriamo una parentesi per ricordare che verso la fine della sua vita Heimann (1978) giunse a formulare l'uso terapeutico del controtransfert senza rifarsi al concetto di identificazione proiettiva e, più in generale, alla teoria kleiniana, prendendo quindi una "tale distanza dalla sua tesi che considera il controtransfert come una creazione del paziente, da stupirsi (comunicazione personale a B. e H. Thomä, 3 agosto 1980) di avere mai fatto tale asserzione" (Thomä e Kächele, 1985, p. 121).

Pochi anni dopo, nel 1955, Hanna Segal, trattando dei pazienti psicotici, mostra che un uso massivo del meccanismo dell'identificazione proiettiva provoca una predominanza del pensiero concreto, nel quale le parole divengono per il paziente delle "equazioni simboliche". Secondo Segal (1955), "L'equazione simbolica tra l'oggetto originario e il simbolo nel mondo interno ed esterno (...) sta alla base del pensiero concreto dello schizofrenico. (...) Questa non

differenziazione tra la cosa simbolizzata e il simbolo fa parte di un disturbo nella relazione tra l'Io e l'oggetto. Parti dell'Io e degli oggetti interni sono proiettate dentro un oggetto e identificate con esso. La differenziazione tra il sé e l'oggetto è offuscata. Allora, poiché una parte dell'Io è confusa con l'oggetto, il simbolo, che è una creazione e una funzione dell'Io, diviene a sua volta confuso con l'oggetto simbolizzato" (pp. 64-65).

Sulla scorta dei contributi sopra delineati, *in primis* quelli di Klein, con la quale era stato in analisi alla fine della Seconda Guerra Mondiale, partendo quindi da una posizione ortodossa rispetto alla teoria kleiniana, Wilfred R. Bion (1957, 1961, 1962) modifica il concetto di identificazione proiettiva e introduce quello di "contenitore ↔ contenuto", derivante dal primo. Per questo autore l'identificazione proiettiva è sì una fantasia onnipotente intrapsichica inconscia, ma è anche una forma normale e reale di comunicazione intersoggettiva. Egli quindi riteneva assai riduttivo leggere l'identificazione proiettiva semplicemente come una fantasia inconscia, perché questo non era quello che l'esperienza clinica gli mostrava: "A volte i pazienti si comportano come se in realtà - non a livello di fantasia - stessero scindendo parti della propria personalità e le stessero spingendo dentro di me. A volte mi chiedo come mai incomincio a sentirmi arrabbiato o allarmato nel corso di una seduta: non riesco a scacciare la sensazione che il paziente mi stia facendo realmente qualcosa che ha effetto su di me" (Bion 1978-80, p. 98). In altre parole, Bion aveva "l'impressione che quelle a cui sono esposto nel mio studio non siano soltanto delle fantasie del paziente (...) forse avviene davvero qualcosa quando due persone sono così strettamente unite come accade in un'esperienza psicoanalitica" (*ivi*, p. 122). L'analista diviene quindi il contenitore di "pensieri senza pensatore" (Bion, 1959-78, 1975-78, 1978-80), quelli del paziente.

Elaborando e ampliando un punto soltanto accennato da Klein, Bion giunge a distinguere nettamente due forme di identificazione proiettiva: normale e patologica, la cui differenza risiede nell'intensità con cui il

soggetto ricorre a tale meccanismo (è la parte psicotica della personalità che ricorre all'identificazione proiettiva eccessiva, mentre la parte nevrotica utilizza il meccanismo della rimozione). L'identificazione proiettiva normale è caratterizzata dal fatto che, a differenza di quella patologica, non è una forma di pura evacuazione, bensì un modo di comunicare uno stato mentale. Inoltre, in essa gli aspetti di onnipotenza sono ridotti a favore di “una condotta calcolata tendente a indurre nella madre [o nell'analista] quelle sensazioni di cui il neonato [o il paziente] vuole sbarazzarsi” (Bion, 1962, p. 176), sensazioni che, se tutto va bene, la madre elabora e restituisce al bambino in una nuova forma tollerabile e pensabile in quanto dotata di significato; in caso contrario la identificazione proiettiva normale lascerà progressivamente il posto a quella patologica. In quest'ottica il pianto del neonato è una comunicazione (di sensazioni e di sentimenti) che, appunto tramite l'identificazione proiettiva, può essere ricevuta e introiettata dalla madre. Nel caso della relazione psicoanalitica, questa ricezione-introiezione della proiezione dell'oggetto è quella che Money-Kyrle (1955) chiama identificazione introiettiva. Se la mamma è una mamma abbastanza buona è in grado di sintonizzarsi con l'esperienza emotiva del piccolo, e di svolgere un lavoro mentale (la funzione *alfa*) grazie al quale attribuisce un senso ai sentimenti del neonato, e adotta dei comportamenti (che sono comunicazioni) volti ad alleviare le sofferenze e le angosce del piccolo (per esempio allattarlo, cambiargli il pannolino, coccolarlo, ecc.). È a partire da questa *rêverie*⁴ che nel bambino può iniziare a formarsi un apparato per pensare i pensieri. Insomma, “se la relazione seno-bambino permette al neonato di

⁴ La *rêverie* è la funzione materna di ricezione, contenimento, elaborazione e restituzione in una forma digerita, mentalizzata e trasformata delle proiezioni del bimbo; ne risulta che essa è un elemento interpersonale prima che intrapsichico e personale (Borgogno 1992). Si tratta di un fattore della funzione alfa grazie alla quale il bambino potrà reintroiettare l'esperienza sensoriale (elementi beta) in una forma elaborata (elementi alfa), e della capacità del neonato di tollerare l'assenza dell'oggetto. La capacità di tollerare l'assenza dell'oggetto, “di un seno dentro di sé”, implica la non evacuazione tramite identificazione proiettiva del seno cattivo (che non presenta differenza dal ricevere conforto da un seno buono) e la non fuga nella fantasia onnipotente (in grado di annullare la realizzazione negativa).

proiettare una sensazione, per es. quella di stare per morire, dentro la madre [(*réverie*)], e di reintroiettarla dopo che il suo soggiorno nel seno l'ha resa assimilabile per la sua psiche [(funzione *alfa*)], allora si avrà uno sviluppo normale. Se invece la madre non raccoglie dentro di sé la proiezione, l'impressione che il neonato avverte è che la sua sensazione di stare per morire è stata spogliata di senso: ciò che reintroietterà non sarà più una paura di morire resa tollerabile, ma un terrore senza nome” (Bion, 1962, p. 178). I motivi per cui la funzione *alfa* può andare male sono molteplici, ma i principali sono due: il primo è una assenza di *réverie* da parte del *caregiver*, dovuta a un'incapacità o a un'impossibilità di quest'ultimo di svolgere tale funzione (in questo caso le proiezioni saranno sempre più violente, così come saranno altrettanto violente le reintroiezioni); il secondo motivo è l'invidia del bambino verso quel *caregiver* che è capace di fare qualcosa che lui non è in grado di fare, questo gli risulta inaccettabile.

L'introduzione del concetto di identificazione proiettiva comunicativa, e di quello direttamente derivante di “contenitore ↔ contenuto”, mette in primo piano l'importanza fondamentale e l'irriducibilità della *relazione* bambino-madre e, per estensione, paziente-analista⁵, introducendo l'approccio intersoggettivo nella psicoanalisi classica e in quella kleiniana, il cui orizzonte teorico-clinico era fino a quel momento per lo più ristretto all'intrapsichico e all'unidirezionale (da chi proietta a chi riceve: bambino → madre, paziente → analista). Risulta chiaro che Bion è convinto “che il paziente faccia qualcosa all'analista e che l'analista faccia qualcosa al paziente, non si tratta soltanto di una fantasia onnipotente” (1975-78, p. 82).

Le idee di identificazione proiettiva e di contenitore ↔ contenuto, così come quelle relative alle trasformazioni in O e da O a K (Bion, 1965), ebbero un forte impatto sulla tecnica degli analisti post-kleiniani, soprattutto londinesi, che, come per esempio Betty Joseph, iniziarono

⁵ Ciò non significa che l'esperienza psicoanalitica si esaurisca nel binomio identificazione proiettiva-*réverie*; perché essa si compia oltre all'incontro sono necessari anche il racconto e il commiato (Di Chiara 1992).

a porre particolare attenzione all'*hic et nunc* della seduta e alla continua evoluzione che in questa subiva la situazione di transfert-controtransfert (Grotstein, 2007). Si pensi anche alle interpretazioni precoci e rapide che, se fino ad allora erano la norma, da quel momento iniziarono a essere considerate potenzialmente dannose in quanto segno della difficoltà (dovuta all'angoscia) del clinico nel contenere le proiezioni del paziente⁶ (Langs parlerà di *dumping interpretations*, "interpretazioni scarica", in cui l'analista sembra dire al paziente: "Questo problema non è mio, è tuo, e non voglio averci niente a che fare"). Una posizione simile a quella sottesa al concetto di *holding*, proprio degli analisti Indipendenti. Bion mise in guardia gli analisti anche dal rischio di colludere col paziente nel tentativo (umano) di evitare il dolore.

Come abbiamo visto, il lavoro "Attacchi al legame" di Bion (1957) muta la visione dell'identificazione proiettiva, che da lì in avanti va sempre più configurandosi come un mezzo di comunicazione non verbale a disposizione del soggetto per comunicare a un oggetto ricevente in grado di contenere ed elaborare la proiezione, che successivamente può essere reintroiettata dal soggetto in una forma bonificata. Per Bion (1957), il legame tra paziente e analista, o fra neonato e seno, è il meccanismo dell'identificazione proiettiva, si tratta di un legame costituito dalla capacità del clinico di introiettare le identificazioni proiettive del paziente. Ciò significa che la costruzione di un legame con un oggetto e con la funzione che esso permette, dipende dall'identificazione proiettiva e, in seconda battuta, dalla capacità del *caregiver* di introiettarla. Quando di grado normale, l'identificazione proiettiva e l'identificazione introiettiva costituiscono la base per un'evoluzione sana del soggetto (Bion, 1967).

⁶ Ricordiamo che già Ferenczi (1908, 1932) aveva parlato della fretta dell'analista di entrare in relazione con il paziente (non rispettando quindi i suoi tempi) e di interpretare, di un analista che non è disposto "a fare spazio dentro di sé e a contenere un'esperienza che impone una tensione e delle sensazioni, non note e impreviste, che non si vogliono provare perché richiederebbero una modificazione *pro tempore* del proprio assetto mentale e della propria identità" (Borgogno 2010, p. 563).

Per poter avere una visione più completa di cosa stava avvenendo all'interno della Società psicoanalitica britannica, è importante tenere in considerazione che a partire dagli anni '50 il concetto di identificazione proiettiva inizia a comparire quasi in ogni discussione tra gli psicoanalisti londinesi, e in moltissimi scritti. Il diffondersi della "febbre" per l'identificazione proiettiva era tale che Winnicott, in una lettera indirizzata a Bion e datata 7 ottobre 1955, scriveva:

30

“Credo che la Società si annoi terribilmente a essere rimpinzata di parole. Negli ultimi sei mesi le parole ‘identificazione proiettiva’ sono state usate centinaia di volte. Naturalmente avremo alcuni mesi in cui la parola ‘invidia’ sarà introdotta in ogni dove. Come lei sa, le parole ‘oggetti interni’ sono comparse in ogni comunicazione fino al momento in cui l'identificazione proiettiva ne ha preso il posto. C'è qualcosa di sbagliato in ciò e voglio credere e sperare che lei prenderà parte al tentativo che dobbiamo fare, se la Società deve sopravvivere, di andare al di là di queste tendenze distruttive, che hanno la stessa natura della ripetizione ossessiva dei motivetti delle sigle musicali. Per inciso, ho seri dubbi sul valore dei termini ‘identificazione proiettiva’, quando vengono applicati al disporsi delle piccole particelle della personalità, perché la parola identificazione implica piuttosto, in qualche luogo, una persona umana intera. Tenderei a vedere quasi l'intero sviluppo della teoria dell'identificazione proiettiva contenuto nella consueta teoria analitica dell'angoscia paranoide, ma qui lei mi può forse correggere, se sbaglio” (Winnicott, 1987, p. 5).

Quella di Winnicott è un'importante testimonianza di quella che era la situazione che caratterizzava il gruppo degli psicoanalisti londinesi, e che rimanda a quello che Massidda (2009) chiama “il problema della compulsione o della mania della definizione personale”.

Tornando alla ricostruzione storica dell'evoluzione del concetto di identificazione proiettiva, un successivo contributo di grande valore viene da Herbert Rosenfeld (1971, 1983, 1987; precedentemente 1947,

1952, 1963), che sviluppa ulteriormente il lavoro di Bion secondo il quale l'identificazione proiettiva è un mezzo di comunicazione, seppur concentrandosi maggiormente sugli aspetti patologici.

Secondo Rosenfeld (1971), "Affinché l'identificazione proiettiva abbia luogo è essenziale una qualche differenziazione temporanea fra 'me' e 'non me'" (pp. 136-137). Egli distingue due tipi di identificazione proiettiva, che possono presentarsi simultaneamente o alternativamente: uno è usato "per comunicare con gli altri oggetti" (p. 137); l'altro è usato "per liberare il sé dalle parti non volute" (*ibid.*), ovvero per sottoporre a diniego la realtà psichica. Circa il primo tipo, possiamo dire che consiste nella proiezione di "impulsi e di parti di se stesso dentro l'analista affinché questi senta e comprenda le sue esperienze e le possa contenere, sì che queste perdano la loro qualità spaventosa o intollerabile e acquisiscano un significato attraverso la capacità dell'analista di tradurle in parole con le interpretazioni" (*ibid.*). I pazienti (Rosenfeld si riferisce agli psicotici) che ricorrono all'identificazione proiettiva come metodo di comunicazione solitamente sono recettivi alla comprensione del clinico; questo fatto determina la necessità che quest'ultimo introietti, riconosca, tolleri e restituisca elaborate le proiezioni del paziente (le ricadute sono nell'ordine dello sviluppo, sano *vs.* patologico, dei processi introiettivi⁷ e dell'Io del paziente). Sembrerebbe trattarsi di una sorta di distorsione o intensificazione del normale rapporto infante-*caregiver*, basato sulla comunicazione non verbale). Questo primo tipo di identificazione

31

⁷ "È importante ricordare che sono soltanto le parti sane e dipendenti del sé, separate dall'analista, che possono usare processi introiettivi non contaminati dalla concretezza causata dalle identificazioni proiettive onnipotenti; la capacità di ricordare e di crescere dell'Io dipende da questi processi introiettivi normali. Quando le parti dipendenti e non psicotiche della personalità si rafforzano grazie all'analisi, si hanno di solito violente reazioni terapeutiche negative, perché le parti psicotiche narcisistiche del paziente si oppongono a qualsiasi progresso e cambiamento dello status quo" (Rosenfeld 1971, p. 145). Ancora, "Nel trattare pazienti e processi di questo tipo è importante accettare come inevitabile buona parte della ripetizione ['infinita']. Se l'analista accetta che i processi del paziente vengano ri-agiti nel transfert, lo aiuta a sentire che il suo sé, costantemente scisso e proiettato dentro l'analista, è accettabile e non così dannoso come egli teme" (p. 150).

proiettiva solitamente è usato dal paziente nel transfert in maniera inconscia, ma in alcuni casi tale processo può essere usato in maniera conscia. Il secondo tipo di identificazione proiettiva è usato per liberare il proprio Sé, sottoposto a scissione, sia dalle proprie parti non desiderate o insopportabili, che dalle angosce e dagli impulsi disturbanti. Tale processo evacuativo “provoca un diniego della realtà psichica” (p. 139). Posto che la volontà del paziente è di evacuare e denegare la propria realtà interna angosciosa, spesso egli legge le interpretazioni dell’analista come critiche terrificanti, e vi reagisce con violento risentimento perché è convinto che esse siano un tentativo dell’analista di ricacciargli dentro, con forza, quel contenuto mentale insopportabile e “senza” significato che aveva precedentemente proiettato.

Nel lavoro del 1971 Rosenfeld discute anche di una identificazione proiettiva come rapporto transferale, ovvero una relazione di transfert che affonda le sue radici nella primissima infanzia del paziente, nei primissimi rapporti oggettuali, la cui finalità è controllare il corpo e la mente dell’altro, nel nostro caso dell’analista. Si tratta di una forma onnipotente di identificazione proiettiva che va a intaccare la capacità di pensiero astratto e simbolico, determinando di conseguenza l’assunzione da parte dei processi mentali di un carattere sempre più concreto. “È l’eccesso di identificazione proiettiva nel processo psicotico che cancella la differenza tra il sé e gli oggetti, provocando confusione fra realtà e fantasia e regressione al pensiero concreto dovuta alla perdita della capacità di simbolizzazione e di pensiero simbolico” (p. 139). Tale predominanza del pensiero concreto, dovuta all’uso massivo dell’identificazione proiettiva, fa sì che le parole divengono per il paziente delle “equazioni simboliche” (Segal 1955); ne deriva che anche le parole del clinico, ovvero le sue interpretazioni verbali, sono fraintese dal paziente.

Rosenfeld tratta anche di una identificazione proiettiva usata come meccanismo difensivo per affrontare l’aggressività e l’invidia. Già nel 1963, ma più compiutamente nel lavoro del 1971, descrive

l'identificazione proiettiva come parte di un primissimo rapporto narcisistico con la madre (e con l'analista, col quale vive in uno stato di fusione in una certa fase del processo terapeutico), in cui il diniego gioca un ruolo determinante nel non riconoscimento della condizione di separatezza dall'oggetto, la consapevolezza della quale causerebbe sentimenti di dipendenza dall'oggetto e, quindi, angoscia (con i conseguenti impulsi aggressivi e distruttivi, solitamente legati all'invidia verso l'oggetto buono da cui si dipende, più che alla rabbia per la separazione da questo). Così, nel paziente psicotico l'identificazione proiettiva viene frequentemente configurandosi come "una difesa contro l'invidia eccessiva, strettamente collegata al narcisismo del paziente, piuttosto che contro l'angoscia di separazione" (Rosenfeld 1971, p. 141).

Altro punto trattato da Rosenfeld è legato alle relazioni oggettuali del paziente psicotico nelle quali egli mantiene la convinzione illusoria di vivere totalmente all'interno dell'oggetto-analista, comportandosi come un parassita, sfruttando le capacità dell'oggetto ospite (il quale dovrebbe funzionare, nella fantasia del paziente, come fosse il proprio Io, e al quale viene spesso affidata la responsabilità della propria vita). Secondo Rosenfeld (1971), "Il parassitismo grave può essere considerato uno stato di identificazione proiettiva totale, tuttavia non è soltanto uno stato difensivo per il diniego dell'invidia o della separazione, ma anche un'espressione di aggressività, in particolare di invidia. È la combinazione di difesa e di *acting out* dell'aggressività che rende lo stato parassitario un problema terapeutico particolarmente difficile" (p. 142). Va aggiunto che "È importante distinguere le forme croniche di parassitismo dalla massiccia intrusione e identificazione proiettiva nell'analista, che somiglia al parassitismo ma è di durata più breve e risponde più facilmente alle interpretazioni. Essa si presenta talvolta quando la separazione incombe oppure quando la gelosia o l'invidia sono violentemente stimolate nel transfert o nella vita esterna" (p. 143). Rosenfeld esamina anche lo stato parassitario nel quale i pazienti gravemente deliranti vivono totalmente all'interno di un

mondo irreali, delirante ma apparentemente strutturato in maniera tale da rappresentare l'interno di un oggetto (con ogni probabilità questo oggetto è la madre).

Apro qui una parentesi per dare voce a una critica che si pone sulla linea di quella avanzata da Winnicott nella lettera datata 7 ottobre 1955, e che all'epoca della sua formulazione rimase inascoltata nonostante provenisse da un importante esponente del gruppo kleiniano. Nel 1974, Donald Meltzer, che a partire dall'inizio degli anni '60 prese attivamente parte allo sviluppo dei concetti di identificazione (prima per conto proprio, poi in collaborazione con Esther Bick, la quale elaborò i concetti di "seconda pelle", 1968; e di "identità adesiva", 1975) e di identificazione proiettiva, descrive il clima che permeava i dibattiti attorno al concetto di identificazione proiettiva che avevano luogo tra gli analisti kleiniani e gli analisti di differente orientamento teorico. Scrive Meltzer (1974):

34

“Restava ora solo il compito di esplorare il campo legato all'identificazione proiettiva e alle sue conseguenze, che comincio a sembrare un campo fenomenologico quasi illimitato. Ci abituiamo al termine, certamente non bello, cioè niente affatto poetico, che aveva tuttavia un bel suono e ci trovammo a dire: “identificazione proiettiva”, “identificazione proiettiva”, e cominciammo a darci delle arie su questo termine e, secondo me, a usarlo anche in maniera non accurata, con eccessiva disinvoltura. Naturalmente cominciammo anche a notare che interpretare secondo le linee della identificazione proiettiva, non sembrava dare alcun risultato in certe situazioni. Con certi tipi di pazienti eravamo in difficoltà e vedemmo che stava accadendo qualcos'altro certamente connesso con processi di identificazione, certamente connesso con il narcisismo, ma che sembrava avere una fenomenologia completamente differente da quella che avevamo posto nella categoria della identificazione proiettiva” (pp. 32-33).

Joseph Sandler (1976, 1984; Sandler e Sandler, 1987), esponente dei freudiani contemporanei, preferisce utilizzare i concetti di “attualizzazione” e “rispondenza empatica di ruolo” anziché quello di identificazione proiettiva per indicare il processo (che non è concreto, ma è una fantasia) tramite il quale un soggetto pone i propri oggetti esterni nella condizione di sentire e quindi di muoversi per soddisfare i bisogni e i desideri che ha proiettato in loro.

Diversi anni più tardi, nel 1984, Sandler, allora titolare della cattedra di psicoanalisi presso l'Università di Gerusalemme, a cause del sempre maggiore interesse che il concetto di identificazione proiettiva andava acquisendo anche al di là dei confini kleiniani, organizzò un convegno internazionale su tale argomento. Tra i relatori vi era l'analista kleiniana Betty Joseph, che trattò dell'identificazione proiettiva dallo stesso vertice teorico di Bion e di Rosenfeld, ma riferendosi al lavoro clinico con pazienti seriamente nevrotici, meno gravemente compromessi rispetto a quelli analizzati dai due colleghi.

Betty Joseph (1984) ritiene che se lo sviluppo del bambino va abbastanza bene, la maggiore integrazione propria del raggiungimento della posizione depressiva permette l'abbandono di un uso primitivo e massivo dell'identificazione proiettiva (che permette al soggetto di prendere le distanze, di liberarsi dall'insopportabile dolore mentale che altrimenti dovrebbe sperimentare), a favore di un uso più maturo, un uso che fa di essa la base dell'empatia. Tuttavia, talvolta succede che lo sviluppo non porti il soggetto a superare questa posizione nella prima infanzia, e l'uso dell'identificazione proiettiva rimane anche in età adulta talmente primitivo e massivo da dare al clinico l'impressione che il paziente in fantasia proietti il proprio Sé dentro l'oggetto, sentendosi poi intrappolato e claustrofobico. Risulta chiaro che Joseph fa risalire l'origine della identificazione proiettiva al primitivo tentativo del soggetto di rientrare nell'oggetto, di perdersi in e di fondersi in maniera indifferenziata con lui, evitando in tal modo ogni dolore.

Per Joseph (1984), “l'identificazione proiettiva è soltanto un aspetto di un equilibrio onnipotente che ciascun soggetto instaura alla propria

maniera, ogni tentativo dell'analista di localizzare e restituire al paziente parti mancanti del sé verrà inevitabilmente respinto dall'intera personalità, poiché è percepito come una minaccia per l'equilibrio globale, che può dare origine a ulteriori disturbi" (p. 207).

Trattando del lavoro di Bion sulla funzione alfa, Joseph (1984) scrive che:

"l'identificazione proiettiva è, per sua intrinseca natura, un tipo di comunicazione, persino nei casi in cui questo non è suo obiettivo né sua intenzione. Per definizione, identificazione proiettiva significa porre dentro un oggetto parti di sé. Se l'analista, all'estremità ricevente, è realmente aperto a ciò che sta accadendo e in grado di essere consapevole di ciò che sta vivendo, questo può essere un metodo molto efficace per raggiungere la comprensione" (p. 208).

36

Secondo Joseph, esistono diverse forme di identificazione proiettiva, le quali possono coagire allo scopo (inconscio) di mantenere un dato equilibrio narcisistico onnipotente (che permette di evitare di fare esperienze dei sentimenti di dipendenza, gelosia, invidia, odio ecc., che però è fonte di forti angosce persecutorie), molto resistente al trattamento psicoanalitico. Detto in altre parole, il paziente fa di tutto per tentare di mantenere o di ripristinare quel dato sistema di equilibrio psichico che gli consente di non fare esperienza di emozioni dolorose o angosciose. Sono qui rinvenibili forti analogie col concetto di "attualizzazione" di Sandler, secondo il quale il paziente fa un continuo lavoro volto a modificare il comportamento del clinico affinché incarni quelle che sono le fantasie inconscie e le aspettative del paziente. Joseph mette anche in evidenza diversi aspetti dell'identificazione proiettiva: attacco alla mente dell'analista; forma di invasione totale; invasione più parziale e appropriazione di aspetti o capacità dell'analista con le quali il paziente si identifica; introduzione di parti

del Sé (specialmente parti inferiori o invidiose) dentro l'analista, parti con le quali quest'ultimo viene identificato.

“L'identificazione proiettiva consiste per sua natura nel porre parti del sé nell'oggetto, nel transfert noi ci troviamo necessariamente al polo ricevente delle proiezioni, e quindi, se siamo in grado di sintonizzarci con esse, abbiamo un'occasione unica *par excellence* per capirle e capire ciò che sta accadendo. In questo senso, l'identificazione proiettiva, comunque motivata, agisce come una comunicazione, e costituisce la base dell'uso positivo del controtransfert.

(...) è spesso difficile chiarire se, a ogni dato momento, l'identificazione proiettiva sia principalmente motivata a comunicare uno stato mentale che non può essere verbalizzato dal paziente, oppure se sia soprattutto mirata a entrare e controllare o attaccare l'analista o, ancora, se tutti questi elementi siano attivi e vadano tutti tenuti in considerazione” (Joseph, 1984, pp. 213-214).

In questa visione, il controtransfert permette al clinico di comprendere la natura della comunicazione del paziente, in quanto strutturato dall'identificazione proiettiva con la quale il paziente lo spinge (proiettando dentro di lui nel transfert) a fare esperienza di determinati sentimenti e a reagirvi. Va precisato che possono essere proiettati sia sentimenti che difese o figure interne (per esempio la rappresentazione interna della madre).

Quello descritto da Joseph è un tipo di identificazione proiettiva in cui alla fantasia inconscia si accompagnano comportamenti inconsci atti a suscitare nell'oggetto specifiche risposte. Ma come già detto, oggi il termine identificazione proiettiva è utilizzato in un senso tanto ampio da includere sia i casi in cui l'oggetto è emozionalmente contagiato dalla proiezione sia i casi in cui non lo è. Per questo motivo Elizabeth Spillius (1988a) suggerisce l'utilità di aggiungere l'aggettivo “evocativa” nei casi in cui si sia in presenza di un “tipo di identificazione proiettiva

in cui colui che la riceve è messo sotto pressione affinché provi i sentimenti adatti alla fantasia di chi proietta” (p. 99).

Nel 1995 Michael Feldman, nato in Sud Africa e formatosi in Inghilterra, tratta dell'utilizzo dell'identificazione proiettiva come mezzo per coinvolgere l'analista. Egli parte dal fatto che i comportamenti (verbali e non verbali) esprimenti le fantasie del paziente, costituiscono delle pressioni cosce e/o inconscie in grado di influenzare lo stato mentale (sentimenti e capacità di pensiero) e il comportamento (azioni) dell'analista. Quest'ultimo incappa inevitabilmente in agiti, che però rappresentano un'occasione unica per arrivare a conoscere sia alcune delle identificazioni inconscie sia i livelli di funzionamento del paziente (vedi Heimann, 1949; Racker, 1958; Sandler, 1976; Joseph, 1984), rappresentano quindi, almeno potenzialmente, una preziosa fonte di informazioni sul mondo interno del paziente, in particolare sulle sue relazioni oggettuali interne.

38

Feldman mostra come il coinvolgimento dell'analista sia per il paziente una componente basilare dell'uso difensivo dell'identificazione proiettiva. Egli ritiene che “la proiezione di elementi in una relazione oggettuale fantasmatica rappresenti un tentativo da parte del paziente di ridurre la distanza tra una relazione oggettuale arcaica e una relazione oggettuale reale che potrebbe porre il paziente di fronte a una sfida e rappresentare per lui una minaccia” (1995, p. 113). La necessità che l'analista faccia esperienza di alcune fantasie del paziente, fantasie che riflettono le sue relazioni oggettuali interne, sembra essere per il paziente un'occorrenza più frequente della mera necessità che l'analista venga trasformato solo nella fantasia del paziente stesso. Quando la proiezione viene fatta in un oggetto allucinatorio, delirante o assente, ci troviamo di fronte a un processo onnipotente che implica una totale recessività da parte dell'oggetto interno che si lascia così trasformare, ciò assicura al paziente l'annullamento della separatezza tra sé e oggetto, e della discrepanza tra fantasia e realtà. Ne consegue che

“il paziente utilizza l’identificazione proiettiva per esercitare una pressione sottile ma potente sull’analista, affinché egli soddisfi le aspettative inconsce del paziente che tali fantasie personificano. Così l’intrusione nei pensieri, nei sentimenti e nelle azioni dell’analista non sono effetti collaterali accidentali delle proiezioni del paziente, né necessariamente una manifestazione dei conflitti e delle ansie dell’analista, ma sembrano spesso componenti fondamentali dell’uso efficace dell’identificazione proiettiva da parte del paziente” (p. 113).

Esiste una relazione tra la proiezione sull’oggetto-interno-analista nella fantasia e quanto realmente avviene quando paziente e analista si incontrano e interagiscono in maniera non onnipotente. Tuttavia, esiste sempre una discrepanza, più o meno grande, tra il reale stato mentale dell’analista (quanto realmente è stato trasformato dalle proiezioni del paziente) e la rappresentazione oggettiva interna che il paziente ha di lui.

Cosa succede all’analista investito dalle identificazioni proiettive del suo paziente? Le risposte sembra possano essere suddivise in tre macro-categorie: a) rimane a proprio agio, mantenendo saldi il proprio ruolo e le proprie funzioni, riconoscendo e facendo alcuni pensieri intorno alle pressioni di cui è fatto oggetto; b) viene a essere disturbato dalle trasformazioni del proprio stato psicofisico; c) diviene gradualmente consapevole di essere stato oggetto di pressioni che lo hanno spinto verso un agito sottile e complesso (non necessariamente vissuto inizialmente come egodistonico, magari egli si sentiva a proprio agio ed era sicuro di avere identificato i nuclei patologici del paziente), consapevolezza che rappresenta la possibilità di fare esperienza di alcune relazioni oggettuali interne del paziente. Questa differenza nelle possibili risposte da parte del clinico dipende dal fatto che anche lui, similmente al paziente, deve fare i conti con le ansie e i bisogni suscitati dalle fantasie (ovvero dalle relazioni oggettuali del proprio mondo interno). Secondo Feldman, l’inevitabile distanza tra le fantasie inconsce preesistenti, che in una qualche misura sono rassicuranti o

gratificanti, e le fantasie suscitate dalla situazione analitica, fantasie queste ultime potenzialmente minacciose e perturbanti, porta ognuno dei membri della coppia analitica a ricorrere ai propri meccanismi (difensivi) proiettivi o a qualche tipo di agito, nel tentativo di ridurre la distanza tra le fantasie preesistenti e quelle suscitate dall'incontro analitico. È come se il paziente tentasse disperatamente di far diventare più familiari i comportamenti dell'analista e l'esperienza fatta con lui, farli diventare più corrispondenti alla propria fantasia inconscia. Tale tensione ad "attualizzare" (Sandler e Sandler, 1978; Sandler, 1988) le fantasie delle proprie relazioni oggettuali interne corrisponde alla ricerca inconscia di una soddisfazione dei propri desideri, e al contempo assolve una funzione di assicurazione. Il paziente tenta di trasformare realmente l'analista in modo da ridurre lo iato, tanto più profondamente disturbante quanto più grande, tra la rappresentazione dell'oggetto-analista interno e l'analista della realtà esterna; un "processo [che] sembra superare e entrare in conflitto con il bisogno di sentirsi compresi o assicurati sulla capacità dell'oggetto di assumere e di 'contenere' le proiezioni. La mancanza di questa identità tra la realtà interna e quella esterna non solo può innescare una certa invidia, o dubbi sulla recessività dell'oggetto, ma può anche creare uno spazio di allarme in cui possono avere luogo il pensiero e una nuova conoscenza e comprensione, che molti pazienti non riescono a tollerare" (Feldman 1995, p. 119).

Se l'analista è, come dovrebbe essere, recettivo alle proiezioni del paziente, esse entreranno inevitabilmente in risonanza con i bisogni e le paure inconsci del clinico, per il quale non è sempre facile e veloce riconoscere quando è oggetto di identificazione proiettiva (Joseph, 1984; O'Shaughnessy, 1992), anche perché, come già accennato, le risposte dell'analista possono variare sia per qualità sia per quantità. Per esempio, in alcuni casi il clinico può percepire l'esistenza in sé di qualcosa di disturbante o alieno, in misura leggera piuttosto che marcata, mentre in altri casi egli può sperimentare un tipo di coinvolgimento benigno, confortevole e passionato. Quest'ultimo

stato rappresenta la situazione in cui le parti indesiderate di sé scisse e proiettate dal paziente corrispondono ad aspetti irrisolti dell'analista, avviene quindi un'inconscia collusione, una convergenza dei bisogni difensivi del paziente e dell'analista (che così sente il suo ruolo congruo con alcune fantasie interne), che può contrastare una reale comprensione del paziente, e, conseguentemente, comportare difficoltà nella restituzione in forma elaborata delle proiezioni del paziente, il quale non può andare verso un reale miglioramento. L'ipotesi di Feldman (1995) è che “quanto viene proiettato non sia primariamente una parte del paziente, quanto la fantasia di una relazione oggettuale, la quale influenza l'analista e può permettergli di rimanere ragionevolmente a suo agio oppure turbato fino a spingerlo a compiere gli agiti” (p. 121), frutto dell'interazione tra i bisogni del paziente e quelli dell'analista. Questi agiti possono essere in linea con la fantasia proiettata dal paziente, oppure possono essere il tentativo di allontanarsi da essa in quanto troppo disturbante; ciò dipende dal fatto che “l'impulso nei confronti degli agiti può riflettere aspetti irrisolti delle relazioni oggettuali patologiche dell'analista” (*ibid.*), che in quanto essere umano è alla continua ricerca di un equilibrio tra una rappresentazione di sé abbastanza appagante e il modo in cui vive la realtà relazionale esterna. Il riconoscimento di un eventuale agito deriva da un cambiamento di prospettiva interna, che rende possibile la comprensione e il contenimento, quindi la formulazione di interpretazioni in grado di promuovere trasformazioni sane anche nel paziente.

Scrive Feldman:

“Sospetto che qualora l'analista sia ricettivo nei confronti delle proiezioni del paziente, l'impatto delle proprie fantasie disturbanti inconse sulla natura della sua relazione con il paziente inevitabilmente lo metterà in contatto con le sue stesse ansie. Ciò può attivare nell'analista forme di proiezione e di agito, sulle prime in maniera inconsapevole, volte a recuperare un equilibrio interno. Il compito

difficile e spesso doloroso per l'analista è riconoscere gli agiti sottili e complessi in cui è inevitabilmente trascinato dal suo paziente e lavorare per trovare uno spazio di comprensione e di pensiero esterno ai confini angusti e ripetitivi inconsciamente richiesti dal paziente, e a volte anche dalle sue ansie e dai suoi bisogni. Per quanto il raggiungimento della reale trasformazione psichica dipenda da questo processo, esso rappresenta una minaccia per il paziente ed è pertanto esposto alla mobilitazione di altri processi difensivi” (1995, p.123).

42

Da quanto detto finora dovrebbe essere chiaro che per Feldman i meccanismi proiettivi assolvono più funzioni: permettono di prendere le distanze da un qualcosa esperito come disturbante; permettono di coinvolgere l'oggetto, nel nostro caso l'analista, delegandogli il compito di creare connessioni a partire da quanto gli è stato comunicato tramite la proiezione, ovvero di creare un significato sul quale poi riflettere; permettono di fare agire parzialmente all'analista nel mondo esterno alcune delle fantasie delle relazioni oggettuali familiari e arcaiche, spesso disturbate e disturbanti, proprie del mondo interno del paziente. Nonostante queste fantasie possano essere fonte di grande sofferenza per il paziente, il riviverle ha una funzione rassicurante - Marion Milner (1952; vedi anche Stefana, 2011) direbbe che il paziente cerca e trova il familiare, il noto nell'ignoto -, il che implica che i nostri sforzi di modificare la situazione rappresentano una minaccia all'equilibrio difensivo del paziente, al suo funzionamento mentale.

L'agito dell'analista è, almeno entro certi gradi, una parte integrante e inevitabile del processo analitico. Parte del lavoro dell'analista consiste nel riconoscerlo e nel liberarsene, almeno temporaneamente, per poter giungere a una migliore e più profonda comprensione del mondo interno del paziente, e del suo stesso. Risulta così fondamentale riconoscere le pressioni esercitate dal paziente affinché l'analista agisca nella interazione col paziente le sue fantasie relazionali inconse. Riconoscere ciò permette al clinico sia di recuperare la propria funzione terapeutica, sia di ridurre la discrepanza tra le fantasie sul

proprio ruolo e ciò che è la realtà esterna; la capacità di tollerare tale discrepanza risulta inoltre essere inversamente proporzionale alla necessità di ricorrere all'utilizzo dei meccanismi proiettivi e dei vari tipi di agito. Tale recupero, parziale e temporaneo, della capacità di pensiero riflessivo dell'analista è fondamentale per il mantenimento del ruolo terapeutico.

Pochi anni dopo il contributo di Feldman, Ronald Britton propone un'utile distinzione tra "identificazione proiettiva acquisitiva" e "identificazione proiettiva attributiva". La prima forma indica un processo attributivo del tipo studiato da Klein (1955), Rosenfeld (1963) e Sohn (1985), tramite il quale il soggetto entra (in fantasia) nell'oggetto per acquisire alcuni attributi che si immagina appartengano all'oggetto (un processo simile alla "introiezione estrattiva" descritta da Bollas, 1987). Un esempio della forma più estrema dell'identificazione proiettiva acquisitiva potrebbe essere quello di una persona che crede di essere diventata nottetempo Napoleone, quando una persona meno onnipotente semplicemente racconterebbe di avere fatto un sogno in cui era diventata Napoleone. La seconda forma di identificazione proiettiva indica una fantasia inconscia onnipotente tramite la quale il soggetto attribuisce all'oggetto alcuni aspetti del proprio Sé; questa forma può non dare luogo nell'oggetto ad alcun effetto di risonanza, oppure, tramite sottili comportamenti del soggetto, può evocare nell'oggetto lo stato mentale proiettato (si tratta della forma "evocativa" descritta da Spillius, 1988a). Riassumendo la classificazione di Britton (1998), possiamo dire che nell'*identificazione proiettiva acquisitiva* "Io sono te' - cioè l'identità o gli attributi di un'altra persona sono attribuiti al Sé. Più onnipotentemente ciò avviene, più delirante sarà il risultato" (p. 19), mentre nell'*identificazione proiettiva attributiva* "Tu sei me' - cioè un aspetto del sé è attribuito a un'altra persona. Ciò può essere *evocatorio*, e indurre un cambiamento dell'altro, o *non-evocatorio*, quando nessuna azione viene intrapresa per dare effetto a ciò" (*ibid.*). Alcuni anni più tardi, nel 2004, la psicoanalista inglese di origini brasiliane Igenes Sodré fornisce un importante contributo alla

conoscenza dei processi di identificazione, andando ad analizzare come proiezioni, introiezioni e meccanismi maniacali cooperino nella creazione e nel mantenimento degli stati di identificazione patologica caratterizzati da una massiccia identificazione proiettiva del soggetto con l'oggetto; stati differenti da quelli in cui il soggetto proietta per liberarsi di una particolare esperienza o per controllare l'oggetto. Proiezioni, introiezioni e identificazioni costituiscono un complesso processo che è alla base di ogni significativa interazione tra due persone.

Secondo Sodré (2004) "La caratteristica centrale dell'uso dell'identificazione proiettiva' è la creazione nel soggetto di uno stato mentale [più o meno flessibile, temporaneo o permanente] in cui si sono spostati i confini tra sé e oggetto" (p. 134), di modo che il sé, specialmente in caso di identificazione proiettiva patologica, possa "dis-identificarsi con ciò che viene proiettato" (p. 132). Si tratta di un processo psichico fondato sulle fantasie, ma se il soggetto entra in interazione con l'oggetto questi potrà percepire "ciò che viene proiettato, e il suo modo di gestirlo influenzerà anche lo sviluppo della relazione oggettuale che si sta realizzando in quel dato momento" (p. 134).

44

Il fatto che il soggetto scinda e proietti aspetti di sé (affetti, parti della personalità e modalità di funzionamento) comporta una trasformazione in fantasia sia dell'identità del soggetto che dell'oggetto; talvolta tale trasformazione è dovuta anche all'acquisizione da parte del soggetto di particolari aspetti propri dell'oggetto. In caso di identificazione proiettiva massiccia il soggetto diventa (in fantasia) l'oggetto o un particolare aspetto o una particolare versione di esso, mentre l'oggetto diventa il sé o ne incarna un aspetto vissuto come insopportabile; ci troviamo di fronte a un uso eccessivo, quindi patologico, sia dei meccanismi di proiezioni sia dei meccanismi di introiezione (introiezioni che acquisiscono la qualità della concretezza), una modalità di funzionamento che poggia sull'uso massiccio delle difese maniacali. Come aveva già indicato Rosenfeld (1963),

un'identificazione onnipotente, sia per proiezione sia per introiezione, incide profondamente sul senso di sé e sui confini sé-oggetto: il soggetto può vivere uno stato di confusione dovuto alla perdita dei confini me-non me, o può vivere una forte rigidità del carattere utile a mantenere saldi nuovi confini me-non me che proteggono dal ritorno delle parti del sé scisse e proiettate.

Per il soggetto, il ricorso all'identificazione proiettiva significa attribuire un aspetto di sé all'oggetto in cui si proietta, si tratta quindi di una dis-identificazione proiettiva, un processo attraverso il quale il soggetto perde parti della propria identità. L'identificazione proiettiva avviene a livello della fantasia inconscia, ma in caso di interazione con un oggetto recettivo quest'ultimo potrà andare incontro a un'intrusione nel Sé di qualcosa di alieno che darà avvio a una parziale o totale "identificazione proiettiva forzata"; l'esito di questa interazione dipenderà sia dal grado più o meno massiccio della proiezione, sia dalla capacità/disponibilità dell'oggetto di introiettare e di identificarsi parzialmente, ovvero senza confondere il proprio sé con quanto introiettato.

45

Se l'esistenza di processi proiettivi patologici è molto chiara per tutti, per molti è meno chiara l'esistenza di processi introiettivi patologici. Questo probabilmente perché si tende a leggere come proiettiva l'identificazione che ha a che fare con degli aspetti "cattivi", mentre si tende a leggere come introiettiva quella che ha a che fare con degli aspetti "buoni"; c'è così una propensione "a considerare i processi proiettivi più patologici di quelli introiettivi" (Sodré, 2004, p. 134). L'identificazione diviene patologica quando anziché fondarsi sul desiderio del soggetto di essere come l'oggetto si fonda sul suo desiderio di diventare "concretamente" l'oggetto: il soggetto ingoia l'intero oggetto che viene così a essere derubato della possibilità di continuare a esistere come oggetto integro e con una propria identità. Più specificamente, "L'identificazione introiettiva patologica comporta la fantasia di assumere concretamente qualcosa dentro di sé, mentre una normale identificazione con un oggetto interno presuppone la

capacità di introiettare simbolicamente e allo stesso tempo permettere all'oggetto di mantenere la sua identità separata. Vale lo stesso per la proiezione normale, naturalmente: quando l'Io funziona nella modalità della posizione depressiva, la proiezione simbolica sulla mente dell'altro (essendo in grado di immaginare di mettersi nei panni dell'altro) ci aiuta a comprendere chi sia l'altra persona" (p. 135). Risulta chiaro che nel processo di introiezione sopradescritto sono implicati meccanismi maniacali che trasformano il sé in un'entità più grande e potente dell'oggetto. È la natura concreta anziché simbolica dei processi proiettivi a rendere patologica l'identificazione.

In caso di identificazione patologica la relazione soggetto-oggetto diviene una continua lotta per il mantenimento dell'equilibrio della personalità raggiunto tramite il ricorso alla scissione e all'identificazione, meccanismi che garantiscono l'allontanamento dalla consapevolezza delle parti più deboli e dipendenti del sé. In queste situazioni l'analista deve tentare di mettersi in una posizione terza dalla quale poter osservare cosa sta accadendo nel qui e ora dell'interazione. Una posizione dalla quale "diventa molto più possibile vedere chi è chi e quale sia la relazione oggettuale che viene agita nel transfert. In questo modo potremmo interpretarla come una situazione in cui qualcuno sta cercando di ottenere qualcosa, qualcosa che deve essere assolutamente compreso nel suo valore, e c'è qualcun altro che è impenetrabile, irraggiungibile, che dice "no!" di fronte a ogni tentativo di comunicazione" (Sodré, 2004, p. 143). Il cambiamento d'identità che avviene nel paziente che ricorre a una identificazione introiettiva patologica rappresenta sì un ostacolo nel lavoro terapeutico, ma allo stesso tempo rappresenta per noi clinici la possibilità di fare esperienza diretta di contatto con gli oggetti che animano il suo mondo interno.

46

Nella presente ricostruzione storica dell'evoluzione del concetto di identificazione proiettiva sono stati presi in considerazione i contributi provenienti dagli analisti kleiniani inglesi. Tuttavia, è fondamentale tenere presente che in ogni contributo teorico e teorico-clinico

proveniente da un analista della Società psicoanalitica britannica (kleiniano, freudiano contemporaneo o indipendente che sia) è rintracciabile l'eco dei rapporti di filiazione (per analisi didattica o per supervisione) e di amicizia o di collaborazione, la familiarità con o la discussione di certe teorie, la conoscenza di uno specifico linguaggio, la frequentazione del medesimo ambiente psicoanalitico e culturale. Così, non solo i kleiniani, ma anche i freudiani contemporanei e gli Indipendenti hanno preso parte, in misure e modi variabili, alle conversazioni sull'identificazione proiettiva.

Qui riporto brevemente alcuni risultati di un'indagine condotta via email da Edna O'Shoughnessy (2012), la quale ha individuato le principali critiche che i freudiani contemporanei e gli Indipendenti muovono al concetto di identificazione proiettiva: 1) sovra-utilizzo del concetto di identificazione proiettiva, tramite il quale i kleiniani spiegano tutte le comunicazioni dei pazienti e ogni sentimento sperimentato dall'analista; 2) il concetto di identificazione proiettiva indica un meccanismo aggressivo, fatto che comporta un'eccessiva concentrazione dei kleiniani sulla distruttività innata dei pazienti; 3) il concetto di identificazione proiettiva rappresenta per i kleiniani una tentazione di formulare interpretazioni nel qui e ora con una rapidità che altrimenti non sarebbe giustificata, con anche un uso della tecnica analitica del tipo "io-tu" e "tu-io" ritenuto deprecabile. Il terzo punto è sostenuto solamente da alcuni analisti freudiani contemporanei.

47

Per concludere, riporto la definizione di identificazione che si trova in *The new dictionary of kleinian thought*, nuova edizione curata da Elizabeth Spillius, Jane Milton, Penelope Garvey, Cyril Couve e Deborah Steiner (2011) del famoso *Dizionario di psicoanalisi kleiniana* di Robert Hinshelwood (1989):

“L'identificazione proiettiva è una fantasia inconscia in cui aspetti del sé o di un oggetto interno sono scissi e attribuiti a un oggetto esterno. Gli aspetti proiettati possono essere sentiti da chi proietta come buoni

o cattivi. Le fantasie proiettive possono o meno essere accompagnate da comportamenti inconsci evocativi che inducono in colui che riceve la proiezione sentimenti e agiti in sintonia con la fantasia proiettata. Qualche volta le fantasie di identificazione proiettiva sono sentite avere proprietà 'acquisitive' così come proprietà 'attributive', ciò significa che le fantasie riguardano non solo gli aspetti rifiutati della propria psiche, ma anche l'entrare nella mente dell'altro per acquisire aspetti desiderati della sua psiche. In questo caso le fantasie proiettive e quelle introiettive operano insieme. Tra gli analisti kleiniani inglesi c'è un tacito accordo che 'proiezione' e 'identificazione proiettiva' significhino la stessa cosa, e che 'identificazione proiettiva' sia un arricchimento o estensione del concetto freudiano di 'proiezione'" (Spillius *et al.*, 2011, p. 126, trad. mia).

RIASSUNTO

Il presente lavoro propone una panoramica storico-descrittiva dello sviluppo del concetto di identificazione proiettiva, la cui utilità risiede nel fatto che esso non si esaurisce nella situazione clinica (tra le altre cose permette una spiegazione chiara ed esauriente delle dinamiche di transfert e controtransfert), ma getta una luce sulle dinamiche comunicative non verbali presenti in qualsiasi relazione tra esseri umani. L'attenzione verrà focalizzata sul filone di sviluppo della scuola kleiniana di Londra, che a partire dal contributo "originario" di Melanie Klein, passando per quelli di Wilfred Bion e Herbert Rosenfeld, è giunta alle moderne teorizzazioni di autori quali Betty Joseph e Michael Feldman.

PAROLE CHIAVE

Identificazione proiettiva, storia della psicoanalisi, analisti kleiniani di Londra.

SUMMARY

This paper provides a historical-descriptive overview of the development of the concept of projective identification; its usefulness lies in the fact that it does not limit itself to the clinical situation (among other things, it provides a clear and exhaustive explanation of transference and countertransference dynamics), but it also sheds light on the non-verbal communication dynamics that are present in any relationship among human beings. Particular attention will be focused on the development of the London Kleinian school, ranging from the 'original' contribution of Melanie Klein to those of Wilfred Bion and Herbert Rosenfeld, up to the modern theorizations of authors like Betty Joseph and Michael Feldman.

KEY WORDS

50

Projective identification, history of psychoanalysis, London's kleinian analysts.

BIBLIOGRAFIA

- Abraham K. (1911): Ansätze zur psychoanalytischen Erforschung und Behandlung des manisch-depressiven Irreseins und verwandter Zustände. *Zentralblatt für Psychoanalyse und Psychotherapie*, 1912, 2: 302-315 (trad. it.: Note per l'indagine ed il trattamento psicoanalitici della follia maniaco-depressiva e di stati affini. In: *Opere*, 1: 241-257. Boringhieri, Torino, 1975).
- Abraham K. (1924): *Versuch einer Entwicklungsgeschichte der Libido auf Grund der Psychoanalyse seelischer Störungen*. Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien (trad. it.: Tentativo di una storia evolutiva della libido sulla base della psicoanalisi dei disturbi psichici. In: *Opere*, 1. Boringhieri, Torino, 1975, pp. 287-354).
- Bick E. (1968): The experience of the skin in early object-relations. *The International Journal of Psychoanalysis*, 49: 484-486. Anche in: M. Harris e E. Bick (trad. it.: L'esperienza della pelle nelle prime relazioni oggettuali, pp. 126-130. Anche in: V. Bonaminio e B. Iaccarino, a cura di, *L'osservazione diretta del bambino*. Bollati Boringhieri, Torino, 1989, pp. 90-95).
- Bick E. (1975): Further considerations on the function of the skin in early object-relations, findings from infant observation integrated into child and adult analysis. *British Journal of Psychotherapy*, 1986, 2: 292-299 (trad. it.: Ulteriori considerazioni sulle funzioni della pelle nelle prime relazioni oggettuali: integrando i dati dell'«infant observation» con quelli dell'analisi dei bambini e degli adulti. *Rivista di Psicoanalisi*, 1984, 30: 341-355).
- Bion W.R. (1957): Attacks on linking. *International Journal of Psychoanalysis*, 1959, 40: 308-315. Anche in: Bion, 1967 (trad. it.: Attacchi al legame, pp. 143-166).
- Bion W.R. (1959-78): *Cogitation*. Karnac, London, 1992 (trad. it.: *Cogitations-Pensieri*. Borla, Roma, 1996).

Bion W.R. (1961): A theory of thinking. *International Journal of Psychoanalysis*, 1962, 43: 306-310. Anche in: Bion, 1967 (trad. it.: Una teoria del pensiero, pp. 167-182).

Bion W.R. (1962): *Learning from Experience*. London: Heinemann (trad. it.: *Apprendere dall'esperienza*. Roma: Armando, 1972).

Bion W.R. (1965): *Transformations: Change from Learning to Growth*. London: Heinemann (trad. it.: *Trasformazioni*. Roma: Armando, 1973).

Bion W.R. (1967): *Second Thoughts*. London: Heinemann (trad. it.: *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Roma: Armando, 1970, 2002).

Bion W.R. (1975-78): *Clinicals Seminars and Four Papers*. Abingdon: The Fleetwood Press, 1987 (trad. it.: *Seminari clinici. Brasilia e San Paolo*. Raffaello Cortina, Milano, 1989).

Bollas C. (1987): *The Shadow of the Object: Psychoanalysis of the Unthought Known*. London: Free Association Books, 1987 (trad. it.: *L'ombra dell'oggetto: Psicoanalisi del conosciuto non pensato*. Borla, Roma, 1989).

Borgogno F. (1992): Evoluzione della tecnica psicoanalitica. Un omaggio a Paula Heimann. *Rivista di Psicoanalisi*, XXXVIII, 4: 1047-1072. Anche in: Borgogno, 1999a.

Borgogno F. (2010): Ferenczi, «l'analista introiettivo». *Rivista di Psicoanalisi*, LVI, 3: 561-576.

Brierley M. (1945): Further notes on the implications of psychoanalysis: metapsychology and personology. *International Journal of Psychoanalysis*, 26: 89-114. Ristampato in una versione leggermente modificata in: Brierley, 1951 (trad. it.: *Metapsicologia e personologia*, pp. 136-200).

Brierley M. (1947): Notes on psycho-analysis and integrative living. *International Journal of Psychoanalysis*, 28: 57-105. Ristampato in una versione leggermente modificata in: Brierley, 1951 (trad. it.: *La psicoanalisi e l'esistenza integrative*, pp. 201-330).

Brierley M. (1951): *Trends in Psycho-Analysis*. Hogarth Press, London, 1951 (trad. it.: *Orientamenti teorici in psicoanalisi*. Borla, Roma, 1990).

- Britton R. (1998): *Belief and Imagination*. Routledge, London (trad. it.: *Credenza e immaginazione*. Borla, Roma, 2002).
- Di Chiara G. (1992): L'incontro, il racconto, il commiato. Tre fattori dell'esperienza psicoanalitica. In: L.M. Nissim e A. Robutti, a cura di, *L'esperienza condivisa. Saggi sulla relazione psicoanalitica*. Raffaello Cortina, Milano, pp. 43-61.
- Fairbairn W.R.D. (1941): A revised psychopathology of the psychoses and psychoneuroses. Fairbairn, W. R. D.. The *International Journal of Psychoanalysis*, 22: 250-270. Anche in: Fairbairn, 1952 (trad. it.: *Riesame della psicopatologia delle psicosi e delle psiconevrosi*, pp. 52-84).
- Fairbairn W.R.D. (1944): Endopsychic structure considered in terms of object-relationships. *International Journal of Psychoanalysis*, 25: 70-93. Anche in: Fairbairn, 1952 (trad. it.: *La struttura endopsichica considerata in termini di relazioni oggettuali*, pp. 110-164).
- Fairbairn W.R.D. (1946): Object relationships and dynamic structure. *International Journal of Psychoanalysis*, 27: 30-37. Anche in: Fairbairn, 1952 (trad. it.: *Relazioni oggettuali e struttura dinamica*. In: Fairbairn, 1952, pp. 169-184).
- Fairbairn W.R.D. (1952): *Psychoanalytic Studies of the Personality*. Tavistock Publications, London (trad. it.: *Studi psicoanalitici sulla personalità*. Boringhieri, Torino, 1970).
- Feldman M. (1995): Projective identification: The analyst's involvement. *International Journal of Psychoanalysis*, 1997, 78: 227-241. Anche in: Spillius E. e O'Shaughnessy E., 2012 (trad. it.: *L'identificazione proiettiva. Il coinvolgimento dell'analista*, pp. 112-129).
- Ferenczi S. (1908): A korai magömlés jelentőségéről. *Budapesti Orvosi Újság*, 4 (trad. it.: *Il significato dell'eiaculazione precoce*. In: *Opere*, 2. Raffaello Cortina, Milano, 1990, pp. 1-3).
- Ferenczi S. (1913): Entwicklungsstufen des Wirklichkeitssinnes. *Internationale Zeitschrift für (ärztliche) Psychoanalyse*, 1: 124-138 (trad. it.:

- Fasi evolutive del senso di realtà. In: *Opere*, 1913/1919, Vol. II. Raffaello Cortina, Milano, 1990, pp. 34-47).
- Ferenczi S. (1932): *Journal Clinique. Janvier-Octobre 1932*. Payot, Paris, 1985 (trad. ingl.: *The Clinical Diary of Sándor Ferenczi*. Harvard University Press, Cambridge, 1988; trad. it.: *Diario clinico: Gennaio-Ottobre 1932*. Raffaello Cortina, Milano, 1988).
- Freud A. (1936): *Das Ich und die Abwehrmechanismen*. Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien (trad. ingl.: *The Ego and the Mechanisms of Defence*. Hogarth Press and Institute of Psycho-Analysis, London, 1937. Trad. it.: *L'io e i meccanismi di difesa*. Martinelli, Firenze, 1967. Anche in: *Opere*, 1. Boringhieri, Torino, 1978, pp. 149-265).
- Freud S. (1895): Minute teoriche a Wilhelm Fliess. Minuta II. *Opere*, 2: 36-41. Boringhieri, Torino, 1968.
- Freud S. (1905): Frammento di un'analisi di isteria (Caso clinico di Dora). *Opere*, 4: 301-402. Boringhieri, Torino, 1970.
- Freud S. (1910a): Le prospettive future della terapia psicoanalitica. *Opere*, 6: 197-206. Boringhieri, Torino, 1974.
- Freud S. (1910b): Osservazioni psicoanalitiche su un caso di paranoia (dementia paranoides) descritto autobiograficamente (Caso clinico del Presidente Schreber). *Opere*, 6: 339-406. Boringhieri, Torino, 1974.
- Freud S. (1915 [1917]): Lutto e melanconia. In: *Opere*, 8: 102-118. Boringhieri, Torino, 1977.
- Gamill J. (1989): Some personal reflections on Melanie Klein. *Melanie Klein and Object Relations*, 7: 1-15.
- Greenberg J. e Mitchell S. (1983): *Object Relations in Psychoanalytic Theory*. Harvard University Press, Cambridge (trad. it.: *Le relazioni oggettuali nella teoria psicoanalitica*. Il Mulino, Bologna, 1986).
- Grosskurth P. (1986): *Melanie Klein: Her World and Her Work*. Knopf, New York (trad. it.: *Melanie Klein. Il suo mondo e il suo lavoro*. Bollati Boringhieri, Torino, 1988).

- Grotstein J.S. (2007): *A Beam of Intense Darkness*. Karnac, London (trad. it.: *Un raggio di intensa oscurità*. Raffaello Cortina, Milano, 2010).
- Heimann P. (1949): On countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 1950, 31: 81-84. Anche in: Heimann, 1989 (trad. it.: Il controtrasferimento, pp. 95-102).
- Heimann P. (1978): Über die Notwendigkeit für den Analytiker mit seinen Patienten natürlich zu sein. In: Drews S. *et al.*, Frankfurt M., 1978, pp. 215-229 (trad. ingl.: On the necessity for the analyst to be natural with his patients. In: Heimann, 1989; trad. it.: La necessità che l'analista sia spontaneo col paziente, pp. 386-400).
- Heimann P. (1989): *About Children and Children-no-Longer*. Institute of Psycho-Analysis, London (trad. it.: *Bambini e non più bambini*. Borla, Roma, 2005).
- Hinshelwood R.D. (1989): *A Dictionary of Kleinian Thought*. Free Association Books, London (trad. it.: *Dizionario di psicoanalisi kleiniana*. Raffaello Cortina, Milano, 1990).
- Joseph B. (1984): Projective identification: clinical aspects. In: Sandler J., editor, 1987. Anche in: *Psychic Equilibrium and Psychic Change*. Routledge, London, 1989 (trad. it.: L'identificazione proiettiva: aspetti clinici, pp. 88-101. Anche in: *Equilibrio e cambiamento psichico*. Raffaello Cortina, Milano, 1991, pp. 205-220):
- Klein M. (1921-58): *The Writings of Melanie Klein* (4 volumes) London: Hogarth Press, 1975 (trad. it.: *Scritti 1921-1958*. Boringhieri, Torino, 1978, 2006).
- Klein M. (1929): Personification in the play of children. *International Journal of Psychoanalysis*, 10: 193-204. Anche in: Klein, 1921-58 (trad. it.: La personificazione nel gioco infantile, pp. 227-238).
- Klein M. (1932): *Die Psychoanalyse des Kindes*. Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag (trad. ingl.: *The Psychoanalysis of Children*. International Psychoanalytical Library, London, 1932. Ristampato in una versione rivista con lo stesso titolo, Hogarth Press, London, 1950; trad. it.: *La psicoanalisi dei bambini*. Martinelli, Firenze, 1969).

- Klein M. (1934): A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. *International Journal of Psychoanalysis*, 1935, 16: 145-174. Anche in: Klein, 1921-58 (trad. it.: Contributo alla psicogenesi degli stati maniaco-depressivi, pp. 297-325).
- Klein M. (1938): Mourning and its relation to manic-depressive states. *International Journal of Psychoanalysis*, 1940, 21: 125-153. Anche in: Klein, 1921-58 (trad. it.: Il lutto e la sua connessione con gli stati maniaco-depressivi, pp. 326-354).
- Klein M. (1946): Notes on some schizoid mechanisms. *International Journal of Psychoanalysis*, 27: 99-110. Ristampato in una versione del 1952 in: Klein, 1921-58 (trad. it.: Note su alcuni meccanismi schizoidi, pp. 409-434).
- Klein M. (1951): The origins of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 1952, 33: 433-438. Anche in: Klein, 1921-58 (trad. it.: Le origini della traslazione, pp. 526-535).
- Klein M. (1955): On identification. In: Klein M., Heimann P. e Money-Kyrle R., 1955, pp. 309-345 (trad. it.: Sull'identificazione. In: Klein, Heimann e Money-Kyrle, a cura di, 1955, pp. 401-445).
- Klein M. (1957): *Envy and Gratitude*. Tavistock Publications, London (trad. it.: *Invidia e gratitudine*. Martinelli, Firenze, 1969).
- Klein M., Heimann, P. e Money-Kyrle R., editor (1955): *New Directions in Psycho-Analysis. The Significance of Infant Conflict in the Pattern of Adult Behaviour*. Tavistock Publications, London (trad. it.: *Nuove vie della psicoanalisi. Il significato del conflitto infantile nello schema del comportamento dell'adulto*. Il Saggiatore, Milano, 1966).
- Massidda G.B. (1999): Shall we ever know the whole truth about projective identification?. *International Journal of Psychoanalysis*, 80: 365-367.
- Massidda G.B. (2009): *Identificazione proiettiva. Fra creatività, criptomnesia e plagio*. Lampi di Stampa, Milano.
- Meltzer D. (1974): Adhesive identification. In: *Sincerity and Other Works: The Collected Papers of Donald Meltzer*. Karnac, London, 1994 (trad. it.:

- L'identificazione adesiva. In: *La comprensione della bellezza*. Loescher, Torino, 1981, pp. 24-43).
- Migone P. (1988): La identificazione proiettiva. In: *Terapia psicoanalitica. Seminari*. Nuova edizione (I ediz.: 1995): FrancoAngeli, Milano, 2010, pp. 119-133.
- Migone P. (2013): Comunicazione personale.
- Milner M. (1952): Aspects of symbolism in comprehension of the not-self. *International Journal of Psychoanalysis*, 33: 181-195. Ristampato col titolo "The role of illusion in symbol formation" in: *The Suppressed Madness of Sane Men*. Institute of Psycho-Analysis, London, 1987 (trad. it.: Il ruolo dell'illusione nella formazione del simbolo. In: *La follia rimossa delle persone sane*. Borla, Roma, 1992, pp. 109-146).
- Money-Kyrle R. (1955): Normal counter-transference and some of its deviations. *International Journal of Psychoanalysis*, 1956, 37: 360-366. Anche in: *The Collected Papers of Roger Money-Kyrle*. Clunie, Perth, 1978. Anche in: Spillius, 1988b (trad. it.: Il controtransfert normale e alcune sue deviazioni. In: *Scritti 1927-1977*. Loescher, Torino, 1984, pp. 491-508; Bollati Boringhieri, Torino, 2002, pp. 315-325. Anche in: Spillius, 1988b, pp. 39-50).
- O'Shaughnessy E. (1992): Enclaves and excursions. *International Journal of Psychoanalysis*, 73: 603-611.
- O'Shaughnessy E. (2012): The views of Contemporary Freudians and Independents about the concept of projective identification. In: Spillius E. e O'Shaughnessy E., editors, 2012 (trad. it.: L'identificazione proiettiva secondo i freudiani contemporanei e gli Indipendenti, pp. 148-161).
- Racker H. (1958): Sobre la técnica clásica y técnicas actuales del psicoanálisis. In: *Estudios sobre técnica psicoanalítica*. Paidòs, Buenos Aires, 1960 (trad. it.: Tecnica classica e tecnica attuale nella psicoanalisi. In: *Studi sulla tecnica psicoanalitica: Transfert e controtransfert*. Armando, Roma, 1970, pp. 41-99).
- Rosenfeld H. (1947): Analysis of a schizophrenic state of depersonalization. *International Journal of Psychoanalysis*, 28: 130-139.

- Anche in: Rosenfeld, 1965 (trad. it.: Analisi di uno stato schizofrenico con depersonalizzazione, pp. 13-33).
- Rosenfeld H. (1952): Notes on the psychoanalysis of the superego conflict in an acute schizophrenic patient. *International Journal of Psychoanalysis*, 33: 111-131. Anche in: Rosenfeld, 1965 (trad. it.: Note sulla psicoanalisi del conflitto col Super-Io in un paziente schizofrenico acuto, pp. 63-101).
- Rosenfeld H. (1963): On the psychopathology of narcissism a clinical approach. *International Journal of Psychoanalysis*, 1964, 45: 332-337. Anche in: Rosenfeld, 1965 (trad. it.: Sulla psicopatologia del narcisismo: un approccio clinico, pp. 164-174).
- Rosenfeld H. (1965): *Psychotic States*. Hogarth Press, London (trad. it.: *Stati psicotici*. Armando, Roma, 1973).
- Rosenfeld H. (1971): Contribution to the psychopathology of psychotic states: The importance of projective identification in the ego structure and the object relations of the psychotic patient. In: Doucet P e Laurin C., editors, *Problems of Psychosis*. Excerpta Medica, Amsterdam. Anche in: Spillius, editor, 1988a (trad. it.: Contributo alla psicopatologia degli stati psicotici: l'importanza dell'identificazione proiettiva nella struttura egoica e nelle relazioni oggettuali del paziente psicotico, pp. 133-153).
- Rosenfeld H. (1983): Primitive object relations and mechanisms. *International Journal of Psychoanalysis*, 64: 261-267.
- Rosenfeld H. (1987): *Impasse and Interpretation*. Tavistock Publications, London: (trad. it.: *Comunicazione e interpretazione*. Bollati Boringhieri, Torino, 1989).
- Sandler J. (1976): Countertransference and role-responsiveness. *International Review of Psychoanalysis*, 3: 43-47 (trad. it.: Controtransfert e risonanza di ruolo. In: C. Albarella e M. Donadio, a cura di, *Il controtransfert: Saggi psicoanalitici*. Liguori, Napoli, 1986, pp. 191-200).
- Sandler J. (1984): The concept of projective identification. *Bulletin of the Anna Freud Centre*, 1987, 10: 33-49. Anche in: Sandler, editor, 1987 (trad. it.: Il concetto di identificazione proiettiva, pp. 32-46).

- Sandler J., editor (1987): *Projection, Identification, Projective Identification*. International Universities Press, Madison (trad. it.: *Proiezione, identificazione, identificazione proiettiva*. Bollati Boringhieri, Torino, 1988).
- Sandler J. (1988): On internal object relations. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 38: 859-879.
- Sandler J. e Sandler A.M. (1978): On the development of object relationships and affects. *International Journal of Psychoanalysis*, 59: 285-296.
- Segal H. (1955): Notes on symbol formation. *International Journal of Psychoanalysis*, 1957, 38: 391-397. Anche in: *The Work of Hanna Segal*. Jason Aronson, London, 1981 (trad. it.: Note sulla formazione del simbolo. In: *Scritti psicoanalitici*, Roma, Astrolabio, 1984, pp. 60-76).
- Segal H. (1979): *Klein*. London: Fontana (trad. it.: *Melanie Klein*. Boringhieri, Torino, 1981).
- Segal H. (1982): "Mrs Klein as I knew her". Relazione alla riunione della Tavistock Clinic per celebrare il centenario dalla nascita di Melanie Klein.
- Sodré I. (2004): Who's who? Notes on pathological identifications. In: E. Hargreaves e A. Varchevker, *In Pursuit of Psychic Change: The Betty Joseph Workshop*. Routledge, London. Anche in E. Spillius e E. O'Shaughnessy, 2012 (trad. it.: Chi è chi? Note sulle identificazioni patologiche, pp.131-143).
- Sohn L. (1985): Narcissistic organization, projective identification, and the formation of the identificate. *International Journal of Psychoanalysis*, 66: 201-213.
- Spillius E.B. (1983): Some developments from the work of Melanie Klein. *International Journal of Psychoanalysis*, 64: 321-332.
- Spillius E.B., editor (1988a): *Melanie Klein Today. Development in Theory and Practice. Volume I: Mainly Theory*. Routledge, London (trad. it.: *Melanie Klein e il suo impatto sulla psicoanalisi oggi. Volume secondo: la pratica*. Astrolabio, Roma, 1995).

- Spillius E.B., editor (1988b): *Melanie Klein Today. Development in Theory and Practice. Volume II: Mainly Practice*. Routledge, London (trad. it.: *Melanie Klein e il suo impatto sulla psicoanalisi oggi. Volume primo: la teoria*. Astrolabio, Roma, 1995).
- Spillius E.B. (1993): Development in Kleinian thought: overview and personal view. *British Psycho-Analytical Society's Bulletin*, 29, 8: 1-19 (trad. it.: Sviluppo nel pensiero kleiniano: rassegna e punto di vista personale. *Gli argonauti*, 1994, 62: 177-218).
- Spillius E. (2007): *Encounters with Melanie Klein*. Routledge, London.
- Spillius E. (2012a): The emergence of Klein's idea of projective identification in her published and unpublished work. In: E. Spillius e E. O'Shaughnessy, 2012 (trad. it.: La comparsa del concetto di identificazione proiettiva nel lavoro edito e inedito di Melanie Klein, pp. 11-25).
- Spillius E. (2012b): Developments by British kleinian analysts. In: E. Spillius e E. O'Shaughnessy, 2012 (trad. it.: Gli sviluppi degli analisti kleiniani inglesi, pp. 55-65).
- Spillius E.B., Milton J., Garvey P., Couve C. e Steiner D. (2011): *The New Dictionary of Kleinian Thought*. Routledge, London.
- Spillius E. e O'Shaughnessy E., (2012): *Projective Identification: the Fate of a Concept*. Routledge, London (trad. it.: Il concetto di identificazione proiettiva. La sua nascita e la sua evoluzione. Astrolabio, Roma, 2014).
- Stefana A. (2011): Introduzione al pensiero di Marion Milner. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLV, 3: 355-374.
- Stefana A. e Gamba A. (2013): Cenni storici sul controtransfert: da Freud alla scuola inglese delle relazioni oggettuali. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLVII, 3: 443-488.
- Steiner R. (1999): Who influenced whom? And how?: -- a brief series of notes on E. Weiss, M. Klein (and I. Svevo) and the so-called 'origins' of 'projective and introjective identification'. *International Journal of Psychoanalysis*, 80: 367-375.

- Thomä H. e Kächele H. (1985): *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. 1: Grundlagen*. Berlin: Springer (trad. it.: *Trattato di terapia psicoanalitica. 1: Fondamenti teorici*. Bollati Boringhieri, Torino, 1990).
- Weiss E. (1924): Über eine noch nicht beschriebene Phase der Entwicklung zur heterosexuellen Liebe. *Internationale Zeitschrift für (ärztliche) Psychoanalyse*, 1925, 11: 429-443 (trad. it.: Una fase ancora poco studiata dell'evoluzione verso l'amore eterosessuale. In: Massidda, 2009, pp. 271-298).
- Winnicott D.W. (1987): *The Spontaneous Gesture. Selected Letters of D.W. Winnicott*. Karnac, London (trad. it.: *Lettere*. Raffaello Cortina, Milano, 1988).