

NEUROBIOLOGIA, PSICOLOGIA EVOLUTIVA E PSICOANALISI

SCOPERTE CONVERGENTI SUL TEMA DELL'IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA

di Allan N. Schore

In *Being Alive. Building on the work of Anne Alvarez*. Judith Edwards Ed., New York 2001

Libera traduzione di Antonina Nobile-Fidanza e Cinzia Dellacasa

E' per me un onore ed un piacere contribuire a questo libro dedicato ad Anne Alvarez, grande clinica e, a mio giudizio, un'autentica pioniera delle esplorazioni psicoanalitiche dello sviluppo degli stadi primitivi della mente. Avventurandosi negli aspetti inconsci, ampiamente inesplorati, di pazienti affetti da psicopatologie degli stadi iniziali sviluppo, Alvarez ha utilizzato il quadro di riferimento teorico di chi l'aveva preceduta - Freud, Klein, Bion, Winnicott ed altri. Oltre a questo, ha attivamente condotto ricerche all'interno di discipline contigue alla psicoanalisi, la scienza dell'inconscio, alla ricerca di elementi che potessero essere preziosi per una maggiore comprensione delle persone in cui i livelli più profondi dell'inconscio sono così poco sviluppati. Così, un'attenta lettura sia del *Compagno vivo* (1992) che di *Autismo e Personalità* (1999a) rivela importanti elementi attinenti alla psicologia evolutiva ed alle neuroscienze.

Ma forse, quello che le ha permesso di raccogliere così tante nuove informazioni sugli aspetti primitivi della mente umana, è il fatto che lei non è solamente un'osservatrice obiettiva ma un co-esploratore soggettivo che viaggia accanto ai suoi pazienti. Oltre alla sua grande curiosità, la disposizione di Anne Alvarez, ad imparare e ad essere corretta dai suoi pazienti, è stata forse la sua più grande e straordinaria risorsa e ci ha fornito informazioni essenziali per costruire insieme un contesto terapeutico che ci permetta di prestare attenzione alle comunicazioni più sottili di una personalità "non ancora strutturata" ma già in formazione. Non è una coincidenza che, durante il suo cammino, si sia interessata a quella forma di comunicazione primitiva disponibile per lo psiche-soma in via di sviluppo il - teoricamente enigmatico ma clinicamente utile - processo dell'identificazione proiettiva (Alvarez 1997, 1999b). Commentando il suo approccio interdisciplinare per quanto riguarda la comprensione del fenomeno clinico, cercherò di presentare qualche riflessione sull'identificazione proiettiva, che alcuni autori attualmente descrivono come operante "in un qualche modo misterioso, che non possiamo comprendere in modo scientifico" (Sands, 1997: 653).

Il concetto, naturalmente, deriva dal lavoro di Melanie Klein (1946), che definiva l'identificazione proiettiva come un processo mediante il quale un'informazione ampiamente inconscia è proiettata da un mittente su di un destinatario. Sebbene questa forma primitiva di comunicazione fra l'inconscio di una persona e quello di un'altra abbia inizio nel primo periodo dello sviluppo, essa continua per tutta la vita. Questo fenomeno fa inoltre riferimento ad un meccanismo di difesa inconscio e primitivo, che costituisce il punto centrale nel trattamento delle patologie dello sviluppo in bambini ed adulti.

In lavori clinici recenti, Alvarez (1997) e Joseph (1997), sottolineano come l'identificazione proiettiva sia una forma di comunicazione. Morrison (1986) scrive che si tratta di "una comunicazione al destinatario di come si percepisce una fantasia inconscia" (p.59). Altri autori recenti sostengono che l'identificazione proiettiva comporta la proiezione di affetti associati al sè ed alle rappresentazioni degli oggetti (Adler e Rhine, 1992). Ogden (1990a) conclude "nell'identificazione proiettiva, colui che proietta, attraverso interazioni interpersonali reali con il 'ricevente', induce inconsciamente in lui stati emotivi che sono congruenti con le emozioni 'evacuate'".

Queste osservazioni cliniche riguardano una questione, a lungo dibattuta, relativa alla natura specifica di ciò che viene proiettato in questo processo comunicativo primitivo. Una

convinzione, comunemente sostenuta, è che la Klein desse importanza unicamente allo sviluppo della fantasia, alle conoscenze inconse prodotte nella mente del bambino. Questo pare in contraddizione con l'attuale ricerca della psicologia evolutiva, che rivela come gli stati del bambino siano meno complessi da un punto di vista cognitivo e maggiormente fondati sul piano corporeo e affettivo-sensoriale. Inoltre Brody (1982) afferma, "Melanie Klein ha contribuito al pensiero psicoanalitico quando ha descritto l'intensità che gli affetti possono raggiungere durante l'infanzia". E Stein propone, "In base alla Klein, il filo comune che corre per tutto il periodo dello sviluppo mentale, può essere definito quello della regolazione degli affetti" (1990:58).

La principale conclusione del mio lavoro in corso sulla "regolazione delle emozioni", o "regolazione dell'affetto" (Schore, 1994; 1996; 1997a, b, c; 1998; 1999; 2000a, b, c; 2001a, b; in corso di stampa a, b) è che "gli stati mentali primitivi" sono molto più che i primi stati "mentali" o "cognitivi" che appaiono nella mente. Essi sono più precisamente caratterizzati come stati "psicobiologici". L'attuale ricerca interdisciplinare relativa alla psicologia evolutiva, rivela che stati affettivi sono interagiti all'interno della diade madre-neonato, e che questo sistema altamente efficiente di comunicazione immediata, su base emotiva e somatica, è essenzialmente non verbale (Schore, 1994; Feldman *et al.*, 1999). Con questa prospettiva, chi fa riferimento alla teoria evolutiva, sta esplorando non gli stati primitivi della mente, ma gli stati primitivi della "mente-corpo".

Così, sia il modello clinico che quello evolutivo, per quanto riguarda l'identificazione proiettiva, stanno ora sottolineando la funzione decisiva svolta dalla comunicazione di stati emotivi interni e della loro elaborazione, più che degli elementi cognitivi e del loro contenuto. Questa concezione si adatta alla tendenza generale presente all'interno della psicoanalisi, espressa con chiarezza da Kantrowitz (1999: 72), che afferma l'importanza di "un intenso coinvolgimento affettivo" e conclude, "E' nell'ambito della comunicazione preconsca che l'intreccio del fenomeno intrapsichico ed interpersonale diventa più evidente". Rispetto alle comunicazioni veicolate dall'identificazione proiettiva, Ryle (1994:107) sottolinea che questo meccanismo ha principalmente a che fare con "la relazione fra fenomeni intrapsichici ed interpersonali e con forme indirette di comunicazione e di suggestione".

Di conseguenza, l'identificazione proiettiva, un processo che media quello che Loewald (1970) ha definito la trasmissione di "esternalizzazioni intrapsichiche", è ora considerata un "concetto ponte" fra la psicoanalisi classica e quella interpersonale (Migone, 1995). Ma ancor più di questo, sta creando un legame fra la psicoanalisi dello sviluppo e la psicologia evolutiva. Un recente intero numero della rivista *Psychoanalytic Dialogues* (numero che comprende un contributo di Anne Alvarez) è dedicato ad un "Simposio su una revisione dell'identificazione proiettiva : Integrazione fra ricerca clinica infantile, teoria dell'attaccamento ed i concetti kleiniani di fantasia."

Continuando a seguire questo approccio integrato, voglio qui sostenere che l'identificazione proiettiva collega la psicoanalisi clinica non solo alla psicoanalisi dello sviluppo ed alla psicologia evolutiva, ma anche alle neuroscienze che si occupano dello sviluppo. Watt ha recentemente affermato che la natura del sviluppo neurologico è "la più grande frontiera delle neuroscienze, dove tutte le nostre teorie saranno soggette alla verifica più impegnativa di tutte quelle effettuate fino ad oggi" (2000:191). In questo periodo, si assiste ad un forte incremento della ricerca sul comportamento emotivo, ed un crescente numero di studi sulla psicobiologia degli stati affettivi e sulla neurobiologia della parte destra del cervello, quella che elabora le emozioni. Una parte della ricerca neurobiologica dimostra che l'emisfero destro, o come il neuroscienziato Orstein (1997) lo definisce, "la mente destra", è dominante per quanto riguarda la percezione e la manifestazione delle espressioni emotive non verbali incluse, a livelli inconsci, negli stimoli facciali e prosodici: cioè a dire la comunicazione non verbale (Blonder, *et al.*, 1991; Dimberg e Petterson, 2000; George, *et al.*, 1996; Schore, 1994, 1998, 1999). L'attivazione continua di meccanismi primitivi destro-lateralizzati del "cervello emotivo" per tutto il corso della vita, è alla base dell'affermazione di Modell (1994) per cui, sebbene l'identificazione proiettiva abbia origine dalle comunicazioni emotive che si svolgono all'interno della diade madre-neonato, questo processo "primitivo" gioca un ruolo essenziale nella

"comunicazione delle esperienze emotive" in tutti i successivi periodi dello sviluppo.

Un'integrazione degli studi della teoria evolutiva sulle comunicazioni emotive neonato-madre e della ricerca neurobiologica sul ruolo essenziale del cervello destro nelle comunicazioni emotive, ci può offrire una comprensione maggiormente approfondita del meccanismo delle comunicazioni emotive all'interno dell'identificazione proiettiva. Questo corpo di studi interdisciplinari in rapida espansione ci può servire come fonte di modelli euristici, non solo per la comprensione del normale sviluppo emotivo ma anche dell'interferenza sui processi maturativi delle forze disorganizzative dell'ambiente sociale primario. L'emisfero destro, che matura per primo, è dominante nei primi tre anni di vita (Chiron *et al.*, 1997). L'ambiente sociale primario influisce, in senso sia positivo che negativo, sulla comparsa del "primitivo" emisfero destro in via di sviluppo (Schore, 1997b, 2001b). Di conseguenza, questo emisfero è dominante nel processo di formazione, di un senso di sé emotivo e corporeo (Devinsky, 2000), e di quei meccanismi che favoriscono la sopravvivenza e che permettono all'individuo di affrontare tensioni e sfide (Schore, 2001a). Un approccio interdisciplinare può così offrire un modello per capire come i sistemi di sviluppo organizzino meccanismi di difesa primitivi, quali l'identificazione proiettiva e la dissociazione, per far fronte alle forze interagenti, che inducono intense situazioni di tensione, che disorganizzano in modo traumatico l'equilibrio omeostatico infantile. Poiché questi primi avvenimenti restano impressi nel cervello in via di maturazione, essi diventano tratti che persistono come meccanismi di difesa primitivi.

In due scritti importanti, la Klein ipotizzò che l'identificazione proiettiva difensiva fosse associata con l'invasione massiccia della personalità di un altro (1955) e che rappresentasse un'evacuazione di parti indesiderate del sé (1946). L'utilizzo di un unico e ristretto insieme di difese, in personalità gravemente disturbate, è stato a lungo rilevato dalla letteratura clinica. In effetti, l'obiettivo primario nel trattamento di tali pazienti è quello di aiutarli a sostituire l'uso eccessivo dell'identificazione proiettiva con difese più mature. Boyer (1990) descrive un gruppo di pazienti che hanno fatto esperienza di una relazione primaria difettosa con la propria madre con la conseguente struttura gravemente deficitaria dell'io.

L'utilizzo eccessivo dell'identificazione proiettiva:

"...ha influenzato pesantemente le loro relazioni con gli altri e il loro equilibrio psichico. Il loro obiettivo principale in terapia è quello di essere sollevati immediatamente dalla tensione. Spesso essi temono che l'esperienza di disagio sia intollerabile e credono che non riuscire a sbarazzarsi di tale disagio, li condurrà alla disgregazione fisica o psichica o alla morte."

(Boyer, 1990: 304)

In base a questa introduzione, utilizzerò una prospettiva interdisciplinare per descrivere, mediante un modello teorico, l'identificazione proiettiva quale forma di strategia inconscia precoce per la regolazione delle comunicazioni fra emisferi destri, in modo particolare nelle condizioni di intensa affettività. (Parte di questo capitolo e riferimenti maggiormente dettagliati sono pubblicati in uno scritto, Schore b, che è in stampa).

Ultimi aggiornamenti dei concetti della clinica e della teoria evolutiva sull'identificazione proiettiva

La Klein, in origine, aveva descritto l'identificazione proiettiva come la proiezione di una parte indesiderata del Sé su di un'altra persona significativa, e l'identificazione di quella parte con quest'altra persona. Si è inteso ciò come la proiezione all'esterno, per controllarle, di parti "cattive" *negative*, dannose per il Sé all'interno dell'altra persona. Tuttavia, un certo numero di autori ha recentemente sottolineato che la Klein parlava anche del ruolo dell'identificazione proiettiva nella relazione positiva del bambino con la madre, affermando che questo processo coinvolge anche la proiezione di una parte "apprezzata" del Sé in un'altra persona. Di conseguenza, la Klein ha anche scritto che questi processi sono di "vitale importanza anche per lo sviluppo normale e non caratterizzano solo le relazioni d'oggetto patologiche" (1946:9).

Bion ha sviluppato questo concetto ed ha sottolineato il ruolo centrale di questo meccanismo in tutti i fenomeni iniziali dello sviluppo. In un lungimirante lavoro (1962a), ci dice che quando madre e neonato si stanno regolando uno sull'altro, il bambino si comporta in modo tale che l'identificazione proiettiva diventa un fenomeno "reale" più che difensivo, e questa è la sua normale condizione e funzione. Questa opinione persiste nella letteratura attuale, e si sottolineano gli aspetti adattativi dell'identificazione proiettiva, ovvero il processo di comunicazione degli stati emotivi piuttosto che il semplice contenuto o valenza del materiale proiettato.

Il neonato comunica sia gli stati positivi che quelli negativi, e di conseguenza la madre deve anche modulare le difficoltà del neonato. Secondo Carpy,

Il neonato normale ha bisogno di rendersi conto che sua madre sta combattendo per tollerare il suo disagio proiettato senza un disturbo eccessivo della sua funzione materna. La madre non sarà in grado di evitare di dare al neonato delle lievi indicazioni del modo in cui lei viene influenzata dal suo bambino, e sono queste indicazioni che permettono al neonato di comprendere che gli aspetti proiettati del sé della madre possono, in realtà, essere tollerati.

(Carpy, 1989:293)

Questo meccanismo è identico alla "funzione di contenimento" di Winnicott.

La concezione di madre e neonato che modulano reciprocamente le comunicazioni, descrive un modello di mutua e reciproca influenza. Questo suggerisce chiaramente che l'identificazione proiettiva non è unidirezionale ma un processo interattivo bidirezionale. L'ipotesi della componente interpersonale dell'identificazione proiettiva è stata avanzata da teorici clinici quali Grotstein (1981) ed Ogden (1979), quest'ultimo dichiarando che "L'identificazione proiettiva non esiste dove non vi è interazione fra chi proietta e chi contiene" (p.14). Il concetto si è evoluto da quello di un processo comunicativo monadico, d'espulsione unidirezionale di contenuti intrapsichici, ad uno diadico ed intersoggettivo. Gli attuali modelli dello sviluppo sottolineano così il fatto che l'identificazione proiettiva, sia nel contesto dello sviluppo normale che in quello terapeutico, non è un processo unidirezionale ma bidirezionale, nel quale entrambi i membri della diade che comunica in modo emotivo agiscono in un contesto d'influenza reciproca e mutua.

Questi concetti sono molto simili a quelli presenti nel mio lavoro, che suggerisce come, quando madre e neonato sincronizzano l'espressione e la ricezione delle loro comunicazioni affettive, la risonanza che ne deriva permette un ampliamento della condizione positiva di entrambi i membri della diade (Schore, 2001a,c). La diade, sintonizzata in senso psicobiologico, genera in modo interattivo affetti vitali dotati di valenza positiva (Stern, 1985), un contesto che rappresenta quello che Alvarez (1992) chiama il "compagno vivo". Ma la diade modula anche stati emotivi negativi partecipando ad una riparazione interattiva (Schore, 1994). La madre e il suo neonato, massimizzano così l'affetto positivo e minimizzano quello negativo e, di conseguenza, creano assieme un saldo legame d'attaccamento (Schore, 2000b). Questo permette un progresso nello sviluppo della capacità d'autoregolazione del neonato, cioè la capacità di regolare la flessibilità degli stati emotivi, attraverso le interazioni con altre persone ovvero regolazione interattiva in contesti interconnessi, e senza altre persone e autoregolazione in contesti autonomi. La capacità adattiva di spostarsi fra queste modalità di regolazione duale, a seconda del contesto sociale, emerge da un passato di interazioni modulate fra un organismo che sta maturando da un punto di vista biologico ed un ambiente sociale adeguatamente sintonizzato.

Questo processo di reciproca sintonizzazione, media tutti i successivi scambi intersoggettivi e le comunicazioni empatiche. I ricercatori della teoria evolutiva stanno ora definendo il ruolo centrale della relazione d'attaccamento come "la regolazione diadica dell'emozione" (Sroufe, 1996), un concetto che rispecchia l'interesse che la Klein ebbe per tutta la vita nei confronti della "regolazione degli affetti" (Stein, 1990). Così il meccanismo

dell'identificazione proiettiva adattiva della Klein, è identico al meccanismo del legame d'attaccamento sicuro di Bowlby (1969).

Studi sulla teoria evolutiva, origine della dissociazione e l'identificazione proiettiva difensiva

L'ontogenesi sia dell'identificazione proiettiva difensiva che di quella adattiva è profondamente influenzata dagli avvenimenti che accadono nel primo anno di vita. Da un punto di vista evolutivo, l'identificazione proiettiva adattiva è espressa attraverso l'ambiente che favorisce la separazione della diade madre-neonato, attraverso un solido attaccamento del neonato, una "mimica spontanea", un'espressione somato-psichica del nascente "vero Sé", e la "restituzione al bambino del suo Sé" da parte di una madre in sintonia" (Winnicott, 1971a). Questo meccanismo di sviluppo continua ad essere utilizzato per tutta la durata della vita quale sistema per comunicazioni emotive rapide, non verbali, spontanee, che agiscono velocemente, all'interno di una diade.

In contrapposizione ad uno scenario interattivo di attaccamento sicuro nel quale chi si prende cura del neonato, risponde adeguatamente alle identificazioni proiettive del bambino, il bambino che è caratterizzato da un attaccamento insicuro spesso è incapace di indurre risposte regolatrici in senso affettivo e di impegnarsi in reciproci processi di modulazione emotiva, in quanto l'oggetto primario non è sufficientemente sintonizzato con la condizione del bambino e, di conseguenza, è incapace di ricevere le comunicazioni emotive del neonato (Schoore, 1994, 1997b). Tutto questo impedisce l'instaurarsi di un sistema diadico in cui il neonato possa proiettare in modo sicuro parti " apprezzate" del sé nella madre, per esempio aspetti dell'identificazione proiettiva adattiva. Le organizzazioni caratterizzate da attaccamento insicuro, presentano dei disordini dello sviluppo e una tendenza maggiore ad utilizzare l'identificazione proiettiva in senso difensivo più che adattivo. Doucet (1992: 657) scrive, "Ritengo che l'identificazione proiettiva lavori in due modi: uno, normale, nella quale l'analista-madre prende dentro di sé una parte dell'identità emotiva del paziente-bambino, allo scopo di restituirla bonificata e quindi con una forma assimilabile, ed uno patologico in cui gli aspetti negativi sono così abbondanti che l'identificazione proiettiva opera in eccesso".

Più specificatamente, le personalità "primitive" codificano esperienze traumatiche precoci in cui sono stati utilizzati, dice Robbins (1996) come "uno schermo di proiezione per elementi rifiutati dell'identità genitoriale, piuttosto che avere un genitore che si comporta come uno specchio per l'integrazione e la differenziazione degli aspetti nascenti del suo Sé" (p.764). Queste "attribuzioni materne negative" contengono un carico affettivo intensamente negativo che viene amplificato in modo interattivo e, di conseguenza, disorganizza rapidamente il neonato. Infatti l'attuale ricerca sullo sviluppo sta chiarendo gli effetti di un'emozione traumatica sul neonato, e questi studi sono direttamente attinenti alla comprensione delle origini dell'identificazione proiettiva difensiva (Schoore, in stampa b).

In uno studio importante, Perry *et al.* (1995) dimostrano che la reazione psicobiologica da parte del neonato al trauma è composta da due distinti schemi di risposta: ipereccitazione e dissociazione. Questi due schemi sono forme estreme, rispettivamente, delle risposte di protesta e disperazione, descritte da Bowlby, alla rottura dell'attaccamento. Queste due reazioni rappresentano inoltre l'attivazione dei due componenti del sistema nervoso autonomo (SNA) - prima il sistema simpatico che consuma energia, e poi il sistema parasimpatico che conserva l'energia (vedi Schoore, 1994, 2001b).

Durante la fase iniziale della situazione minacciosa, vi è inizialmente sorpresa ed una reazione d'allarme, durante la quale viene attivata, in modo rapido e significativo, la componente simpatica del SNA, attivazione che si manifesta con ipereccitazione, espressa somaticamente in un incremento dei battiti del cuore, della pressione sanguigna, della respirazione e del tono muscolare, oltre che con uno stato di grande vigilanza. L'angoscia è espressa con il pianto e poi con l'urlo. In un lavoro molto recente, questa transazione diadica è stata descritta da Beebe come "una reciproca sovraeccitazione in crescendo" di una coppia caratterizzata da un attaccamento disorganizzato:

Ciascuno dei due aumenta la posta, poichè il neonato produce un'angoscia frenetica, può urlare, ed infine , in questo esempio, vomitare. In uno schema di crescente sovraeccitazione, anche dopo segnali di angoscia estrema da parte del neonato, come la rotazione del capo di novanta gradi, inarcarsi...od urlare, la madre continua nel suo percorso.

(Beebe, 2000: 436)

La condizione di "angoscia frenetica" del neonato, o quello che Perry *et al.* (1995) definiscono come timore-terrore, è mediato da una ipereccitazione del simpatico.

Ma una seconda reazione, che nasce in seguito e che dura più a lungo, è quella della dissociazione, una risposta da parte del sistema parasimpatico del SNA, in base alla quale il bambino si sgancia dagli stimoli provenienti dal mondo esterno e si occupa di un mondo "interno". Sono stati osservati neonati traumatizzati che "osservavano lo spazio con uno sguardo spento". Questa strategia comportamentale è descritta da Tronick e Weinberg:

Quando i tentativi del neonato falliscono nel riparare l'interazione, i neonati spesso perdono il controllo posturale, si ritirano e si autoconsolano. Il ritiro è profondo anche nel caso di una breve interruzione del reciproco processo regolatorio e della rottura nella intersoggettività. La reazione del neonato ricorda il ritiro della scimmia di Harlow o dei neonati osservati negli istituti da Bowlby e Spitz.

(Tronick e Weinberg, 1997: 66)

Meares conclude che la "dissociazione, alla sua prima comparsa, è una conseguenza di uno "shock psicologico" o "grande eccitazione" (1999: 1853). La dissociazione ipoeccitata del bambino traumatizzato a metà fra la paura ed il terrore, comprende intontimento, evitamento, arrendevolezza ed affetto limitato, comportamento mediato da elevati livelli di cortisolo, inibente il comportamento, oppioidi endogeni che rendono insensibili al dolore, ed in special modo livelli elevati di attività vagale parasimpatica nel cervello in via di crescita del bambino (Schore, in stampa b,d). Se il trauma precoce è sperimentato come una "catastrofe psichica" (Bion, 1962b), la dissociazione rappresenta "una sottomissione e rassegnazione alla inevitabilità del pericolo schiacciante, e che rende persino insensibili fisicamente" (Davies e Frawley, 1994), "un distacco da una situazione insopportabile" (Mollon, 1996), "la fuga quando non vi è via di fuga" (Putnam, 1997).

Questo processo primario di regolazione parasimpatica di conservazione-con-ritiro, avviene in situazioni di impotenza e disperazione in cui l'individuo è iperinibito e, di conseguenza, immobile per cercare di evitare l'attenzione e diventare "invisibile", e questo permette al neonato di mantenere una omeostasi a dispetto di una condizione interna di crescente ipereccitazione (vedi Schore 1994, 2001b). La dissociazione, sia dal contatto con l'ambiente sociale esterno che dall'esperienza fisica soggettiva del bambino, è sperimentata come una discontinuità rispetto a quello che Winnicott chiama la necessità di "continuare ad esistere" e a cui Kestenberg (1985) fa riferimento come ad una "macchia cieca" nell'esperienza soggettiva del neonato. Se l'identificazione proiettiva adattiva media l'inizio di uno scambio intersoggettivo, l'identificazione proiettiva difensiva segnala una rottura massiccia della soggettività, un deficit nella elaborazione dell'informazione soggettiva, sia in senso interpersonale che intrapsichico.

Sono stati osservati attaccamenti di tipo "D", disorganizzati/disorientati che utilizzano la strategia primaria evitante di dissociazione in modo particolare per poter superare un trauma relazionale (Liotti, 1992). Io propongo che un neonato con una storia precoce di "trauma ambientale", in special modo nel caso di una predisposizione psicobiologica vulnerabile, codificata geneticamente, debba utilizzare in modo massiccio l'identificazione proiettiva difensiva allo scopo di far fronte a tutti i troppo frequenti episodi di tensione interattiva e di

affetto negativo ottuso che disorganizzano il Sé in via di evoluzione.

Al primo stadio del trauma, terrore ipereccitato ed urla sono scatenate da "attribuzioni materne negative", equiparabili alla cura materna "psicotossica" di Spitz (1965), che si manifestano con una stimolazione eccessiva, e con la "massiccia invasione della personalità dell'altro" come definita dalla Klein. Il secondo stadio, la strategia di dissociazione per controregolare l'ipereccitazione, si manifesta con il "guardare nel vuoto", e rappresenta il meccanismo che guida quello che la Klein ha descritto come una "evacuazione" del Sé. Questo duplice meccanismo è stato descritto da Joseph in un caso di terapia infantile: "quando l'identificazione proiettiva stava operando potentemente", il paziente "iniziò ad urlare", e poi "iniziò a guardare attraverso la finestra con un'espressione vacua e persa" (1997: 104).

In altre parole, una controregolazione improvvisa, indotta da una tensione, fa passare da una condizione di ipereccitazione involontaria del sistema simpatico che amplifica le emozioni e che consuma energia, ad una perdurante situazione passiva di iperinibizione, smorzante l'emozione, e che conserva l'energia regolata dal sistema parasimpatico; questo passaggio sottolinea il rapido inizio della dissociazione e ci dà una rappresentazione di come l'identificazione proiettiva operi in tempo reale. Il bambino, sottoposto ad una imponente tensione, dotato solamente di capacità primitive per affrontare l'angoscia che sta per sopraffarlo, angoscia indotta dal trauma relazionale, ed al limite delle sue fragili capacità regolatorie, sperimenta una disgregazione emotiva intensa, proietta una comunicazione angosciante, e poi istantaneamente si dissocia. Situazioni di ipereccitazione autonoma sono sperimentate soggettivamente, come nel caso del dolore, e così questa strategia rappresenta un meccanismo psicobiologico attraverso il quale il dolore psichico e fisico viene inibito istantaneamente.

In questi momenti traumatici di discontinuità marcata all'interno della relazione madre-neonato, i tentativi del bambino di utilizzare dei comportamenti di regolazione diretti altrove (come il pianto ed espressioni di paura) vanno spesso incontro ad una continua mancata regolazione da parte di chi si prende cura del neonato e che non riesce a sintonizzarsi, e questo è un ulteriore maltrattamento. Di conseguenza i comportamenti devono essere inibiti e, per ottenere degli obiettivi d'adattamento, il neonato deve fare ricorso ad una strategia di autoregolazione per modulare i livelli di tensione che stanno per sopraffarlo. Inoltre, questo rapido passaggio da una modalità di regolazione interattiva ad una modalità d'autoregolazione di lunga durata a cui il bambino deve accedere per poter mantenere un equilibrio omeostatico durante gli assalti traumatici, rimane impresso nel sistema limbico in via di maturazione (Schore, 1996), nelle aree del cervello del sistema nervoso centrale (SNC), aree specializzate per l'organizzazione di nuove conoscenze e per la capacità di adattarsi ad un ambiente in rapido cambiamento. Di conseguenza, esso si consolida come una strategia di base per la regolazione degli affetti, una disposizione caratterologica ad utilizzare l'identificazione proiettiva difensiva in caso di future situazioni di tensione interpersonale. Quando attivato, questo meccanismo prende la forma di "interruttori dissociativi" patologici in situazioni che accadono rapidamente e che si manifestano con "inesplicabili cambiamenti emotivi", modificazione dell'espressione facciale, della parola, manierismi, e discontinuità nel filo dei pensieri (Putnam, 1997). Non è patologico solo il suo utilizzo eccessivo, ma anche l'incapacità di uscire dalla condizione dissociativa che è preannunciata dall'identificazione proiettiva difensiva.

Nella letteratura clinica, Stolorow e Atwood (1996) parlano di "operazioni difensive di dissociazione affettiva", radicate in precoci deragliamenti, nei quali gli stati affettivi centrali sono allontanati in quanto evocano una "massiccia sintonizzazione mal funzionante" da parte di chi si dovrebbe prendere cura del neonato. Essi asseriscono che i fenomeni psicopatologici si svolgono in un "campo intersoggettivo che comprende l'analista quale elemento dall'influenza codeterminante" (p.189). Io suggerisco che il meccanismo dell'identificazione proiettiva difensiva è espresso chiaramente in un contesto che ricorda un precoce deragliamento interattivo. Questo accade in una transazione affettiva quando il terapeuta mostra una cattiva e massiccia sintonizzazione rispetto alla condizione disorganizzante del paziente. In questo contesto, elevati livelli di affetto non regolato, determinati da entrambi i membri della diade,

sono rapidamente amplificati all'interno del campo intersoggettivo. Questa tensione interattiva scatenerà, in tempo reale, le operazioni di difesa primitiva - identificazione proiettiva e dissociazione.

L'identificazione proiettiva quale forma di comunicazione di stati psicobiologici fra emisferi destri

E' importante notare che le comunicazioni affettive che avvengono all'interno dei processi diadici e che facilitano l'identificazione proiettiva adattativa, hanno anche un'influenza sulla maturazione, che dipende dall'esperienza, del cervello del neonato. Trevarthen rileva che "i regolatori intrinseci della crescita del cervello umano in un bambino, si adattano in modo specifico per essere associati, per mezzo delle comunicazioni emotive, ai regolatori del cervello adulto" (Trevarthen, 1990:357). Voglio migliorare questa affermazione generale per suggerire che i regolatori, sia del cervello del bambino che della madre, sono situati in modo specifico nel sistema limbico destro dei loro cervelli (Schore, 1994, 200b, c, 2001a).

La descrizione di Trevarthen di "comunicazione emotiva" come un traffico di segnali visivi, gestuali e di acustica prosodica, che hanno un impatto emotivo istantaneo, è parallela alla descrizione di Buck (1994) di "comunicazione emotiva spontanea":

La comunicazione spontanea utilizza manifestazioni specie-specifiche da parte del mittente che, richiamando attenzione, attivano una presintonizzazione emotiva e sono direttamente percepite dal destinatario.... Il "significato" della manifestazione è conosciuto direttamente dal destinatario.... Questa comunicazione emotiva spontanea costituisce una *conversazione fra sistemi limbici*.... Si tratta di un sistema di comunicazione con base biologica che coinvolge gli individui direttamente, l'uno con l'altro: gli individui coinvolti in una comunicazione spontanea costituiscono letteralmente una *unità biologica*. (Buck, 1994: 266, mio corsivo)

Buck (1994) sottolinea l'importanza in modo specifico del sistema limbico destro, e localizza questo sistema di comunicazione emotiva spontanea nell'emisfero destro, in accordo con altre ricerche che indicano una lateralizzazione destra del gestire spontaneo e della comunicazione emotiva (Schore, 2000c).

Di conseguenza, l'attività di questo emisfero "non dominante", e non di quello verbale-linguistico sinistro "dominante" che matura in seguito, è di valido aiuto per la percezione degli stati emotivi degli altri esseri umani; cioè per l'empatia (Schore, 1994, 200b). I sistemi corticali dell'emisfero destro decodificano gli stimoli in base alle effettive reazioni emotive avvertite somaticamente rispetto agli stimoli stessi; cioè a dire, attraverso una forma di risposta empatica. Secondo Adolphs *et al.*, "le emozioni che sono riconosciute da espressioni facciali presentate visivamente, richiedono la corteccia somatosensoria destra" ed in questo modo "noi riconosciamo lo stato emotivo di un'altra persona attraverso rappresentazioni somatosensorie generate internamente e che stimolano il modo in cui l'individuo potrebbe sentire quando mostra una certa espressione facciale" (2000:2683). L'attuale ricerca propone che l'emisfero destro sia più importante di quello sinistro per gli aspetti più generali della comunicazione (vedi Schore, in stampa c).

Inoltre, l'emisfero destro gioca un ruolo speciale nella percezione delle qualità affettive dei segnali somatici provenienti dal corpo. La rappresentazione delle condizioni viscerali e somatiche e la percezione del corpo sono sotto il controllo fondamentale di questo emisfero. Recenti studi neuropsicologici indicano che il materiale autoriferito è elaborato nell'emisfero destro (Keenan *et al.*, 2000), e che l'emisfero destro contiene la mappa più completa ed integrata della condizione del corpo disponibile per il cervello (Damasio, 1994). Di conseguenza, le funzioni del cervello destro mantengono in modo specifico, un coerente, continuo e unificato, senso di Sé (Schore, 1994; Devinsky, 2000). Questo è dovuto al fatto che il controllo dell'emisfero destro (e non sinistro) esiste al di là delle componenti simpatiche e parasimpatiche del SNA, e perciò delle espressioni somatiche di tutti gli stati emotivi (vedi Schore, 2000c). Il SNA è stato definito la "base psicobiologica della mente" (Jackson, 1931).

E' stato ormai stabilito che esempi di identificazione proiettiva avvengono in "relazioni intime o strette, come la relazione madre-bambino o quella paziente-analista" (Migone, 1995: 626). Un punto cardinale dell'identificazione proiettiva è che il neonato proietta parti di sé o l'intero sé "nel corpo della madre", e, come la madre empatica che si armonizza con la condizione interna del bambino, il corpo del terapeuta è uno strumento primario per la sintonizzazione psicobiologica. Poichè gli affetti sono fenomeni psicobiologici ed il Sé è basato sul corpo, l'identificazione proiettiva rappresenta comunicazioni, non linguistiche, ma mente-corpo. Secondo Basch (1976) "il linguaggio della madre e del bambino è composto da segnali prodotti dal sistema nervoso involontario autonomo di entrambi" (p.766). Basch (1992) fa notare inoltre il diretto parallelo di questa situazione con l'identificazione proiettiva, che si manifesta attraverso "una situazione in cui il paziente induce, in modo sottile, il terapeuta a risuonare delle sue fantasie inconscie, caricate in senso affettivo" (p.179).

In uno scritto recente, ho proposto che l'attaccamento sia fondamentalmente la regolazione interattiva della sincronia biologica fra organismi (Schoore, 2000b). Suggestisco che l'identificazione proiettiva adattiva coinvolga una strategia di regolazione interattiva che è utilizzata nelle comunicazioni spontanee fra emisferi destri, un dialogo preverbale, basato sul corpo, fra i sistemi limbici lateralizzati destri; in modo particolare in contesti emotivamente intimi ed intensi. Questo modello sostiene l'affermazione di Bion (1967) in base alla quale l'identificazione proiettiva è la più importante forma di interazione fra paziente e terapeuta.

In modo più specifico, i componenti somatici caotici delle "emozioni primitive", da un punto di vista biologico, rappresentano le esternalizzazioni intrapsichiche dell'identificazione proiettiva. Queste emozioni primitive - eccitazione, euforia, collera, terrore, disgusto, vergogna, e disperazione senza speranza - compaiono presto nello sviluppo, sono correlate con attività autonome differenziabili, si presentano rapidamente ed in modo automatico, e sono elaborate nell'emisfero destro (Schoore, 1994). Questa classe particolare di emozioni "primarie" è composta dalle emozioni "non verbali" alle quali la Klein era interessata, e sono espresse in modo specifico dai rapidi avvenimenti dell'identificazione proiettiva.

L'emisfero destro è colpito in modo particolare dalle esperienze precoci di attaccamento - infatti, queste esperienze relazionali con l'oggetto, comunicanti emozioni, agiscono come un ambiente facilitante la crescita per la sua maturazione dipendente dall'esperienza (Schoore, 1994). Nelle interazioni faccia a faccia, il bambino utilizza la produzione della corteccia destra della madre, che regola le emozioni come una sagoma su cui modellare il complesso sistema di circuiti della sua corteccia destra che andrà a mediare le sue capacità in via di sviluppo. In altre parole, le transazioni, regolate in senso emotivo, dell'identificazione proiettiva adattiva che promuovono un attaccamento sicuro, facilitano l'organizzazione di una struttura interna coinvolta nella relativamente efficiente elaborazione, espressione e regolazione dell'informazione connotata in senso emotivo.

D'altra parte, una storia di traumi relazionali continuati costituisce un ambiente inibente la crescita e la maturazione dell'emisfero destro (Schoore, 1997b, 2001b). Inoltre, le esperienze stressanti, troppo frequenti, di un neonato con attaccamento insicuro con una madre che in modo continuato dà inizio ad intense e perduranti situazioni di non regolazione, non adeguatamente riparate, sono incorporate nell'emisfero destro, nella memoria autobiografica a lungo termine sotto forma di relazione d'oggetto interna patologica, una rappresentazione interattiva di una interazione non regolata fra Sé ed un oggetto sintonizzato in modo errato (Schoore, 1997a). Questo modello inconscio operante internamente, codifica strategie per la regolazione dell'affetto, compreso un utilizzo maggiore dell'identificazione proiettiva e della dissociazione. La conseguenza è, per punte di tensione successive, un accesso più rapido a stati dissociativi ed una loro maggiore durata. Questo rappresenta una carenza di adattamento, in quanto tale adattamento è indicato dallo spegnersi della risposta allo stress in un tempo idoneo ad impedire una reazione eccessiva.

Il difetto strutturale dell'organizzazione dell'emisfero destro, l'emisfero dominante per la dissociazione (Weinberg, 2000; Schoore, 2001b) e la risposta allo stress (Wittling, 1997), sottolinea così la difficoltà nel far fronte alla situazione associata ad un utilizzo eccessivo

dell'identificazione proiettiva difensiva. Studi sulle immagini neuronali mostrano che l'emisfero destro è attivato quando sono attivate e richiamate le memorie emotive traumatiche (Schiffer *et al.*, 1995). Inoltre, vi è ora la prova che precoci acquisizioni emotive, che avvengono nell'emisfero destro, possono essere sconosciute all'emisfero sinistro; l'apprendimento e la risposta emotiva associata possono, in seguito, essere completamente inaccessibili per i centri del linguaggio del cervello. Queste apprendimenti precoci comprendono "forme di relazione presimboliche non verbali" che "proteggono il neonato dal trauma e continuano ad essere utilizzate dai pazienti per evitare un nuovo trauma" (Kiersky e Beebe, 1994:389); cioè a dire, le strategie difensive regolatorie del cervello destro: dissociazione e identificazione proiettiva.

Da questo ambito che immagazzina parti scisse del sé, provengono anche proiezioni che sono dirette verso il terapeuta. McDougall (1978) afferma che il paziente che ha subito traumi preverbalmente trasmette "comunicazioni primitive" che inducono nell'analista situazioni emotive controtransferali. In modo simile Modell afferma che nell'identificazione proiettiva, "le emozioni che sono associate alle relazioni traumatiche del passato del paziente sono....proiettate sul terapeuta, in modo che queste emozioni possono essere provate anche dal terapeuta" (1993: 148).

E' risaputo che il sistema d'attaccamento del neonato è attivato quando questi si trova sotto stress, e questo accade anche quando chi si occupa di lui è la fonte dello stress traumatico. Krystal (1978) rileva che il trauma psicologico è la conseguenza dell'essere messo a confronto con un'emozione travolgente che causa "una situazione psichica insopportabile che minaccia di disorganizzare, persino distruggere tutte le funzioni psichiche" (p.82). Questo significa che, durante la trasmissione interpersonale di una situazione piena di tensione, il bambino sta ancora invitando la madre a regolare in modo interattivo la tensione. Quindi nel "momento affettivo più alto" dell'identificazione proiettiva "difensiva" il bambino nel contesto dello sviluppo (così come il paziente nel contesto terapeutico), a causa di un fallimento della regolazione interattiva, si trova in una situazione non regolata e, di conseguenza, intollerabile. Ogden (1990b) ci descrive come colui che proietta induca nell'altro uno stato emotivo che corrisponde a quello che per lui è impossibile da tollerare.

L'identificazione proiettiva difensiva è così un meccanismo di sopravvivenza autoregolato, che si forma precocemente nell'emisfero destro allo scopo di far fronte alla tensione traumatica travolgente generata in ambito interattivo, ed è attivato in risposta a stimoli sociali, percepiti in senso soggettivo, (facciali e prosodici) che potenzialmente provocano un'imminente regolazione interna autonoma difettosa e che si ripercuote, di conseguenza, nel corpo. Nel momento della proiezione, l'emisfero destro disorganizzato del paziente (emisfero che frammenta il Sé) in modo istantaneo passa da una situazione iperattiva, in rapida accelerazione, intensamente mal regolata, ad una condizione ipoattiva, dissociata (un Sé che collassa).

La natura essenzialmente difensiva di questo meccanismo di sopravvivenza è riecheggiato dal termine "difensiva" utilizzato per l'identificazione proiettiva. Il paziente ipereccitato, ed in questo è guidato dal sistema simpatico, raggiunge un tale punto di intensità che deve essere attivata una massiccia strategia di controregolazione sostenuta dal sistema parasimpatico. Il fatto che tale meccanismo di regolazione della tensione rappresenti una transizione improvvisa da una condizione ipereccitata ad una iperinibita, indica che l'affetto negativo accelerante non è "svuotato" o "scaricato". L'ipereccitazione rimane ancora ed anche il dolore, ma è stato dissociato in modo istantaneo e, di conseguenza, "anestetizzato" o "paralizzato".

Questo produce degli aspetti controversi nel concetto d'identificazione proiettiva. Questo meccanismo primitivo rappresenta realmente una comunicazione affettiva, e realmente permette ad un'organizzazione di personalità precaria di disconoscere parti del sé; cioè di "liberare" la persona dal contatto con la sua mente (o corpo!), ma questo non rappresenta un'evacuazione in senso letterale od una espulsione in un'altra persona, in modo che la condizione negativa non esista più in lui. La tensione non è alleviata, in quanto la situazione d'ipereccitazione rimane. Ed il dolore esiste sempre, ma è dissociato a causa di un

incrementato rilascio d'oppioidi endogeni ed è sperimentato come un perdurante "macchia cieca" nella soggettività del paziente. Quale conseguenza dell'improvviso passaggio da una situazione di adattamento attivo ad una condizione inibita di adattamento passivo, colui che proietta "imploderà" sotto stress, e si dissocierà ulteriormente da questa situazione, cosicché sembra che solo chi è stato proiettato contenga il malessere. In altre parole, nei momenti successivi all'identificazione proiettiva, il paziente che dissocia, ora in una situazione di intensa inibizione emotiva, non sta più esprimendo in modo palese un'emozione sregolata, ma il terapeuta empatico che non dissocia, sta ancora risuonando in modo psicobiologico della condizione negativa amplificata e, di conseguenza, la sta sperimentando in senso soggettivo.

Un sistema inefficiente di autoregolazione o di regolazione interattiva degli stati emotivi, altererà ed impedirà la linea di sviluppo del Sé. Gli studiosi della teoria evolutiva hanno stabilito che un'identificazione proiettiva "estrema" è associata ad attaccamenti insicuri (Murray, 1997b). Di conseguenza, per tutto il resto della vita, patologie del sé formatesi precocemente, che dimostrano un indebolimento dell'emisfero destro (Schore, 1997b), utilizzano in modo eccessivo difese primitive quali la dissociazione e l'identificazione proiettiva. La Alvarez (1997) ha proposto che l'identificazione proiettiva "estrema" sia associata con un "ritardo dello sviluppo". Io suggerisco che tale ritardo maturativo sia specifico dell'emisfero destro, "la mente destra".

E' importante notare che l'emisfero destro passa attraverso cicli nella fasi di crescita per tutta la vita, permettendo, in tal modo, la maturazione continuativa, dipendente dall'esperienza, dell'emisfero destro, all'interno dell'ambiente facilitante di una relazione terapeutica regolatrice degli affetti (Schore, 1997, 2001a,c). Vi è ora consenso sul fatto che la psicoterapia degli "arresti dello sviluppo" sia diretta a mobilitare le modalità fondamentali dello sviluppo ed il completamento dei processi di sviluppo interrotti. Ritengo che "una psicoterapia connotata nel senso della teoria evolutiva" (Alvarez, 1999a) possa indurre un'accresciuta complessità dei meccanismi d'adattamento dell'emisfero destro dei pazienti - particolarmente, uno sviluppo dell'organizzazione della personalità che dia l'accesso all'identificazione proiettiva adattiva oltre a quella proiettiva. (Per un ulteriore approfondimento delle implicazioni cliniche di un modello psiconeurobiologico dell'identificazione proiettiva, vedi Schore, in stampa b).

Trent'anni fa, nel descrivere la natura diadica sia della relazione madre-bambino che terapeuta-paziente, Winnicott scriveva: "Per poter utilizzare l'esperienza reciproca, occorre possedere sia la teoria dello sviluppo emotivo del bambino sia la relazione del bambino con i diversi fattori ambientali" (1971b:p.3). Questa prospettiva è centrale negli scritti di coloro che maggiormente hanno contribuito alla moderna psicoanalisi evolutiva, comprendendo Anna Freud, Melanie Klein ed Anne Alvarez. Nell'allargare i confini della psicoanalisi verso i disordini dello sviluppo più gravi, i lavori di Anne Alvarez offrono una linea guida per coloro che vorranno seguire le esplorazioni più approfondite della mente primitiva.