

**Beatrice Piermartini CTA –P - Università Pontificia Salesiana –  
Antonella Liverano TSTA-P –SSSPC università Pontificia Salesiana- SSPC IFREP-**

**Il significato psicodinamico del processo di invidia nel paziente narcisista**

*aT rivista Italiana di Analisi transazionale, n.36, pp.83-100.*

*L'invidia, figlio mio, strugge se stessa.*

Giambattista Basile (1634-1636)

**Abstract**

Il presente lavoro verte sull'importanza del riconoscimento del sentimento di invidia nel lavoro terapeutico con il paziente narcisista. L'invidia è letta come un "attacco" che il paziente può rivolgere alle "cose buone" che costruisce con il terapeuta, mettendosi nella condizione di non avanzare nel raggiungimento degli obiettivi terapeutici.

La riflessione verte anche sui rischi, per il processo terapeutico, di un mancato riconoscimento dell'attacco di invidia del paziente e, al contrario, sulle potenzialità che il lavoro su questo sentimento contiene. Rintracciare il significato dell'invidia che il paziente prova favorisce, infatti, per la nostra esperienza, un avanzamento dell'alleanza terapeutica e un'opportunità di cambiamento.

L'attacco invidioso è letto come una identificazione proiettiva e viene collocato all'interno di una cornice teorica che integra i contributi dell'AT con la teoria delle relazioni oggettuali e la Psicologia del Sé: secondo questa ottica, verrà analizzata l'origine dell'invidia, le sue manifestazioni e il significato psicodinamico che è possibile rintracciare al di sotto di questo doloroso sentimento.

Invidia, Identificazione Proiettiva, Riparazione

**Introduzione**

L'invidia è un'emozione piuttosto trascurata nella letteratura psicologica e, forse, talvolta, riceve poca attenzione anche nel lavoro terapeutico. Sembra essere una Cenerentola delle emozioni, poco presa in considerazione e poco esplorata nei suoi significati profondi. Di fatto, al pari di tutte le altre emozioni che cogliamo e analizziamo con i nostri pazienti, l'invidia entra nella stanza della terapia e dà forma alla relazione terapeutica. Diversamente da altri vissuti, tuttavia, è poco visibile, quasi nascosta. Raramente, infatti, assistiamo ad espressioni esplicite di invidia, più spesso siamo

abituati a vederla sotto mentite spoglie, in forma di manifestazioni aggressive e distruttive, a partire dalle quali possiamo inferirne la presenza.

L'etimologia stessa della parole "invidia" rimanda agli elementi di aggressività e rabbia distruttiva rintracciabili nella persona che prova questa emozione. Nel termine latino *invidere*, infatti, la particella *in* ha valore negativo e assume l'accezione di "cattivo". *Invidere*, o *invidiare*, vuol dire, dunque, *guardare male*, con odio e con ostilità. Tali sentimenti aggressivi sono dettati non solo dal desiderio di eguagliare colui che è percepito come più fortunato, ma anche di danneggiarlo e privarlo di ciò che ha.

L'invidia è un affetto che trova posto, al pari di tutti gli altri, nella relazione terapeutica. Non è insolito, infatti, che il paziente, ad un certo punto del trattamento, provi questo sentimento nei confronti del terapeuta, a volte in modo così intenso da determinare uno stallo dell'avanzamento della terapia.

Una delle difficoltà nel trattare questo sentimento durante il processo terapeutico, riguarda il fatto che può essere difficile da riconoscere. Come diversi Autori mettono in evidenza (Kernberg, 2004, 2012; Klein, 1957; Rosenfeld, 1965, 1987), l'invidia può essere desunta da una serie di atteggiamenti distruttivi che il paziente può mostrare nei confronti della terapia e della figura del terapeuta. Un possibile segnale di invidia può essere la tendenza del paziente ad esprimere senso di insoddisfazione nei riguardi della terapia e del terapeuta, malgrado i passi avanti fatti e i cambiamenti avvenuti. Di solito, come terapeuti si rimane abbastanza stupiti per queste affermazioni, in base alle quali la terapia sarebbe inutile e non produrrebbe alcun cambiamento significativo, proprio in quei momenti in cui il lavoro sta procedendo bene e sono visibili i passi avanti rispetto al contratto terapeutico.

## **1. Le origini dell'invidia**

Il concetto di invidia, sebbene mai sistematizzato in psicoanalisi, fa, in realtà, la sua comparsa già con Freud, il quale affronta il tema in due diversi contesti. In "Psicologia delle masse e analisi dell'Io", sostiene che questo affetto è la vera origine dell'esigenza di giustizia e di uguaglianza avvertita all'interno dei gruppi sociali (1921). La richiesta di essere trattati equamente dai genitori, dagli insegnanti o dal *leader* di un gruppo in generale, è la conseguenza di una gelosia e di un'invidia originarie: così fra fratelli, nelle aule scolastiche e nei gruppi in genere, visto il desiderio di ognuno di essere il preferito e data l'impossibilità di esserlo, si leva la richiesta che almeno nessuno lo sia.

La seconda concettualizzazione freudiana riguarda “l’invidia del pene”, considerata come il principale organizzatore psichico della psicologia femminile e come la base della reazione terapeutica negativa nonché dell’analisi interminabile delle donne (Freud, 1908).

Karl Abraham (1923), allievo ed erede intellettuale di Freud, rintraccia l’origine dell’invidia in una moltitudine di circostanze esterne, e in modo particolare nel senso di esclusione che un soggetto prova quando un fratello più piccolo gli subentra nell’allattamento. Diversamente da Freud che considera l’invidia un tratto innato, Abraham la lega agli stimoli esterni; secondo il suo punto di vista, essa si manifesta solo quando le circostanze esterne ne sollecitano la comparsa, di solito in concomitanza con altri vissuti aggressivi: rancore, gelosia, ostilità, avidità, desiderio di possesso e di controllo. Le persone molto invidiose, secondo l’autore, sviluppano personalità conflittuali, marcate dal narcisismo e dal sadismo; inoltre, “tendono a distruggere tutte le relazioni con l’ambiente, anzi tutta la loro vita, per l’ostinazione, l’invidia e la sopravvalutazione di sé” (1923, tr. It. p. 122).

L’autrice che ha maggiormente sviluppato il concetto di invidia è Melania Klein, la quale situa questo affetto nel rapporto originario che l’essere umano intrattiene con la madre, il cui prototipo si troverebbe nella relazione del bambino con il seno.

Le teorizzazioni della Klein trovarono compiutezza nel 1957, in “*Invidia e gratitudine*”, il suo ultimo libro, in cui questo affetto, considerato fra i più precoci, è concettualizzato come un derivato della pulsione di morte e come l’espressione sadico-orale e sadico-ale di impulsi distruttivi primordiali che entrano in azione sin dalla nascita.

Per la Klein, dunque, l’invidia sorge nella primissima infanzia, in una fase precedente a quella individuata da Freud e, nella forma più primitiva, è rivolta al seno da cui proviene il nutrimento. Secondo l’autrice, il bambino sente che il seno possiede tutto quello che egli desidera, ha una quantità illimitata di latte e di amore che, però, tiene per sé, per il suo godimento. Il seno invidiato è sia quello ricco e vitale, facile oggetto di desideri predatori, sia quello che deprime e dà poco. Poiché non è il bambino a decidere i tempi dell’assenza o della presenza del seno, egli va incontro ad una frustrazione che alimenta l’odio e l’invidia. La conseguenza di questo stato mentale, è la proiezione della distruttività sull’oggetto, in maniera tale che il bambino vada soggetto ad angosce persecutorie: il bambino odia e desidera distruggere e, per effetto dell’identificazione proiettiva, si sente odiato e in pericolo.

La gratitudine, il sentimento opposto dell’invidia, nasce dal timore di avere danneggiato l’oggetto con i propri attacchi distruttivi. In questo fondamentale passaggio, l’angoscia non è più di tipo persecutorio, causata cioè dall’oggetto che può danneggiare, ma è “angoscia per l’oggetto” che può essere stato danneggiato dall’odio e dall’invidia. Il senso di colpa, l’angoscia depressiva di cui parla la Klein, sorgono come conseguenza del riconoscimento di una separazione fra il Sé e l’Oggetto

d'amore. A questo fondamentale passaggio evolutivo, seguono la riparazione e la gratitudine, affetti estremamente evoluti e conseguenza del riconoscimento di tutto quello che si è ricevuto dall'altro. Visto in altri termini, il desiderio di riparazione e la gratitudine rappresentano il trionfo dell'amore sull'odio.

In tal senso, nel 1969, la Klein afferma: "Sono giunta alla conclusione che l'invidia sia uno dei fattori che maggiormente mina l'amore e la gratitudine alle loro radici, poiché essa colpisce il rapporto più precoce, quello con la madre" (p.9).

L'introiezione di un seno buono rappresenta l'istinto di vita e costituisce la prima manifestazione della creatività. E' da questo rapporto fondamentale che il bambino riceve non solo la gratificazione che desidera, ma anche la sensazione che questo rapporto lo mantenga in vita. Se si instaura una stabile identificazione con un oggetto internalizzato buono che dà vita, la persona sentirà un forte impulso alla creatività e alla vitalità.

Al contrario, l'introiezione dell'oggetto cattivo o elevati livelli di invidia innati, fanno sì che il bambino desideri "guastare l'oggetto" (1969, p.22), proprio per non invidiarlo più.

Per Wilfred Bion (1967) uno dei più importanti successori del pensiero kleiniano, l'invidia sarebbe di ostacolo alla formazione del pensiero; quest'ultimo, infatti, può svilupparsi solo attraverso la capacità del soggetto di tollerare un certo grado di frustrazione. Se, al contrario, alla frustrazione segue immediatamente l'attacco invidioso, il pensiero non trova spazio per essere elaborato.

Per Rosenfeld, un altro autore che ha sviluppato il pensiero kleiniano, alla base di gravissimi disturbi mentali sono rintracciabili dosi massicce di invidia. Questo autore (1965) fa una distinzione fra due parti della personalità: una capace di tollerare la dipendenza, definita "Sé libidico", l'altra dominata dall'invidia che porta a negare il bisogno di dipendenza e a fantasticare l'onnipotenza.

Se c'è una prevalenza di questa parte della personalità, l'invidia e tutti gli aspetti distruttivi che ne conseguono, può essere idealizzata e può assumere caratteri seduttivi, assumendo il controllo di meccanismi psichici altamente patologici.

## **2. L'invidia del paziente narcisista nel processo terapeutico**

L'invidia conscia o inconscia è un tema centrale nel vissuto e nel lavoro terapeutico con i pazienti narcisisti (Kernberg, 2012).

Con questa tipologia di pazienti, spesso si instaura con relativa facilità un'apparente alleanza; il paziente può mostrare una collaborazione che è, tuttavia, legata ad una idealizzazione che dà forma al gioco "Magnifico Professore" (Berne, 1964). Attraverso questo transfert positivo idealizzato

l'altro, cioè il terapeuta, è visto come il paziente ha bisogno di vederlo, non per quello che è realmente e man mano che il lavoro terapeutico procede, l'idealizzazione cede il passo alle proiezioni negative e aggressive che possono determinare un "attacco" al terapeuta o una fuga dalla terapia. In ogni caso, l'alternanza di idealizzazione e svalutazione caratterizza per lunghe fasi il lavoro con alcuni pazienti ed è l'espressione della proiezione di parti arcaiche scisse.

Il paziente narcisista può sentire che nella stanza c'è una sola persona importante e speciale e necessariamente disprezzerà l'altro, considerato inferiore; questo motiva il tentativo di occupare il polo superiore della relazione, con il rischio, però, di sentirsi abbandonato da un terapeuta troppo disprezzato. In questo senso, Karl Abraham identifica, tra le varie caratteristiche dei pazienti narcisisti, una tendenza a guardare l'analista dall'alto in basso e a usarlo come un pubblico per il proprio lavoro "analitico" indipendente (in Kernberg, 2004). Spesso, solo in questo modo una qualche forma di progresso terapeutico diviene "possibile": il paziente ha infatti bisogno di sentire che è il Sé, e non l'Altro, che provoca il miglioramento, che apre le porte alla guarigione. Tutto ciò è indicativo dell'incapacità di "dipendere" da parte di questa tipologia di pazienti, di lasciarsi aiutare, che si manifesta attraverso il tentativo di controllare in maniera onnipotente il trattamento (Kernberg, 1984, Rosenfeld, 1987).

Secondo Otto F. Kernberg, l'intera struttura narcisistica di personalità può essere considerata "una difesa caratterologica massiva contro l'attivazione di un'invidia fuori misura" (2006, p. 32), che, nel contesto terapeutico, è rivolta soprattutto alla creatività del terapeuta e a tutto ciò che egli ha da offrire. L'invidia del paziente si manifesta attraverso affermazioni sull'inutilità della terapia o attraverso minacce di interruzione che vengono fatte proprio in seguito a sedute particolarmente produttive o a evidenti passi avanti negli obiettivi concordati nel contratto terapeutico.

Nella spiegazione di questo processo, la Klein (1969) evidenzia come un terapeuta possa commettere molti errori, ma se la critica di un paziente arriva dopo un intervento che ha restituito speranza e fiducia, si può ipotizzare che si tratti di un attacco di invidia.

In queste situazioni, il terapeuta è percepito come colui che sa, che ha tutto, che è privo di problemi e sofferenze e perfettamente in grado di far fronte ad ogni difficoltà della vita che sembra non toccarlo. Il sentimento di invidia è molto penoso e l'attacco al terapeuta rappresenta un tentativo di difendersi dal dolore legato ad un senso di fragilità e di povertà interna: l'altro ha tutto e il Sé è povero e privo di cose buone.

Riconoscere e collocare un attacco invidioso nello spazio relazionale terapeuta-paziente rappresenta una tappa importante del lavoro terapeutico. Si tratta di materiale prezioso la cui analisi può dare sollievo al paziente e può favorire un grande avanzamento dell'alleanza terapeutica. È proprio *l'utilità degli interventi* del terapeuta lo stimolo che genera invidia; il paziente avverte il bisogno dell'Altro,

sentito, a quel punto, come colui che possiede tutto e che, volutamente, non dà abbastanza, tenendo tutto per sé. L'attacco invidioso diventa, in questo senso, un tentativo di ristabilire le posizioni esistenziali sbilanciate (Cavallero, 1996) e di difendersi dal bisogno di dipendere.

In qualche modo, è proprio quando la terapia procede per la strada giusta che il paziente avverte un senso interno di povertà e di pericolo, spiegabile a partire dalla paura di "dipendere" e di entrare in relazione con l'altro, nuclei centrali della patologia narcisistica.

### **3. Il Disturbo Narcisistico di personalità: la patogenesi**

Già Ovidio, nel mito di Narciso in *Metamorfosi*, evidenzia la complessità simbolica di uno degli aspetti esistenziali cruciali del narcisismo: l'incapacità di entrare in rapporto con l'altro in maniera profonda e matura.

Questa inadeguatezza della capacità di entrare in relazione e di cogliere empaticamente l'altro, si può osservare negli aspetti intransigenti e autoreferenziali delle esperienze affettive di questa tipologia di pazienti. La persona che presenta un disturbo narcisistico di personalità, è deficitaria nel *cum-patire*, ovvero in quella qualità della relazione umana in cui la persona patisce con l'altro, condivide con l'altro, si rispecchia nell'altro.

La maggior parte degli Autori (Kernberg, 1975; Ellis, 1927; Novellino, 1998; Semi, 2007) che ha studiato a fondo il mondo narcisistico concorda nel considerare come causa primaria di questo disturbo, il deficitario accudimento delle figure principali di attaccamento. Infatti, è proprio nell'ambito di quelle relazioni che "il narcisista" ha costruito un senso di identità fragile, impalpabile come uno specchio d'acqua dove non riconosce neanche la propria immagine riflessa. Il fulcro del problema è, pertanto, da ricercare nella qualità delle relazioni oggettuali che rende difficile la relazionalità considerata ingannevole e preludio di un futuro abbandono.

Kohut (1977), uno dei massimi studiosi del narcisismo, si distanzia dalla prima definizione di Freud (1914) di narcisismo primario come fase autoerotica dove la libido investe "l'Io" alla stregua di un oggetto esterno. Il normale processo maturativo, secondo Freud passa dal superamento del narcisismo primario per approdare all'amore oggettuale, in cui la persona sposta l'attenzione dal proprio bisogno al bisogno altrui.

Kohut, invece, ritiene che i bisogni narcisistici siano presenti nel corso di tutta la vita e seguano una strada parallela a quella dell'amore oggettuale. Egli giunse a concettualizzare la teoria del "doppio asse" come sviluppo congiunto del narcisismo primario (qui inteso come fase fisiologica evolutiva) e dell'amore oggettuale. Nel narcisismo primario il bambino presenta due strategie operative, da una

parte amplifica il proprio Sé in un aspetto grandioso, dall'altra si rivolge alla mamma (o chi ne fa le veci) avendo una immagine idealizzata di lei.

Per Kohut (1977) l'individuo narcisista possiede un Sé difensivo, sintesi dell'esperienza della ferita narcisistica: la persona risulta vulnerabile alla frammentazione del Sé in seguito al fallimento empatico genitoriale.

Kohut fa risalire il narcisismo patologico all'arresto dell'evoluzione del narcisismo primario nella fase di Separazione - Individuazione (dai 14 ai 24 mesi circa), al momento "del riavvicinamento" (Mahler, 1975), stadio in cui il bambino necessita di riconoscimenti sull'essere visto come unità, come individuo, al fine di costruire un Sé coeso. Il narcisismo primario è un momento importante nell'evoluzione della personalità del bambino nel quale egli sperimenta un senso di onnipotenza nei confronti "del mondo circostante" e tenta di conquistarlo sotto lo sguardo amorevole della madre.

Il comportamento di separazione necessita di un adeguato rispecchiamento. In mancanza di risposte in tal senso, il Sé tende alla frammentazione e la maturazione psicologica del bambino si blocca sviluppando, già nella prima adolescenza, difficoltà relazionali. Se, al contrario, la risposta empatica è appropriata, il Sé grandioso viene trasformato in sane ambizioni e l'immagine genitoriale idealizzata viene interiorizzata in termini di valori ed ideali.

Bergeret (1996), in linea con quanto evidenziato da Kohut, delinea il processo evolutivo del narcisista e afferma che la psicopatologia comincia laddove l'Oggetto-Sé fallisce cronicamente nella sua capacità di rispondere adeguatamente e in maniera empatica ai bisogni relazionali del bambino. Il fallimento di questo processo tra il Sé (il bambino) e gli Oggetti-sé (la madre) lascia l'individuo con un senso di vergogna e con un arcaico bisogno di simbiosi nel suo mondo interno. Il senso di vergogna diventa la difesa al bisogno di relazione e sostiene la credenza di copione (Berne, 1972) in base alla quale "qualcosa in me non va", aumentando il senso di vuoto e gettando le basi per manifestazioni depressive.

Queste aree di vuoto relazionale, che si traducono poi in deficit strutturali della personalità del soggetto, possono essere riempiti con l'alcol, il sesso, le droghe, comportamenti antisociali o attraverso l'attivazione di fantasie onnipotenti e grandiose nel tentativo di mantenere in vita un senso di identità (*self-identity*).

Il comportamento difensivo al vuoto relazionale viene reso evidente da sentimenti di rabbia e da atteggiamenti arroganti: il narcisista tratta gli altri come oggetti da asservire ai propri bisogni come conseguenza di una difficoltà a sostenere relazioni stabili nel tempo, così come la mamma fallì con lui durante la prima infanzia.

La rabbia è fredda ed è attacco verso l'altro, mentre i sentimenti di vergogna ed umiliazione non sono espressi, ma si manifestano attraverso comportamenti arroganti ed altezzosi. La rabbia è quindi

primaria e permea le relazioni dell'individuo. Ne consegue che nelle relazioni d'amore, legarsi, fare attaccamento, diventa pericoloso per la persona, perché legandosi si può essere distrutti.

L'arroganza può essere espressa secondo un gradiente di intensità che va da un atteggiamento svalutante, al disprezzo, finanche ad un attacco invidioso distruttivo: “ti idealizzo o ti distruggo. Ti idealizzo per rivedermi in te, ti distruggo se sei più di me”, questo è il motto della persona affetta da disturbo narcisistico di personalità.

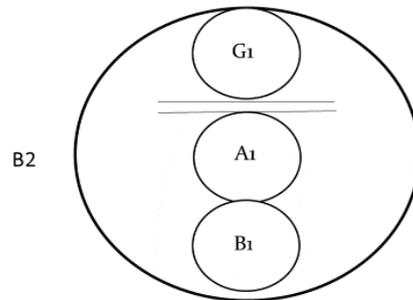
Nella patogenesi familiare si osserva una prevalenza di genitori narcisisti. Spesso, i pazienti con gravi patologie narcisistiche hanno una storia di relazioni con figure genitoriali apparentemente sufficientemente buone, ma che in realtà provavano una profonda indifferenza verso il figlio, sfruttato narcisisticamente (Kernberg, 2004). In questo senso, un genitore può aver usato il figlio come fonte di ammirazione, concedendogli, in cambio, la gratificazione di essere trattato come soggetto adorato. In altre parole, il figlio viene visto come un'estensione di se stessi, nato per soddisfare le ambizioni e il desiderio di ammirazione dei genitori. Il compito di questi ultimi è di insegnargli che ogni desiderio è un ordine e se lui osserva le loro aspettative può ricevere tutto senza il minimo sforzo, ma, se invece le disattende, la punizione è il non “essere visto” e l'impossibilità di ricevere un rispecchiamento dei diversi aspetti di se. In tal senso, l'onnipotenza dei genitori implica per il bambino l'instaurarsi di un ciclo di assenza di limiti, iperindulgenza ed incoerenza, che mantiene e contribuisce alla preservazione del Sé grandioso. Il messaggio prevalente che passa è ambivalente: “Sei meraviglioso – sei sbagliato”. Sotto la maschera del falso Sé c'è un bambino atterrito quando non viene reso speciale ed unico. In assenza di unicità, c'è il “non essere”.

Usando la metafora berniana del principe e del ranocchio, il paziente narcisista è un principe con una corona d'oro sul capo, affascinante e ricco, ma sotto l'immagine lucente, egli rivela l'anima di un povero ranocchio alla ricerca di un regno perduto. La considerazione di se stesso si muove tra la grandiosità, il Regno, e il senso di inferiorità, l'Esilio.

#### **4. Il modello di Lederer**

Aaron Lederer (1996;1997), per spiegare la patogenesi dei disturbi marginali (disturbo borderline e disturbo narcisistico di personalità), introduce il concetto di bambino “non voluto” - *unwanted child* – e fa riferimento ad una precoce esperienza fallimentare con la figura materna, sentita come “inaffidabile”.

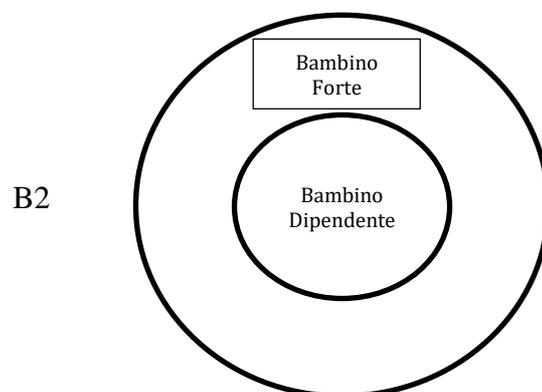
Nel modello di questo autore (figura 1), nello Stato dell'Io Bambino (B) è rintracciabile un'esclusione del B1 e A1 con la madre internalizzata in G1. L'esclusione rappresenta il tentativo da parte del bambino di difendersi dalla madre, sentita appunto come inaffidabile.



**Figura 1. Riadattata da Lederer (1996)**

Tale scissione permette ad una parte del B (G1) di prendere il comando e di accudire la parte più vulnerabile (B1). Si tratta di aggiustamenti interni operati dal bambino per sopravvivere al meglio e “per fare a meno” del *caregiver* insufficientemente disponibile e deficitario dal quale assumerà una distanza emotiva proprio attraverso una esclusione del G1.

La parte accudente della personalità, definita “Bambino Forte”, funge da sostituto genitoriale e potrebbe strutturalmente essere considerata come il G1 che assume il potere esecutivo. Essa avvolge ed incapsula l'altra parte, denominata “Bambino Dipendente”, la protegge e la isola dall'esterno. Lederer la rappresenta in termini funzionali (figura 2).



**Figura 2. Riadattata da Lederer (1996)**

Cosa accade alla relazione madre-figlio quando il “Bambino Forte” prende il potere esecutivo e assume una funzione genitoriale nei confronti del “Bambino Dipendente”?

Il “Bambino Forte” crea e mantiene un conflitto ostile con sua madre. Quest’ultima, incapace di gestire la propria angoscia, risponde con avversione agli attacchi del figlio con ulteriori ritorsioni ed è, poco a poco, esclusa dalla relazione. Il Bambino Forte mantiene il privilegio di escludere la madre dalla relazione, nonostante ciò quest’ultima tenta di mantenere il legame continuando le ritorsioni nei confronti del figlio (figura 3).

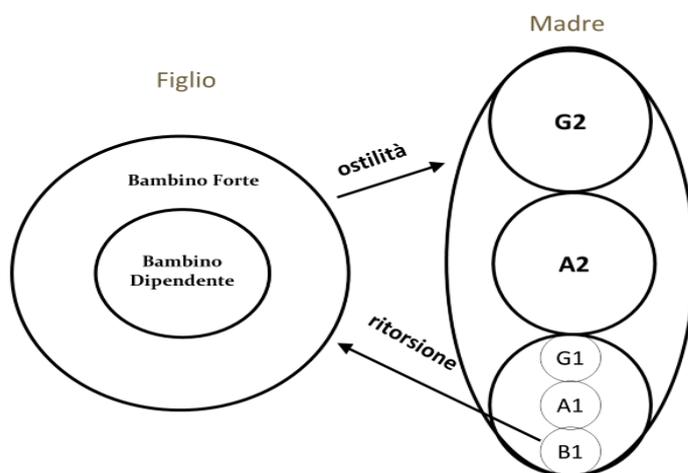


Figura 3. Riadattata da Lederer (1996)

La maggior parte degli autori ritiene che lo stato dell’Io Adulto si sviluppi a partire dai due anni di vita del bambino. In questo processo, il Bambino Forte lo esclude e sfrutta le sue specifiche competenze. Per questa ragione un paziente può sembrare apparentemente “razionale” mentre ingaggia transazioni di invidia e di ostilità nei confronti del terapeuta, proprio a partire dal Bambino Forte (figura 4).

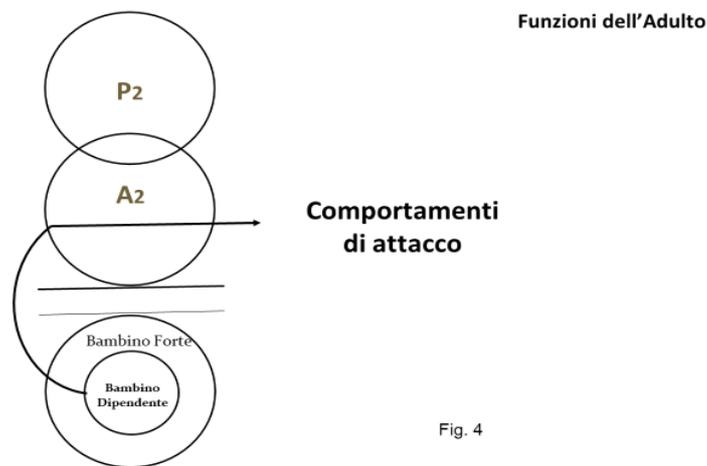


Fig. 4

Figura 4. Riadattata da Lederer

La scissione rappresentata nel modello di Lederer, è espressione di una debolezza del Sé e di una difficoltà ad entrare in relazione con l'altro. Possiamo ipotizzare che, proprio quando la relazione fra terapeuta e paziente comincia a diventare "affettiva", il Bambino Dipendente si trovi scoperto, non abbia più lo scudo protettivo rappresentato dal Bambino Forte, che ha bisogno di riconfermarsi capace di bastare a se stesso e di riuscire a far tutto da solo. È, dunque, il bisogno del terapeuta che fa arrabbiare il paziente, ma prima ancora della rabbia, è possibile scorgere la paura, la vulnerabilità della ferita narcisistica. Paura che la dipendenza dal terapeuta possa riproporre la stessa inaffidabilità della relazione con la madre.

Lavorare sull'invidia, dal nostro punto di vista, vuol dire, dunque, accorgersi della vulnerabilità e della paura della dipendenza della persona: ad un certo punto del lavoro, il paziente ha bisogno di riconfermare soprattutto a se stesso che i beni offerti dal terapeuta non sono indispensabili per lui. Quanto più il paziente ha bisogno del terapeuta, quanto più sente il bisogno di attaccarlo.

## 5. L'invidia come identificazione proiettiva

Nel parlare del modo in cui il terapeuta affronta l'invidia, è utile ricorrere al concetto di identificazione proiettiva. Per Thomas Ogden (1991), si tratta di un processo con cui l'individuo fa uso di un'altra persona per sperimentare e contenere un aspetto di sé.

*“Colui che proietta ha la fantasia, principalmente inconscia, di liberarsi di una parte di sé ..., non desiderata o compromessa e di collocarla in un'altra persona al fine di poterla controllare in modo*

*molto forte*” (Ogden, 1994, p. 17). Attraverso l’identificazione proiettiva, colui che proietta fa la fantasia, originariamente inconscia, di liberarsi di aspetti indesiderati del proprio Sé; di depositare queste parti indesiderate in un’altra persona; e, infine, di recuperare una versione modificata di quanto precedentemente espulso, (Ogden, 1994, p. 25).

La parte di sé proiettata viene sentita come appartenente all’altro; d’altra parte, chi riceve è indotto ad identificarsi con un particolare aspetto che chi proietta ha ripudiato.

Riferendo questo concetto alla relazione terapeutica, Ogden afferma che l’identificazione proiettiva è un concetto che va oltre ciò che solitamente si intende per transfert. Nell’identificazione proiettiva, il terapeuta non è solo visto in funzione dei sentimenti che in passato il paziente ha provato verso figure significative (Freud, 1912, 1914, 1915), poiché, in aggiunta a ciò, egli è oggetto di *pressure* volte a fargli sperimentare se stesso in accordo alla fantasia del paziente.

Nel caso del paziente invidioso della creatività e della conoscenza del terapeuta, la critica, talvolta tagliente e velenosa, diventa il modo attraverso il quale egli si libera della sensazione di essere privo di risorse e bisognoso dell’aiuto dell’altro. Nell’attacco invidioso il paziente proietta sul terapeuta il G1 -, e diviene un Persecutore estremamente potente, distruttivo, implacabile nel giudizio, che ridicolizza e punisce, (Moiso, 1985), (Fig.5).

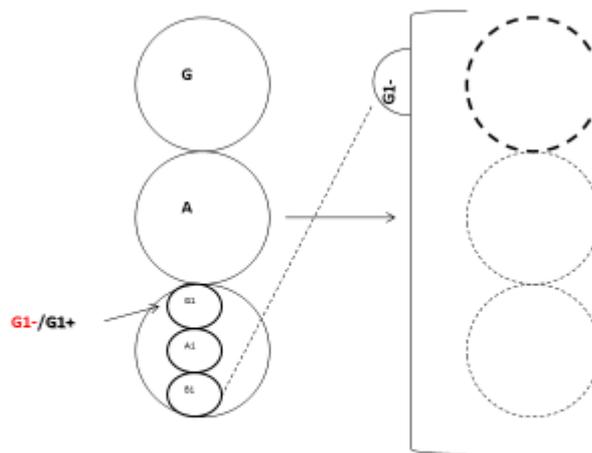


Fig.5: Transfert di tipo B (G1-); Moiso, 1985

**Figura 5. Transfert di tipo B (G1-), Moiso (1985)**

Il paziente che prova una forte invidia, proietta sul terapeuta il senso di disperazione, di nullità e di fallimento che prova nel vedere quanto il terapeuta abbia successo e sia bravo nel suo lavoro. Le

affermazioni del paziente secondo cui la terapia non comporterebbe nessun vantaggio, possono portare il terapeuta a colludere con l'attacco invidioso del paziente. Il terapeuta può prendere su di sé la sofferenza che il paziente prova per arrivare a "povero" e privo di cose buone da offrire. Il controllo che, in questo modo, il paziente tenta di avere sulla relazione, ha la funzione, nella sua economia psichica, di "salvaguardarlo" dal senso di vulnerabilità e di povertà che prova. La vulnerabilità e l'assenza di valore non sono più del paziente, ma passano alla persona del terapeuta.

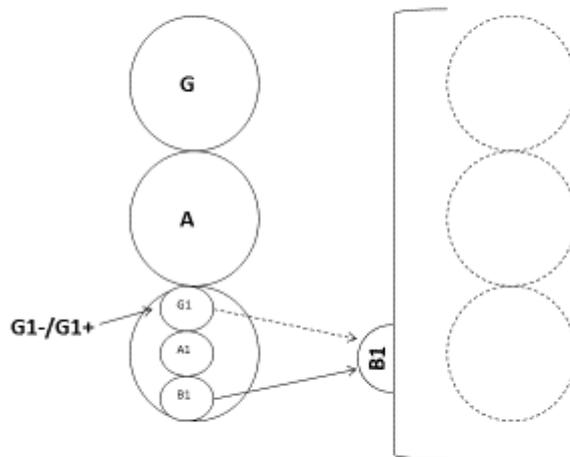
Il terapeuta, invece, per effetto dell'identificazione proiettiva tende a sperimentare il vissuto emotivo profondo proprio del paziente, conseguente ad avere a che fare con un Genitore onnipotente e persecutorio. Quindi, in questo caso, è il terapeuta che inconsciamente viene spinto a sentirsi inadeguato, incapace di aiutare, frustrato e arrabbiato, impotente e, a volte, colpevole di non aiutare il paziente stesso.

Il paziente narcisista, in momenti diversi del processo terapeutico, ed anche in rapida successione, può proiettare sul terapeuta l'uno o l'altro polo del proprio introietto genitoriale primitivo scisso. Quando proietta il polo positivo G1+, si assiste all'attivazione di un transfert idealizzante (Kohut, 1971), mediante la proiezione dell'Ideale dell'Io "sull'oggetto terapeuta" per effetto dell'identificazione complementare (Racker, 1957). Il terapeuta, quindi, viene idealizzato ed in nome della potenza e della grandiosità che gli viene attribuita, viene investito del ruolo di Salvatore.

Tuttavia, nello spazio transazionale che si crea tra terapeuta e paziente con questa struttura di personalità, accade anche qualcos'altro. Kernberg (2004) afferma che il paziente non è in grado di riconoscere la natura non integrata delle relazioni oggettuali interiorizzate e quindi può al tempo stesso proiettare una rappresentazione complementare del Sé o dell'Oggetto sul terapeuta: *"Questa operazione, insieme all'attivazione affettiva intensa, porta a evoluzioni di transfert apparentemente caotiche, confuse ed informi"* (Kernberg, 2004, pag.26).

Tale tipo di transfert ha a che fare sia con il concetto di identificazione concordante di Racker (1957), in base al quale il terapeuta è stimolato a sperimentare i vissuti emotivi contenuti nel B1 del paziente, sia con quello di resistenza di transfert individuata da Abraham in pazienti con tratti narcisistici. Il narcisista allora guarda il terapeuta dall'alto in basso e lo usa come un pubblico per il proprio lavoro terapeutico. Il terapeuta, invece, per effetto dell'identificazione proiettiva tende a sperimentare il vissuto emotivo profondo proprio del paziente, conseguente ad avere a che fare con un Genitore onnipotente e persecutorio.

Moiso, (1985), lo rappresenta nel transfert di tipo C (Fig.6).



**Fig.6: Transfert di tipo C ; Moiso, 1985**

Se poco consapevole del processo di identificazione proiettiva, il terapeuta, per far fronte alla sensazione angosciata di delusione e fallimento, può arrivare ad individuare nell'interruzione della terapia da parte del paziente l'unica soluzione auspicabile, di più, necessaria. Oppure può essere il paziente a decidere di interrompere il trattamento, talvolta senza discuterne il terapeuta, nella forma di un agito di invidia, rinunciando, in questo modo, all'aiuto che la terapia può offrire. In questo senso, possiamo affermare che, così come l'invidia del bambino deteriora l'oggetto primario buono, così la critica aggressiva del paziente attacca in qualche modo il terapeuta e le cose buone che quest'ultimo può donare. L'invidia impedisce, dunque, di ricevere doni, spoglia l'oggetto della sua bontà, rendendo difficile "prendere" ciò che la psicoterapia offre. Il fine dell'invidia è quello di privare l'oggetto di ciò che possiede e quindi di danneggiarlo. L'effetto dell'attacco invidioso è, tuttavia, non solo la distruzione dell'altro, ma anche quella di se stessi. Chi invidia impedisce a se stesso di ricevere cose buone da chi ama e da chi è in relazione con lui. Così, criticando il terapeuta, il paziente sta impedendo a se stesso di progredire e di ricevere ciò che l'oggetto d'amore (in questo caso il terapeuta) può dargli.

Otto Kernberg, in *The Inseparable Nature of Love and Aggression* (2012), per esemplificare il concetto di invidia nella relazione terapeutica, fa l'esempio di un paziente che, durante una seduta, dopo essersi a lungo lamentato del fatto che nulla sta cambiando nella sua vita, scoppia a ridere improvvisamente, affermando di aver avuto davanti a sé l'immagine del terapeuta disorientato sulla sua poltrona, incapace di aiutarlo e, pertanto, condannato a stare seduto una quantità infinita di ore a svolgere un lavoro di discutibile utilità. Il paziente sembra prendersi una rivalse o, comunque,

deridendo l'impotenza del terapeuta, ottiene un momentaneo sollievo dal sentimento invidioso. La povertà della vita appartiene, in questo modo, al terapeuta, non più al paziente.

Con la derisione, il paziente ristabilisce una certa parità nelle posizioni esistenziali (Cavallero, 1996): lui non migliora e il terapeuta fa un lavoro inutile.

Il lavoro sulla riappropriazione dell'invidia scissa e proiettata sul terapeuta diventa, in questi momenti, cruciale per il proseguimento della terapia e per effettuare un passaggio importante nella costruzione dell'alleanza terapeutica.

## **Conclusioni**

Cogliere l'invidia e collegarla sia agli aspetti diagnostici sia a quelli psicodinamici, permette una comprensione profonda delle difficoltà relazionali e intrapsichiche del paziente. Si tratta di un lavoro lento che richiede molto tempo e molta empatia per la sofferenza sottostante e per il "dolore della relazione" che il paziente prova. Implica, inoltre, una lunga fase di riflessione e analisi del controtransfert da parte del terapeuta che si viene a trovare nella condizione di "reggere" e "contenere" gli attacchi distruttivi del paziente e a renderli, gradualmente, "intelligibili" e pensabili. La consapevolezza e l'analisi del proprio controtransfert sono gli strumenti che il terapeuta ha a disposizione per "tollerare" gli agiti del paziente e per lavorare al di là di essi, arrivando a contattare la sofferenza, il senso di povertà interna e lo spavento che si celano dietro l'invidia. Si tratta di momenti cruciali della terapia che possono segnare una nascita vera e propria della relazione autentica, più libera da mutevoli idealizzazioni e svalutazioni. Sono occasioni preziose per mettere insieme il "terapeuta buono" e quello "cattivo" attraverso un lavoro di integrazione, lento e non privo di difficoltà, che può condurre a sentire gratitudine (Klein, 1957) e riconoscimento per i doni che la terapia e il rapporto con il terapeuta possono offrire.

## **Bibliografia**

- ABRAHAM, KARL, *Sogno, Mito, Simbolo*, Boringhieri, Torino, 1909-23.
- ACETI, T., LIVERANO, A., "L'alleanza e la relazione come strumento terapeutico", *Rivista di analisi transazionale e metodologie psicoterapeutiche*, 23/24, 2011, pp.80-102.
- BALINT, M., *L'amore primario*, Cortina, Milano, 1952.
- BERGERET, J., *La personalità normale e patologica*, Cortina, Milano, 1996.
- BERNE, E., "In treatment", *Transactional Analysis Bulletin*, I (2), 10, 1962.
- BERNE, E., *Games people play*, Grove Press, New York, 1964.
- BERNE, E., *Principles of Group Treatment*, Grove Press, New York, 1966.

- BERNE, E., *What do you say after you say hello?*, Grove Press, New York, 1972.
- BETTELHEIM, B., *The uses of enchantment. The meaning and importance of fairy tales*, Alfred A. Knopf, New York, 1976.
- BRUNO, D., *La fiaba perfetta*, Franco Angeli, Milano, 2016.
- BION, W. R., "On Arrogance" *20th International Congress of Psychoanalysis*, Paris, in *Second Thoughts*, 1967.
- CAVALLERO, G. C., "Invidia e alleanza terapeutica", *Atti del Convegno Nazionale di Analisi Transazionale*. 11-13 aprile, Roma, 1996, pp.109-121.
- CLARKIN, J. F., YEOMANS, F. E., KERNBERG. O. F., *Psychotherapy for Borderline Personality Focusing on Object Relations*, UK, Washington, D. C. and London, 2011.
- CLARKSON, P., *Transactional Analysis Psychotherapy*, Routledge, London, 1991.
- CROSSMAN, P., "Permission and protection", *Transactional Analysis Bulletin*, 5, (19), 1966, pp.152-153.
- ELLIS, H., "The conception of narcissism", *Psychoanalysis Rev.*, 14, 1927, pp. 129-153.
- FREUD, S., *Opere. Vol. V*, Bollati Boringhieri, Torino, 1905-08.
- FREUD, S., "Dinamica della traslazione", *Opere*, vol.VI, Bollati Boringhieri, Torino, 1912.
- FREUD, S., *Introduzione al narcisismo*, O.S.F. vol. VII, Bollati Boringhieri, Torino, 1914.
- FREUD, S., "Osservazioni sull'amore di traslazione", *Opere*, Vol. VII, Bollati Boringhieri, Torino, 1915.
- FREUD, S., *Psicologia delle masse e analisi dell'Io*, Boringhieri, Torino, 1921.
- HARGARDEN, H., SILLS, C., *Transactional Analysis. A relation perspective*, Routledge, East Sussex, 2002.
- KERNBERG, O. F., *Sindromi marginali e narcisismo patologico*, Boringhieri, Torino, 1975.
- KERNBERG, O. F., *Aggressivity, Narcissism, and Self-Destructiveness in the Psychotherapeutic Relationship*, University Press, Yale, 2004.
- KERNBERG, O. F., *The Inseparable Nature of Love and Aggression*, American Psychiatric Association, Arlington, 2006.
- KLEIN, M., *Envy and Gratitude. A Study of Unconscious Sources*, Tavistock London, 1957.
- KLEIN, M., *Amore, odio e riparazione*, Astrolabio, Roma, 1969.
- KOHUT, H., *Narcisismo e analisi del Sé*, Boringhieri, Torino, 1971.
- KOHUT, H., *La guarigione del Sé*, Boringhieri, Torino, 1977.
- LANGS, R., "Therapeutic misalliances", *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 4, 1975, pp.77-105.
- LEDERER, A., "The unwanted child", *Transactional Analysis Journal*, 26, 1996, pp.138-150.
- LEDERER, A., "The unwanted child's narcissistic defence", *Transactional Analysis Journal*, 27, 1997, pp.256-271.
- MAHLER, M., *La nascita psicologica del bambino*, Boringhieri, Torino, 1975.
- MCNELL, J. R., "Redecision Therapy as a Process of new belief acquisition", *Journal of Redecision Therapy. I*, 2000, pp.103-113.
- MIGLIONICO, A., NOVELLINO M., "Organizzazione marginale", In *L'approccio clinico dell'Analisi Transazionale*, Franco Angeli, Milano, 1998.
- MOISO, C. & NOVELLINO, M., *Stati dell'Io*, Astrolabio, Roma, 1985.
- MOISO, C., "Ego States and Transference", *Transactional Analysis Journal*, 15, 1985, pp.196-201.
- NOVELLINO, M., MOISO C., "The Psychodynamic Approach to Transactional Analysis", *Transactional Analysis Journal*, 20 (3), 1990, pp.187-192.

- OGDEN, T. H., *Projective Identification and Psychotherapeutic Technique*, Jason Aronson Inc., New Jersey, London, 1991.
- OGDEN, T. H., *La identificazione proiettiva e la tecnica psicoterapeutica*, Astrolabio, Roma, 1994.
- RACKER, H., "The meaning and uses of countertransference", *Psychoanal. Quart.* 26, 1957.
- ROSENFELD, H., *Stati psicotici*, Armando, Roma, 1965.
- ROSENFELD H., *Impasse and Interpretation*, Tavistock Publications, London, 1987.
- SEMI, A. A., *Il narcisismo*, Il Mulino, Bologna, 2007.