

La valutazione psicoanalitica I parte

Ilaria Sarmiento, PhD
Psicoanalista SPI e IPA
www.ilariasarmiento.it

Cosa distingue una seduta psicoanalitica da una seduta psicoterapeutica?

Nella **seduta psicoterapeutica** entrambi i membri della coppia (paziente-terapeuta) sono consapevoli di quello che sta accadendo in quel momento, ed è questo l'oggetto della seduta.

Durante una **seduta psicoanalitica** entrambi i membri sono in contatto con ciò che sta avvenendo, ma spesso solo l'analista ne è consapevole e, a volte, nemmeno lui. Questo è l'oggetto della seduta psicoanalitica.

La cassetta degli attrezzi dello psicoanalista

- Setting
- Tranfert
- Controtrasfert
- Interpretazione
- Interpretazione dei sogni

Qual è, secondo voi, lo strumento più importante dello psicoanalista (interpretazione, sogni, transfert, controtransfert, setting)?

Perché si fa un colloquio?

- Accertarsi delle condizioni mentali della persona che richiede il colloquio.
- Accertarsi della realtà psichica del paziente.
- L'analista deve chiedersi cosa si aspetta da quel paziente e cosa può offrirgli.

Diagnosi psicoanalitica

La diagnosi psicoanalitica non si basa sul problema manifesto, ma sulla **struttura** e le **dinamiche** delle personalità.

Struttura della personalità: Livello evolutivo

- Durante i primi colloqui si cerca di capire quale sia il livello evolutivo del paziente.
1. **NEVROTICO** è egodistonico (sa di avere un problema). Conflitto tra ciò che desidera e ciò che teme.
 2. **PSICOTICO** è egosintonico (è il mondo ad essere sbagliato). Problematiche fusionali (differenziazione dentro e fuori).
 3. **BORDERLINE** conflitto tra fusione totale e totale isolamento.

Strumenti terapeutici e livelli di organizzazione della personalità

Personalità nevrotica

- Fiducia di base
- Alto grado di autonomia
- Soddisfacente senso di identità

Nevrotici

Obiettivo: cosa ostacola la piena gratificazione?

- Ricerca di difese, sentimenti, fantasie, convinzioni, conflitti e contrasti inconsci.
- Analisi intensiva per piena comprensione della propria personalità.
- Psicoterapia psicoanalitica per problemi specifici.

Personalità di livello psicotico

- Persone prive di un senso di sicurezza di base
- Con il paziente psicotico non è possibile interpretare il tranfert. Bisogna agire in modo diverso dalle aspettative di del paziente, che si aspetta un oggetto ostile e onnipotente.
- Con i pazienti più disturbati bisogna essere più disposti a farsi conoscere emotivamente.

Es. IRRITAZIONE

Capita di sentirsi irritati dal paziente, ma per quelli più gravi può essere terrificante.

- Se il nevrotico mi chiede *“E’ arrabbiato con me?”*.
Io posso rispondere *“Cosa significherebbe per lei se fossi arrabbiata con lei, come si sentirebbe?”*.
- Se lo chiede un paziente psicotico rispondo che è *vero, che in quel momento mi sento irritata, perché mi accorgo che non riesco ad aiutarlo.*

- Dare ESPLICITE spiegazioni del proprio modo di lavorare. *Es. del pagamento.*

Paziente che deve essere speciale. Deve essere aiutato gratis. Dire le cose come stanno, es.

“per me lavorare con lei è faticoso, proprio per la sua gravità. Avrei del risentimento se lo facessi gratis”.

- Mentre non si danno mai consigli ad un paziente nevrotico, si possono dare ad un paziente psicotico.
- E' importante non sbagliare la diagnosi iniziale. Mentre è possibile passare dall'analisi del transfert ai consigli, non è possibile il contrario.

- Le persone di livello psicotico sono cresciute in una ambiente in cui il linguaggio emotivo era paralizzante e sconcertante (differenze tra ciò che veniva espresso a parole e i comportamenti, distorsione dei sentimenti del paziente, ecc.).
- Dare un nome ai vissuti emotivi: normalizzarli.

- Non si interpretano le difese, ma sentimenti e tensioni.

Es. paziente paranoico che in seduta appare più turbato (e paranoico) del solito. Non si interpreta la proiezione. Si cerca di capire l'origine del maggior turbamento (figlio che inizia asilo, o imminenza vacanze, ecc.) e si dice qualcosa sull'angoscia creata dalla separazione.

Pazienti borderline

Scopo: sviluppare un senso di sé integrato, complesso, affidabile, positivamente valutato.

- Capacità di amare nell'ambivalenza.
- La persona borderline non ha un IO OSSERVANTE integrato.
- Oscilla fra attaccamento simbiotico e separatezza ostile.
- Proprio per queste oscillazioni, è FONDAMENTALE la stabilità del setting.
- Chiarezza del contratto (telefonate, assenze, sala di attesa).

- Con questi pazienti già raggiungere una stabilità nelle condizioni terapeutiche, è un risultato terapeutico.
- Controtransferalmente con questi pazienti ci si sente *incompetenti*.

Formulazione delle interpretazioni con il paziente borderline

- Con il nevrotico, l'interpretazione può essere concisa, come una battuta.

Es. Un persona parla di quanto sia sicura di sé e non gli interessa di cosa gli altri pensino di lei. Io posso dire *“eppure, sembra preoccupata di cosa io pensi di lei!”*.

- Con un'interpretazione del genere il border si sente sminuito e criticato. Colto in fallo. Parliamo di “parti” del paziente. Gli facciamo vedere come una parte sia sicura di sé ed un'altra no.

- Interpretare le difese primitive che appaiono nella relazione.

Anche nei nevrotici si interpretano le difese che appaiono nel transfert, però con il nevrotico si interpreta collegando anche a figure del passato.
(es. in questo momento la sto facendo sentire come si sentiva con sua mamma quando[...])

- Con il pz border si può interpretare la natura della relazione con il terapeuta nel QUI e ORA della seduta.

Importanza del controtrasfert

- Lo **psicotico** (non ha un IO OSSERVANTE) proietta la sua collera sul terapeuta e dice che il terapeuta ce l'ha con lui.
- Il **nevrotico**, che ha un IO OSSERVANTE intatto, proietta la sua collera sul terapeuta, dice che forse è arrabbiato con lui, ma si rende conto che è lui che in realtà è in collera.
- Il **border**, che non ha una differenziazione tra IO e IO Osservante, continua a provare quello che proietta, ma la prova anche il terapeuta, che si sente manipolato (il pz dirà di essere in collera perché il terapeuta ce l'ha con lui)

CONTROTRANFERT

- Il pz border solitamente suscita un controtransfert positivo quando è depresso e negativo quando si pone in modo antagonista.
- Il border, più del nevrotico e dello psicotico, comunica attraverso la trasmissione di una affettività intensa e non verbalizzabile.
- La vera comunicazione è nella “musica di sottofondo” delle parole.

CONTROTRANFERT

- Non tutto quello che avviene sul piano del pensiero e delle emozioni quando si sta con un paziente è messo in campo da lui.
- I terapeuti devono avere una conoscenza profonda delle loro dinamiche interiori.

Oltre al livello di gravità, l'analista si interroga sulla natura delle **difese** maggiormente utilizzate dal paziente.

PRINCIPALI MECCANISMI DI DIFESA EVOLUTI

- **SUBLIMAZIONE** viene modificato lo scopo o l'oggetto del desiderio.
- **RIMOZIONE** si esclude dalla coscienza un contenuto mentale insopportabile.
- **INIBIZIONE** si inibisce una capacità (apprendimento, relazioni, ecc.).
- **SPOSTAMENTO** si sostituisce una rappresentazione interna con una esterna.

PRINCIPALI MECCANISMI DI DIFESA EVOLUTI

- RAZIONALIZZAZIONE spiegazioni razionali e logiche.
- INTELLETTUALIZZAZIONE rifugio nell'attività intellettuale.
- ANNULLAMENTO tramite un rituale o gesto si cerca la cancellazione magica.
- IDENTIFICAZIONE assume caratteristiche dell'oggetto (es. regole genitoriali).

PRINCIPALI MECCANISMI DI DIFESA PRIMITIVI

- **NEGAZIONE** e **DINIEGO** non riconosce l'importanza emotivo o un aspetto della realtà.
- **PROIEZIONE** attribuisce sentimenti, atteggiamenti, vissuti e impulsi propri ad altri.
- **IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA** parti di sé vengono affidata ad altri.
- **SCISSIONE**
- **IDEALIZZAZIONE/SVALUTAZIONE**
- **DISSOCIAZIONE**
- **SOMATIZZAZIONE**

La valutazione psicoanalitica

II parte

Ilaria Sarmiento, PhD

Psicoanalista SPI e IPA

[https://www.ilariasarmiento.it/
materiali.html](https://www.ilariasarmiento.it/materiali.html)

TIPI DI ORGANIZZAZIONE DEL CARATTERE IN BASE ALLE DIFESE

- ANTISOCIALE
- NARCISISTA
- SCHIZOIDE
- PARANOIDE
- DEPRESSIVA e MANIACALE
- MASOCHISTA
- OSSESSIVA
- ISTERICA
- DISSOCIATIVA

COSA VALUTIAMO NEI COLLOQUI INIZIALI

- IDENTITA' – Esperienza interiore di sé e degli altri integrata e stabile (Sé coeso).
- DIFESE – Presenza di visione distorta e frammentata del mondo interno, realtà esterna e relazioni interpersonali.
- ESAME DI REALTA' – Differenziazione Sé e non Sé, interno e esterno.
- RELAZIONI OGGETTUALI – Qualità delle relazioni.

PERSONALITA' NARCISISTICHE

- Personalità organizzata intorno al mantenimento della propria autostima tramite conferme proveniente dall'esterno.
- Timore di non “essere adeguati”. Si concentrano su aspetti visibili (bellezza, la fama, la ricchezza, ecc.) piuttosto che su aspetti privati della propria identità.
- Tendenza a giudicare gli altri, fantasie di onnipotenza, distacco.

PERSONALITA' NARCISISTICHE

- Terrore di inadeguatezza, vergogna.
- Possono essere stati bambini particolarmente sensibili a captare messaggi emotivi non verbalizzati (affetti, atteggiamenti, aspettative).
- Bambini trattati come estensioni narcisistiche, spesso bambini particolarmente dotati.
- Vergogna e invidia spesso sono i sentimenti che pervadono l'esperienza soggettiva dei narcisisti.

INVIDIA

- Timore di avere qualche mancanza e che questa possa essere scoperta.
- Alla base dell'atteggiamento giudicante del narcisista. Disprezza quello di cui si sente carente e che ha l'altro.

DIFESE

- Idealizzazione e svalutazione sono le principali, ma possono utilizzare un'ampia gamma di difese.
- Sé grandioso, può essere anche proiettato. Cercano sempre il meglio (medico migliore, ristorante migliore, *training* più rigoroso).
- Perfezionismo.

MANIFESTAZIONE DELLE DIFESE

- Aspettativa che l'analisi perfezioni il Sé, "Perché loro già si conoscono".
- Atteggiamento critico verso sé o verso gli altri (se il Sé svalutato è proiettato).
- A volte risolvono il loro problema di autostima considerando perfetto qualcun altro (amante, maestro, eroe) e identificandosi con quella persona.
- Ideali esagerati.

RELAZIONI

- Spesso si rendono conto che nelle loro relazioni c'è qualcosa che non va, solo quando arrivano alla mezza età.
- Difficoltà ad esprimere sentimenti senza vergognarsi.
- Difficoltà a relazionarsi senza giudicare o sfruttare.
- Idealizzazione del partner.

RELAZIONI

- Gli altri sono OGGETTI-SE', alimentano un senso di identità e di considerazione attraverso la loro conferma, ammirazione e approvazione.
- Tutti abbiamo oggetti-sé, ma per il narcisista è un aspetto quasi esclusivo nel rapporto con l'altro.
- Arresto della capacità di amare. Bisogno profondo dell'altro, ma amore superficiale.

RELAZIONI INFANTILI

- E' possibile siano stati Oggetti-Sé loro stessi nelle relazioni infantili.
- Genitore che “sa già” chi dovrà essere il figlio.
- Atmosfere familiare di continua valutazione (in positivo o negativo).
- Costante critica o costante ammirazione.

Sé narcisistico

- Immagini di sé grandiose contrapposte ad immagini di vuoto.
- Timore di frammentazione del sé (ipocondria, attacchi di panico).
- Denegano rimorso e gratitudine.
Significherebbe ammettere un difetto o un bisogno.

TRANFERT e CONTROTRANFERT

- Disinteresse del pz all'esplorazione del transfert.
- Forte idealizzazione o svalutazione del terapeuta.
- Trasnfert egosintonici (il terapeuta è **OGGETTIVAMENTE** così).

TRANFERT e CONTROTRANFERT

- Controtransfert: noia, irritabilità, sonnolenza, sensazione che non accada niente nel trattamento.
- Con questi pz, il controtransfert non è la proiezione di un oggetto interno, ma di un aspetto del Sé (parte grandiosa o svalutata del Sé).
- Terapeuta come oggetto-Sé (usato per mantenimento autostima) – deumanizzazione.

IMPLICAZIONI TERAPEUTICHE

- Pazienza.
- Tollerare reazioni controtransferali di noia e demoralizzazione.
- Estrema attenzione alla formulazione degli interventi.
- Estrema attenzione al vissuto latente (dietro l'arroganza, spesso ci sono sentimenti di vergogna).

IMPLICAZIONI TERAPEUTICHE

- Rischio continuo di interruzione.
- Il pz non riconosce il proprio ruolo in ciò che di negativo accade nella sua vita. Attenzione a fare interventi non empatici, in cui si sottolinea la loro responsabilità, sia ad associarsi alle loro lamentele.
- Ampliare la consapevolezza sulla natura del proprio comportamento, senza suscitare in lui sentimenti di vergogna.

PERSONALITA' DEPRESSIVA

- Tristezza intensa, mancanza di energie, anedonia, disturbi vegetativi (problemi alimentazione, sonno, ecc.)-.
- Nel lutto normale si sente impoverito il mondo esterno, in condizioni depressive si sente perduta e danneggiata una parte del Sé.

- Senso di colpa diffuso, cosciente, egosintonico.
- Introiezione è la difesa più potente.
- Introiezione degli aspetti negativi di un oggetto del passato.
- Perdite e separazioni dolorose nell'infanzia.
- Introiezione angoscia per la separazione.
- Atteggiamento critico nell'espressione della sofferenza.
- Depressione genitore.

TRANFERT e CONTROTRANFERT

- Sono spesso considerati “buoni pazienti”.
- Non hanno problemi ad instaurare un’alleanza terapeutica.
- Idealizzano il terapeuta, ma non sono distaccati come i pz narcisisti.
- Temono di si essere criticati dal terapeuta (proiezione). Con il proseguire della terapia cominciano a criticare il terapeuta e proiettare meno.

CONTROTRANFERT

Fantasie di onnipotente salvezza
(complementare)

Oppure

Demoralizzazione, sentimento di
impotenza (concordante)

IMPLICAZIONI TERAPEUTICHE

- Bisogno di percepire accettazione, rispetto, impegno e comprensione.
- Sono molto attenti a cogliere le critiche, particolare attenzione a non esprimere giudizi.
- Esplorare ed interpretare la separazione.
- Analizzare fantasie di sé.
- Con il pz depressi si può lavorare nel transfert, invece il narcisista non lo accetta.

COLPA vs VERGOGNA

- SENSO DI COLPA

Convinzione di essere sbagliato, di aver fatto qualcosa di sbagliato (genitore critico interiorizzato).

- VERGOGNA

Timore di *essere considerato* sbagliato. Il giudice è fuori di sé.

CASO CLINICO

Una donna single di 35 anni viene in terapia a causa della frustrazione di non aver tratto alcun giovamento dalle terapie precedenti. La donna aveva intrapreso diverse psicoterapie, a partire dai 15 anni di età, in seguito a un'overdose. La sua diagnosi iniziale era stata Episodio Depressivo Maggiore. Era stata ricoverata due volte: in seguito alla prima overdose e successivamente, intorno ai trent'anni, dopo una seconda overdose, quando pensava che la vita fosse senza speranza. Nel corso degli anni le furono somministrati vari antidepressivi, ansiolitici e stabilizzatori dell'umore.

P: “Sono così depressa che non riesco ad alzarmi dal letto. Non ho energia, nulla mi interessa. A volte mi disidrato perché non riesco neanche ad alzarmi per prendere un bicchiere d’acqua. Questa situazione può andare avanti per settimane. E’ così da almeno sei mesi”.

A: “Che pensieri ha quando si trova in questo stato?”

P: “Penso a quella che sarei potuta essere, al successo e alla fama che avrei come scrittrice se non fossi affetta da questa incurabile depressione, potrei essere come X [famoso scrittore].”

Indagando sul funzionamento lavorativo, sociale e interpersonale la paziente rispose che aveva lasciato l'università dopo un anno e mezzo a causa di difficoltà di concentrazione e difficoltà relazionali con i compagni, si sentiva costantemente delusa. Era stata licenziata da tutti i lavori a causa di attriti con colleghi e datori di lavoro. Per quanto riguarda la sfera sociale, non aveva amici, non aveva mai avuto rapporti sessuali. Passava il tempo sul divano a guardare la televisione. Quando aveva finito i risparmi, si era rivolta ai genitori per pagare l'affitto. La paziente disse di non avere interesse in nessuna attività, compreso vivere. Ciò non le appariva come un problema ed espresse la sua mancanza di interesse in modo provocatorio, come se pensasse che questo doveva essere un problema del terapeuta più che suo.

P: “Sono depressa e non piaccio alle persone. Non so perché. Forse perché sono grassa. Non appena salgo sull'autobus, tutti mi fissano. Parlano di me. Questa è un'altra ragione per cui non esco.”

A: “E' sicura che parlino di lei o è una cosa che potrebbe o no accadere?”

P: “Mi sembra che parlino di me, ma non posso certo leggergli la mente!”

La famiglia si era trasferita spesso perché il padre era ufficiale dell'esercito. La pz descrive il padre come un uomo che non si preoccupa dei figli, eccezion fatta per la prestazioni accademiche. Niente era abbastanza per compiacerlo. A scuola lei si era sentita sempre esclusa. La madre era incostante a causa delle oscillazioni del suo umore. Nonostante sembrasse una persona brillante, la paziente abbandonò l'università al secondo anno per le difficoltà ad andare d'accordo con gli altri. Riuscì ad ottenere dei lavori grazie all'influenza del padre, ma fu sempre licenziata.

Pz: “Mio padre è come Hitler. Non sto esagerando. Non gliene importa niente delle persone, ma solo dei voti. Non ha mai mosso un dito per me, non gli importa quello che provo. [...]”

Parlando della madre:

“Lui si prende molta cura di lei. Lei ha avuto queste crisi. Quando lei ha una crisi, lui fa quel che può. Lui non sa veramente cosa fare, ma fa del suo meglio”.

A: “In questo momento sta dicendo che suo padre fa del suo meglio, ma prima lo descriveva come Hitler”

P: “Lui era come Hitler, forse per questo mia madre è depressa”.

La paziente inizia un'analisi a tre sedute settimanali. Questo è uno stralcio di seduta dopo due anni di trattamento. Intanto è riuscita a trovare un lavoro come impiegata e a conseguire altri miglioramenti nella sua vita quotidiana.

P: “Sono due anni che vengo, ma non vedo risultati. Non dico che è lei, forse sono io.”

L'analista si sente irritato e sminuito dalle parole della paziente. Pensa che si sente come si sentiva lei verso il padre incontentabile.

A: “Forse teme che io possa aver sopravvalutato la sue possibilità di ottenere risultati positivi dall'analisi”

P: “Sì, è così. Forse non potrò mai cambiare.”

A: “In qualche modo teme di deludere le mie aspettative, ma forse anche le sue, ma credo che entrambi crediamo che ci possa essere un cambiamento”.

P: “Sì. E' la mia ultima speranza”.