

## **L'inaccettabilità del "limite": riflessioni sulle strategie dell'incoraggiamento di fronte ad alcune forme di "violazione del setting" in psicoterapia**

TIZIANA LEVY

*Summary* – THE UNACCETTABLENESS OF THE "LIMIT": STRATEGIES OF ENCOURAGEMENT IN FRONT OF THE "VIOLATION OF THE SETTING" IN PSYCHOTHERAPY. The "violation of the setting", amply treated by the psychoanalytic literature, includes neither sexual intercourses between therapist and patient, nor it can be simply identified as transgression of formal rules defined in the therapeutic contract: indeed it consists in some behaviours and attitudes, very distinct among them, dealing with the problem of "distance": it means that the patient cannot accept and respect the boundaries between inner and outer world, the Self and the Other, the therapeutic setting and the real life. In the reported clinical case many "acting-out" behaviours observed during psychotherapy sessions (e.g. missed therapeutic sessions, leave session without paying, calling therapist over weekend, demanding little items for gifts, etc.) represent unconscious tempts of the patient to destroy therapeutic relation, in order to verify the possibility to be considered and loved, in real life, primarily as "individual", not as a "patient". In such situations, which generally belong to personality disorder, the therapist can use either encouragement strategies or interpretations, according to circumstances and to patient's insight capacity, but he should be perfectly conscious of the risk of favouring a "regressive dependence" through his "counter-transference" and his "counter-violation" of setting.

*Keywords:* VIOLATIONS OF SETTING, BOUNDARIES, THERAPEUTICAL DISTANCE

### *I. Introduzione*

Questo contributo propone una riflessione sugli "attacchi al *setting*" che alcuni pazienti attuano in psicoterapia e sui diversi significati che queste violazioni possono assumere, non solo in termini di "resistenze" al trattamento, ma anche come espressione di schemi relazionali patologici, dai quali emerge chiaramente la ricerca di una esasperata "volontà di potenza" da parte del soggetto. Il *setting*, inteso adlerianamente come «scenario di un'opera non ancora realizzata» (1, p. 140), non si configura di per sé come elemento che discrimina gli interventi supportivi da quelli più intensivi, ma diventa piuttosto il luogo, metaforico e reale,

che consente al terapeuta di modulare la distanza relazionale della coppia terapeutica e di favorire, attraverso il giusto livello di regressione, “l’incontro incoraggiante con il deficit” [5, 20].

Per “violazione del *setting*” si può intendere, dunque, la messa in atto, da parte del paziente, di comportamenti e atteggiamenti di vario tipo che hanno a che fare con il problema della “distanza”, sia in termini fisici, come quando si giunge a contatti sessuali, sia in termini emotivo-affettivi, come ad esempio nelle richieste di amicizia e d’affetto. È evidente come non si tratti semplicemente di una trasgressione di regole formali stabilite nell’accordo terapeutico: soprattutto nei casi “difficili”, afferenti in genere all’area dei disturbi borderline, ciò che viene messo in gioco è il concetto stesso di “limite”, che rimanda all’idea di “confine”, “separazione”, “definizione”, “temporalità”, “impotenza”, ed è pertanto in contrasto con i bisogni regressivi descritti per questo tipo di personalità, che tendono alla fusionalità, all’onnipotenza, all’assoluto.

Freud considerava le pulsioni come concetti che riguardano e definiscono il “confine” o la frontiera, tra lo “psichico” e il “somatico”. Tuttavia il concetto di “confini dell’Io” si deve a Federn [6], che lo elaborò negli anni venti, per essere poi ripreso da Hartman secondo la teoria delle *Relazioni oggettuali*. Si tratta sostanzialmente di una “metafora” per distinguere da un lato l’Io cosciente dalle fantasie inconscie, dall’altro l’Io interno dalla realtà esterna, dunque rimanda ad una concezione dinamica della mente, in cui l’individuo percepisce, in assenza di psicopatologia, l’unità e la continuità della propria vita corporea e psichica, che sono alla base della “costanza dello stile di vita” [9].

Fin dall’inizio del suo lavoro con le pazienti isteriche, Freud imparò che molto spesso queste si innamoravano dell’analista e si aspettavano sentimenti reciproci. Negli “Studi sull’isteria” scriveva di aver osservato come in non pochi casi, specialmente con donne che portavano in seduta processi di pensiero erotici, la collaborazione dei pazienti diventasse un sacrificio personale, che doveva essere compensato con un qualche “surrogato dell’amore”. Specificava poi che la premura del medico e la sua paziente cordialità dovevano essere sufficienti come “surrogato” [4].

Negli ultimi anni, anche in relazione alle caratteristiche dei disturbi psichici più attuali, è aumentato l’interesse per la violazione dei confini non sessuali della terapia, cioè per il rischio di caduta lungo quella che Gabbard e Lester [12] chiamano la “china scivolosa” del lavoro terapeutico. Secondo gli autori solo in alcuni casi questa situazione sfocia in un coinvolgimento sessuale, mentre più spesso si traduce nella *messa in atto del transfert* da parte del paziente e/o del *controtransfert* da parte del terapeuta.

È noto che la "violazione del *setting*" da parte del paziente assume una rilevanza e un'utilità sia in termini comunicativi, sia in termini di "resistenza" al trattamento, e come tale va individuata e utilizzata. Al contrario la "violazione del *setting*" da parte del terapeuta, laddove non corrisponda ad un "enactment" di cui egli stesso è consapevole, coincide quasi sempre con una "malpractice" che apre la strada ad effetti iatrogeni dell'intervento [20]. Alcuni pazienti chiedono esplicitamente, già all'inizio oppure nel corso della terapia, di essere considerati come "individui" o "persone" invece che come "pazienti" e questo può portare il terapeuta a vivere sentimenti di inadeguatezza o di "colpa" per non essere risultato abbastanza empatico. Può succedere allora che sia egli stesso a "controviolare" il *setting*, accondiscendendo a richieste che aumentano il "calore affettivo" e riducono la distanza terapeutica, con il rischio di favorire una "dipendenza regressiva" [19] nei pazienti con un Io non sufficientemente strutturato.

Il caso riportato mostra come alcune manifestazioni di "acting-out" (es. saltare le sedute, non pagare il dovuto, telefonare nel fine settimana, richiedere oggetti in regalo ecc.) riflettano una "messa alla prova" del terapeuta rispetto alla capacità di far fronte a due bisogni apparentemente opposti del soggetto: da un lato quello più esplicito di essere accettato incondizionatamente, senza alcun pregiudizio e senza "limiti" imposti dal *setting*, dall'altro quello meno consapevole di essere "contenuto" riguardo agli aspetti meno integrati del Sé, ricostruendo quindi dei confini rassicuranti e mettendo dei "limiti" alle proprie istanze aggressive/distruttive.

## II. *Caso di Elisa*

Elisa giunge inizialmente per una valutazione psicodiagnostica, esitata poi in una presa in carico su richiesta dell'inviante stesso, che rimane come riferimento per la cura farmacologica. Ha 30 anni e vive con il padre e la nonna materna; la madre è morta da quattro anni per malattia tumorale; è fidanzata da sei anni con Paolo, imprenditore, con il quale avrebbe dovuto sposarsi un anno fa, se il progetto non fosse saltato per il timore di Elisa di ritrovarsi sola, senza il padre o la nonna vicino, cioè senza una persona di famiglia a cui chiedere aiuto e protezione nei frequenti litigi di coppia. Dopo essersi brillantemente laureata in Economia, ha cominciato a rifiutare le offerte di lavoro che il padre, rappresentante da poco in pensione, riusciva ancora a procurarle e ha progressivamente ristretto i propri contatti esterni, cominciando ad attuare rituali di "decontaminazione" (lavaggi ossessivi del proprio corpo e di mobili o oggetti dell'appartamento) ogni volta che lei o qualcuno della famiglia rientrava a casa. La pretesa che i familiari e il fidanzato eseguissero determinate azioni per non vanificare il proprio lavoro ha dato luogo a numerosi litigi e "scenate", spesso culminanti nella "disperata" telefonata alla terapeuta. Il lavoro con Elisa si è subito caratte-

rizzato anche per i tentativi di interferenza da parte delle figure di riferimento (soprattutto il padre), che talvolta si sono presentate in seduta insieme a lei per segnalare le varie situazioni di “angoscia” in cui tutti, a vari livelli, si trovavano.

Nelle prime settimane Elisa si mostra bisognosa di un ascolto empatico, non giudicante ed occupa tutto il tempo delle sedute ad esprimere quello che definisce come il proprio “dolore interiore”, che riconduce a diverse ragioni:

- il vissuto di solitudine e di abbandono subentrato dopo la morte della madre, descritta come l’unica persona che sia stata in grado di essere “amorevole” nei suoi confronti, ma anche come una figura talmente “perfetta” da essere sempre stata “irraggiungibile”;
- il non sentirsi accettata dal padre e dal fidanzato, critici e intolleranti verso i sintomi, considerati come una comoda fuga dalle responsabilità;
- l’estrema sensibilità a tutte le manifestazioni di “superiorità” degli altri, a partire dalla severità di alcune insegnanti della scuola materna, fino alle manifestazioni di aggressività verbale e di svalutazione da parte del padre e del fidanzato.

Emerge ben presto che la patologia di Elisa si inserisce in un sistema familiare e relazionale (nonna, padre, fidanzato) fortemente disturbato e disturbante, in cui circola una fortissima componente di aggressività reciproca, un massiccio utilizzo della comunicazione paradossale, un atteggiamento collusivo, ambivalente, invischiante ed allo stesso tempo svalutante tra i quattro membri del gruppo, tale da impedire qualsiasi cambiamento.

Per Elisa i ruoli delle persone significative si confondono e perdono di importanza di fronte al bisogno di essere e sentirsi amata: a tutti indistintamente viene chiesto di essere considerata speciale, di essere amata come una bambina buona e sensibile, di avere fiducia in lei, diversamente da come facevano i genitori quando era piccola (“era sempre colpa mia”).

Nel corso delle sedute, dopo una fase “seduttiva” in cui si mostra grata per le attenzioni e la comprensione profonda ricevuta, la paziente comincia a fare, con estrema insistenza e stupendosi ogni volta del rifiuto, una serie di richieste di calore, affetto e amicizia volte a saziare ciò che chiama “fame d’amore”.

Il fatto di essere dello stesso sesso del terapeuta accentua ulteriormente la difficoltà di comprendere gli aspetti deontologici, non essendo implicato un coinvolgimento sessuale. Ciò che Elisa vorrebbe ricevere dalla terapeuta comprende: abbracci consolatori in seduta, con offerta di cibo, dolci, regali; incontri esterni come “amiche” o “sorelle”, inviti a casa, telefonate ricevute tra una seduta e l’altra, contatti durante le vacanze, uso del “tu”. I regali richiesti sono oggetti di qualunque tipo, presenti in stanza o appositamente acquistati, ma dedicati a lei in

quanto "persona speciale" e tali da costituire un simbolo del proprio valore; i regali che tenta di portare hanno, secondo lei, un analogo significato nei confronti della terapeuta ed è per questo che andrebbero accettati.

Per Elisa qualunque forma di rifiuto delle proprie richieste corrisponde al non riconoscimento dei suoi bisogni di tenerezza e genera profonda frustrazione. Allo stesso tempo il loro appagamento significherebbe, come ha spiegato bene Rovera, "instaurare un rapporto senza fine e senza scampo", che finirebbe per essere distruttivo introducendo il rischio di una «regressione maligna» (19, p. 74).

Come conciliare, dunque, l'accoglimento di questo bisogno della paziente con le sue tendenze alla manipolazione e al controllo del terapeuta? Ricorda ancora Rovera che «la capacità di amore e di comprensione del terapeuta deve disporre questi a dare quello che può al paziente senza promettere nulla che non possa mantenere» (*Ivi*).

Le strategie di incoraggiamento con Elisa vertono soprattutto su:

- vicinanza empatica;
- riconoscimento non censorio dei bisogni infantili;
- ampio utilizzo delle "metafore vive" della paziente.

Il *setting*, non "rigido", ma "rigoroso", implica nel caso in questione:

- rifiuto del "tu" e di proposte di "amicizia";
- limitazione delle interferenze da parte dei familiari;
- rifiuto di scambiare regali e limitata accettazione solo di alcuni "oggetti" con funzione simbolico-comunicativa, da tenere in una apposita "scatola dei regali".

Elisa riconosce di dover imporre alle persone significative una serie di "prove d'amore" sempre più impegnative, che in una "escalation" senza fine giungono fino all'ideale del "sacrificio estremo per amore", cioè alla morte. Come spiega Galimberti, l'amore si avvale di espressioni estreme e paradossali, in una semantica dell'eccesso che mette fuori gioco le normali regole del linguaggio e ha la pretesa della totalità. Così il linguaggio dell'amore «non ha limiti nel sollecitare, nell'indurre, nel desiderare, nel pretendere. Questa mancanza di autolimitazioni renderebbe l'amore una condizione parossistica ai confini dell'insostenibilità» (13, p. 145).

Si può pensare che per questa paziente il linguaggio dell'amore sostituisca l'amore stesso, tanto che, anche nel rapporto con il fidanzato, la logica del controllo, della "dipendenza", della dicotomia "supremazia/sottomissione", prende il posto della dimensione affettiva e sessuale. Appare significativo il testo di una canzone che Elisa porta in seduta per far comprendere "esattamente il modo in

cui vorrebbe essere amata” dal fidanzato. I versi più significativi sono: «Ti salverò da ogni malinconia, perché sei un essere speciale ed io avrò cura di te... io sì, che avrò cura di te» (F. Battiato, “La cura”).

Si osserva facilmente come l’atteggiamento di “cura” da parte di qualcuno ne determini inevitabilmente l’“idealizzazione”, che lascia il posto, abbastanza presto, ad una profonda delusione; ciò si deve alle seguenti convinzioni:

- che il “limite” inevitabilmente posto dall’altro di fronte a richieste continue e spesso “impossibili” equivalga ad un amore non affidabile;
- che le attenzioni e le cure ricevute non ci sarebbero state se per l’altro non fossero rientrate in una sorta di “dovere” (per il legame di sangue nel caso dei familiari, per deontologia nel caso della terapeuta, per “senso di pena” da parte del fidanzato, per non perdere il posto da parte della colf).

In termini adleriani si percepisce chiaramente, da questi elementi, l’utilizzo della debolezza e dell’“inferiorità” per perseguire la propria “meta di superiorità” [3]; manca inoltre, tanto nel rapporto fantasticato quanto in quello reale, la dimensione della reciprocità.

Il *setting* adleriano, rispetto a quello freudiano incentrato sulle libere associazioni e sull’emergenza del transfert, tende a favorire la riproduzione di comportamenti e atteggiamenti assunti abitualmente nella vita quotidiana [7]. Ciò consente di osservare come nella *resistenza*, intesa come difesa diretta contro il cambiamento e quindi in particolare contro le intenzioni terapeutiche, si esprimono gli stessi atteggiamenti di rassicurazione e difesa che sono a disposizione del paziente anche negli altri ambiti della vita [17].

La *Psicologia Individuale* ha affrontato il problema del *setting* a partire dalla funzione “correttiva” che Adler attribuiva al terapeuta. Egli scriveva che nell’osservazione rigida degli aspetti formali del *setting* “molto può andare perso”, e che con la persona che si ha di fronte non si deve mai lottare, nonostante sia sempre pronta ad iniziare una lotta [1, 2].

Se è indubbio che le richieste di varcare i limiti del *setting* esprimono chiaramente un attacco al lavoro terapeutico, non si può non tenere conto del fatto che, in alcuni pazienti, la soglia di attivazione di una intollerabile sofferenza interiore è estremamente bassa, pertanto può essere necessario, da parte del terapeuta, un ulteriore “ampliamento dell’empatia”, con una modulazione continua della distanza e, in molti casi, una consapevole riduzione degli strumenti interpretativi a favore di strategie incoraggianti.

Secondo Gabbard e Lester si potrebbe sostenere che la capacità di “empatia” del terapeuta implichi sia “spessore” dei confini esterni, nel senso di capacità di man-

tenimento stabile del ruolo terapeutico, sia "sottigliezza" ottimale dei confini interni, cioè l'apertura a processi inconsci e la libertà di esplorare il suo controtransfert [12].

In quest'ottica l'individuazione della "frustrazione ottimale" descritta da Kohut [16] può passare attraverso alcuni "errori controtransferali" che, adeguatamente elaborati anche attraverso la supervisione, possono aiutare a focalizzare ulteriormente le dinamiche profonde del paziente e a comprendere la sua "logica privata" [9].

Come spiega la Kruttko Rüping «non si può e non si deve porre l'*aut-aut* tra un comportamento frustrante oppure gratificante, tra la comprensione oppure l'"esperienza emotiva correttiva": occorre considerare di volta in volta le implicazioni di ogni intervento, non escludendo la possibilità di errori» (17, p. 100).

Molti autori concordano oggi sul fatto che non sempre sono necessarie interpretazioni o confrontazioni verbali "corrette" per portare il soggetto ad un *insight*: spesso la ripresa del processo terapeutico dopo una fase di stallo si deve ad un intervento incoraggiante più che ad una vera e propria interpretazione.

Come sottolinea Fassino, l'interpretazione corretta potrà essere fornita dal terapeuta solo quando il paziente sarà in grado di accoglierla, comprenderla e accettarla, per divenire "presa di coscienza emotiva e correttiva della dinamica degli insuccessi" [5].

Per Gulotta e Del Castello [14] solo se il terapeuta riesce a porsi come nuova e rassicurante figura di attaccamento, capace di contenere e alleviare il dolore del paziente, l'esplorazione delle emozioni potrà procedere.

In quest'ottica è evidente che il terapeuta non si limita ad una osservazione passiva, neutrale e distaccata del paziente, volta prevalentemente alla formulazione di interpretazioni, bensì tenta di coinvolgere attivamente il paziente nella sperimentazione di nuove modalità relazionali, più valide e meno fallimentari [10].

Adler ha focalizzato molto bene l'importanza del "sentimento sociale" del terapeuta per poter provare ciò che il paziente prova, per comprenderlo empaticamente [2]. Dopo aver messo in guardia il terapeuta dalle tendenze del paziente a "umiliare tutto ciò con cui entra in contatto", attraverso numerosi espedienti (come il miglioramento o l'aggravarsi dei sintomi, le relazioni amorose o amichevoli, le "esigenze di qualsiasi genere" ecc.), Adler sottolinea l'importanza che il terapeuta proceda «con molto tatto, rinunciando ai vantaggi che la sua autorità gli conferisce, facendo prova di un'amicizia immutabile, testimoniando un vivo interesse e un sentimento ragionato» (*Ibid*, p. 195).

Come sottolineano Pagani e Ferrigno, se il terapeuta riesce a “sentire” autenticamente e nello stesso tempo a tollerare e padroneggiare le esperienze di angoscia, rabbia, disperazione, impotenza, vuoto e disgregazione del paziente, potrà «trasformare le proprie reazioni controtransferali in un importante strumento metodologico di diagnosi e di lettura dello stile di vita del paziente, capace di generare *insight*» (18, p. 37).

Elisa, pur sentendosi fin dall’inizio accolta e compresa, non è stata e non si è sentita appagata in tutta una serie di richieste portate insistentemente in seduta e più volte ha manifestato il proprio sentimento di frustrazione per l’impossibilità di annullare le regole del *setting* («lei mi deve dimostrare che darsi del tu ostacolerebbe la terapia»).

Riguardo alla ripresa dei “compiti vitali” i progressi sono ancora lenti, ma si affaccia la possibilità di iniziare un lavoro, dunque di investire in nuove e più adattive dinamiche relazionali. Nonostante siano ancora evidenti gli attacchi al rapporto terapeutico, manifestati soprattutto attraverso il saltare le sedute, sembra esservi una maggiore consapevolezza della necessità dei “limiti del *setting*” come elementi protettivi della relazione piuttosto che come manifestazioni di rifiuto. Riuscendo a “contenere” i vissuti più dolorosi Elisa ha potuto ultimamente concedersi qualche “sperimentazione” al di fuori dal contesto familiare.

Molta strada occorre ancora fare per raggiungere un’adeguata capacità di “mentalizzazione” intesa come “capacità di vedere e capire se stessi e gli individui intorno a sé” [11], ma la paziente, proprio perché ha potuto sentirsi accolta e allo stesso tempo “contenuta”, sta cominciando a considerare il rapporto terapeutico come “luogo” di un incontro “unico ed irripetibile”, in cui è possibile costruire un «incontro fra menti, una *logica comune* condivisa emozionalmente» (9, p. 90).

### III. Conclusioni

Proprio i pazienti più difficili contribuiscono a far capire che il mantenimento dei confini è compito del terapeuta. I rischi della violazione del *setting* sono quelli di un rapporto terapeutico confuso e confusivo, a cui si aggiunge il rischio dell’interminabilità della psicoterapia. Il mantenimento del *setting* serve al paziente per tenere distinte la figura del terapeuta come persona e relazione reale, dal terapeuta come persona e relazione fantasticata, evitando ogni confusione tra il *come* del rapporto ideale e il *come se* del rapporto terapeutico. Permette inoltre al terapeuta di poter esaminare correttamente il proprio controtransfer e di attuare una futura separazione del paziente dal terapeuta. [12]



Il caso riportato rispecchia la difficoltà del lavoro con i pazienti di area borderline soprattutto perché la paziente considera la terapeuta come una figura protettrice taumaturgica, magica, da cui derivano "tutte le cose buone". Il patto inconscio stabilito nel trattamento è che sarà una bambina buona e ubbidiente fintanto che la terapeuta contraccambierà con attenzioni interminabili. Le interpretazioni dei bisogni o delle aspettative irrealistiche sono rifiutate nella misura in cui mettono in risalto la separazione paziente-terapeuta e vengono pertanto vissute come rinnovamento del fallimento e del rifiuto materno [15].

Incoraggiare significa prendere per mano chi soffre, riuscire ad entrare nella sua mente e anche nel suo cuore [9], senza tuttavia dimenticare che nei pazienti con disturbi gravi di personalità può esservi il tentativo più o meno inconscio di "concretizzare" queste metafore: far entrare il terapeuta nella propria vita, esercitare su di lui un controllo per poi, probabilmente, invischiarlo, svalutare il rapporto, creare un legame fusionale.

Come sottolinea Ferrero, l'astinenza degli agiti e l'asimmetricità del rapporto costituiscono dei limiti alla relazione, ma proprio la presenza di questi limiti e una certa innaturalità della situazione «prospettano delle potenzialità a quel rapporto molto speciale» (7, p. 51). Su questa base è possibile creare «un nuovo mito a due, quello della coppia creativa terapeuta-paziente, edificato appunto proprio dalla relazione e sulla relazione che si è progressivamente sviluppata all'interno del *setting*» (8, p. 21).

### Bibliografia

1. ACCOMAZZO, R., RECROSIO, L. (1990), Il concetto di *setting* in psicoterapia psicoanalitica, *Individual Psychology Dossier, II*, SAIGA, Torino.
2. ADLER, A. (1912), *Über der nervösen Charakter*, tr. it., *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1971.
3. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *La Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1970.
4. BREUER, J., FREUD, S. (1892-1895), *Studi sull'Isteria*, OSF, vol. 1.
5. FASSINO, S. (1996), Deficit, disturbo, creatività: a proposito della psicoterapia della depressione, *Riv. Psicol. Indiv.*, n. 40: 63-74.
6. FEDERN, P. (1952), The Ego as Subject and Object in Narcissism, tr. it. L'Io come soggetto e oggetto nel Narcisismo, in *Psicosi e psicologia dell'Io*, Boringhieri, Torino 1976.
7. FERRERO, A. (2000), L'analisi e la psicoterapia psicodinamica secondo la Psicologia Individuale: spunti per una riflessione, *Riv. Psicol. Indiv.*, 48: 41-54.

8. FERRIGNO, G. (2001), L'analisi e la psicoterapia psicodinamica secondo il modello adleriano, *Riv. Psicol. Indiv.*, 49: 15-27.
9. FERRIGNO, G. (2005), Il "piano di vita", i processi selettivi dello "stile di vita" e la comunicazione intenzionale implicita della "coppia terapeutica creativa": dalla teoria alla "clinica", *Riv. Psicol. Indiv.*, 58: 59-97.
10. FERRIGNO, G. (2008), La relazione empatica adleriana e la ricomposizione dell'interindividualità, *Riv. Psicol. Indiv.*, 63: 3-13.
11. FONAGY, P., STEELE, H., TARGET, M. (1997), *Reflecting Functioning Manual*, versione 4.1 *For Application to the Adult Attachment Interviews*, unpublished manuscript.
12. GABBARD, G. O., LESTER, E. P. (1995), *Boundaries and Boundary Violations in Psychoanalysis*, tr. it. *Violazioni del setting*, Cortina, Milano 1999.
13. GALIMBERTI, U. (2004), *Le cose dell'amore*, Feltrinelli, Milano.
14. GULOTTA, G., DEL CASTELLO, E. (1988), *Psicologia della psicoterapia*, Bollati Boringhieri, Torino 1998.
15. HOROWITZ, L. ET AL. (1996), *Borderline Personality Disorder Tailoring the Psychotherapy to the Patient*, tr. it. *Psicoterapia su misura. Pazienti borderline e patologie mentali gravi*, Raffaello Cortina, Milano 1998.
16. KOHUT, H. (1984), *How does Analysis cure?*, tr. it. *La cura psicoanalitica*, Bollati Boringhieri, Torino 1986.
17. KRUTTKE RÜUPING, M. (1990), Transfert, controtransfert e resistenza, *Individual Psychology Dossier – II*, SAIGA: 78-100.
18. PAGANI, P. L., FERRIGNO, G. (1999), Transfert e controtransfert nel *setting* adleriano, *Riv. Psicol. Indiv.*, 46: 27-41.
19. ROVERA, G. G. (1990), Aspetti analitici della regressione, *Individual Psychology Dossier – II*, SAIGA: 61-75.
20. ROVERA, G. G. (2004), Iatrogenia e malpratica in psicoterapia, *Riv. Psicol. Indiv.*, 55: 7-50.

Tiziana Levy  
Via Guala, 121  
10135 Torino  
E-mail: tiziana.levy@libero.it