

## **Il lavoro sulle finzioni in psicoterapia: significato del setting**

ANDREA FERRERO

*Summary* – WORKING ON FICTIONS IN PSYCHOTHERAPY: THE MEANING OF SETTING. Detecting patient's apperception scheme is a specific aspect of empathic comprehension, while the therapist is involved to receive patient's communication and to differentiate the significance of his emotions, thoughts and symbols. According to IP, the concept of apperception schemes relates to the concept of fiction. Adler states that fictions are cognitive figures as well as symbolic memory images, for the most part unconscious. During the sessions, a particular attention is paid to the patient's apperception schemes with respect to transference, that is all the patient lives and associates in a fictional way to the therapist, though deriving from a former object relation. Furthermore, also symptoms and some pathogenic factors of psychiatric disorders could be considered as fictional. More in detail, the whole adaptation and defence mechanisms of the individual are mainly symbolic, while proceeding from the past and becoming oriented towards the future. According to Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (APP), psychotherapeutic setting is described as a settled framework devoted to detect and change some dysfunctional fictions of the patient during the psychotherapy.

*Keywords:* FICTIONS, APPERCEPTION SCHEME, SETTING

### *I. Tra normalità e patologia: la comprensione dello schema appercettivo*

Secondo Adler lo psicoterapeuta, per curare i suoi pazienti, deve avere la possibilità di vedere con gli occhi ed ascoltare con le orecchie dei suoi pazienti, avvalendosi del loro contributo per giungere ad una comprensione comune. Questa attitudine si traduce [17] nella capacità di identificazione precoce, accettazione e conseguente interpretazione dello schema appercettivo [4] e dello stile di vita del paziente.

Per schema appercettivo si intende l'opinione dell'individuo, in parte conscia ma per la maggior parte inconscia, circa se stessi e il mondo, costituita dall'insieme delle immagini simboliche ricorrenti e degli schemi cognitivi caratteristici che l'individuo utilizza nella vita e nelle relazioni interpersonali. La consapevolezza

di questi aspetti, attraverso una significativa esperienza di appartenenza e cooperazione durante il trattamento, permette l'identificazione, in via secondaria, di quei fattori che limitano o bloccano la capacità del soggetto di muoversi verso un migliore funzionamento.

Nella formalizzazione dei processi psicoterapeutici secondo la *Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (APP)* [21], la decodificazione dello schema appercettivo del paziente costituisce un aspetto tecnico specifico della comprensione empatica del terapeuta [13, 34]: corrisponde all'intenzione di ricevere la comunicazione di un'altra persona e di evidenziare gli aspetti significativi che sono contenuti nelle sue emozioni, nelle sue parole e nei suoi simboli.

L'esplorazione dello *schema appercettivo* del paziente prevede da parte del terapeuta, sotto il profilo dell'interazione [15]: la capacità di tollerare stati di tensione, sentimenti arcaici e penosi ed una condizione eventuale di non conoscenza, cioè di confusione ed incertezza; la possibilità di attivare meccanismi di proiezione e di identificazione, mantenendo peraltro un distacco intellettuale ottimale; la presenza, infine, di una funzione integrante e l'abilità conseguente di combinare insieme molte modalità di comunicazione.

Sotto il profilo della comprensione, è invece contraddistinta [15]: dalle capacità del terapeuta di inferenza empatica, ovvero di ripercorrere la strada del racconto del paziente per coglierne i pensieri e le valutazioni implicite [4, 6] e dalle capacità di riconoscimento empatico, ovvero di individuare sentimenti, percezioni comunicati in forma simbolica.

Il terapeuta potrà evidenziare almeno alcune attitudini regressive o proiettuali che il paziente non sa cogliere e collegare tra loro [18]. In particolare, la comprensione del significato, delle cause e dei meccanismi della sofferenza psichica è complementare all'individuazione dei fattori di protezione dalla patologia e delle risorse positive di compensazione che il paziente mantiene o può sviluppare rispetto alla condizione patogena.

Ne consegue la possibilità di formulare ipotesi sul significato (anche prospettico) della crisi e della richiesta d'aiuto che non siano generiche, ma il più possibile dettagliate e individualizzate.

Peraltro, non tutti gli aspetti della vita psichica del paziente sono esprimibili, rievocabili, deducibili: le rappresentazioni non sono oggetti immagazzinati nella memoria, ma connessioni tra unità mentali (idee, ricordi, sensazioni, emozioni) [24].

## II. *Schema appercettivo e finzioni*

Lo schema appercettivo del paziente corrisponde quindi non solo a schemi cognitivi, ma anche a “schemi emozionali” [12]. Possiede, nel contempo: un significato pre-simbolico inconscio senza storia, un significato simbolico inconscio con storia, un significato simbolico conscio con storia, un significato segnico con storia.

Per la *Psicologia Individuale* non vi è una rigida contrapposizione tra conscio ed inconscio dal momento che sono entrambi parte dello *Stile di Vita* dell'individuo [34]: i segni e i simboli compongono il linguaggio della narrazione che serve al paziente per avere esperienza della realtà e costituisce la trama di quanto si dice in seduta.

Il terapeuta tiene innanzitutto conto degli aspetti consci dello schema appercettivo del paziente, ma è consapevole che una gran parte della vita mentale è inconscia, come è confermato anche dalla psicologia sperimentale. Entrambi gli aspetti, quelli consci come quelli inconsci, hanno origine sia nel temperamento che nel carattere.

I significati simbolici inconsci contengono sia l'autoinganno del soggetto, che accoglie in modo unilaterale ciò che si armonizza con il proprio stile di vita, sia il correttivo delle tendenze sclerotizzate della coscienza. Adler sostiene che il lavoro psicoterapeutico su questi aspetti permette di accedere ai collegamenti soggettivi più profondi che il paziente vuole assegnare alle proprie esperienze passate in funzione dello stato d'animo del presente e di ciò che si aspetta dal futuro.

Le espressioni simboliche descrivono, pertanto, dinamiche intrapsichiche [18] ma hanno anche un significato relazionale e si riferiscono ad un insieme di valori sociali, dal momento che l'esperienza dell'individuo avviene all'interno di un ambiente dotato di preesistenti riferimenti culturali e normativi [34].

Lo schema appercettivo contiene, infine, aspetti inconsci pre-simbolici, radicati in esperienze agite all'interno di relazioni anche precoci, a matrice sensoriale ed emozionale, immuni da cognizione auto-riflessiva e da conflitto interno e quindi indisponibili ad essere elaborate sino a quando non sono accessibili al pensiero e al linguaggio per via relazionale.

Questi aspetti del vissuto vengono oggi concettualizzati, con il supporto di recentissimi studi neurobiologici, nei termini di “conoscenza corporea”, a conferma delle originarie intuizioni di Adler sui rapporti tra mente e corpo [1]. Sarebbero la spontaneità e la disponibilità (auto-svelamento) del terapeuta a facilitare,

durante la psicoterapia, la simbolizzazione linguistica di queste esperienze sub-simboliche dissociate, che per lo più vengono agite durante le sedute.

In *Psicologia Individuale*, il concetto di *schema appercettivo* è correlato al concetto di *finzione*. Le finzioni corrispondono, per Adler, sia a schemi cognitivi sia a “immagini-ricordo” dotate di significato simbolico, prevalentemente inconscie [2, 6]. In sintesi, ogni processo psicologico è radicato in una serie di precursori e deriva pertanto da un processo psicologico precedente (“causa finalis” o causalità figurativa secondo Jaspers) [27], ma, nel contempo, l’esperienza passata costituisce la guida per preparare il futuro e le finzioni sono rappresentazioni aperte verso il polo progettuale dell’individuo, animate da una tensione verso una meta ideale.

Le psicologie dinamiche intendono generalmente per *regressione* un ritorno, a scopo inconsciamente auto-protettivo, verso forme precedenti dello sviluppo del pensiero, delle relazioni emotive, affettive, oggettuali, nonché delle modalità comportamentali. Per la *Psicologia Individuale* ogni movimento regressivo è legato all’impossibilità di esprimere diversamente alcuni vissuti in base a come si è strutturata precocemente l’esperienza, ma può contenere un germe innovativo (“regressione creativa”) attraverso il re-incontro con ciò che manca, con l’inferiorità e con il *deficit* [33, 35].

Le finzioni conscie ed inconscie si articolano, dunque, in immagini simboliche mobili, che si proiettano cioè verso il passato e verso il futuro. Esse si riproducono nelle varianti o diverse dimensioni di una medesima storia: l’universo della ripetizione coincide con quello della variazione [18].

### III. *Gli aspetti relazionali dello schema appercettivo: il transfert*

All’interno della relazione psicoterapeutica, un aspetto particolare dell’attenzione rivolta allo schema appercettivo del paziente è quello della comprensione del *transfert*, ovvero di tutto ciò che il paziente vive e associa in modo finzionale alla persona del terapeuta, anche se deriva dall’esperienza di una precedente relazione oggettuale [37]. Il *transfert*, inteso pertanto non come fenomeno patologico, ma spontaneo ed ubiquitario delle relazioni umane [26], si manifesta come quell’atteggiamento ripetitivo che, in linea con il piano di vita elaborato, il paziente manifestava verso le persone del proprio ambiente passato, in special modo verso i componenti della propria famiglia [3, 23].

Sotto il profilo relazionale, corrisponde, quindi, all’utilizzo attuale di modalità privilegiate apprese [31]: il modo di interagire col terapeuta fornisce informazioni sulla personalità [11, 36], gli stili di attaccamento ed il funzionamento interpersonale del paziente [11], dal momento che, fin dalla nascita, tutto l’essere del

bambino si sviluppa nel contesto delle esperienze con gli altri [10, 17]. Nello stesso tempo, sotto il profilo intrapsichico, il *transfert* esprime precoci “moduli di legame” [17, 20] interiorizzati, ovvero permette di comprendere in che modo queste relazioni significative sono state inconsciamente registrate all’interno dell’individuo e strutturano la psiche [31, 38].

Alcune ricerche effettuate mediante l’identificazione in seduta del *CCRT* (*Core Conflictual Relationship Theme*) [29] hanno prodotto iniziali evidenze empiriche del fenomeno del *transfert* [8]. Le tematiche affettive e parentali comparirebbero più precocemente, anche se non necessariamente si riattiverebbero col terapeuta le modalità relazionali più importanti [8].

Bisogna, infatti, considerare che le caratteristiche reali del terapeuta contribuiscono alla natura del *transfert* [23]; contano inoltre le aspettative del paziente: di poter inconsciamente testare le proprie credenze patogene e i propri *patterns* maladattivi all’interno della relazione terapeutica, oppure di poter essere risanato dalla presenza di un terapeuta attento, oggettivo, interessato e talora illuminante nei suoi tentativi di comprensione.

Analogamente, si attivano in seduta il *transfert* del terapeuta, correlato al suo mondo finzionale ed alla qualità delle esperienze relazionali introiettate, e il *controtransfert* in senso stretto, come insieme delle associazioni simboliche non solo nei confronti della persona del paziente e della sua organizzazione di personalità [7], ma anche come reazione al processo terapeutico [16].

Le reazioni *transferali* e *controtransferali* del terapeuta correlano in modo significativo con l’esito del trattamento. Nella decodificazione dello schema appercettivo all’interno dell’interazione transferale-controtransferale si verificherebbe [22] un’espansione della realtà psichica attraverso la mentalizzazione o lo sviluppo della funzione riflessiva: si tratta di percepire se stesso nella mente del terapeuta mentre si sviluppa più distintamente la sensazione della sua separatezza soggettiva.

In questo processo, l’unicità del paziente richiede al terapeuta una costante inventiva, nel senso che la creatività configura [15] uno stato soggettivo di ricerca delle somiglianze tra le esperienze, che è l’esito del confronto tra l’onnipotenza individuale e l’interiorizzazione delle richieste esterne, di natura relazionale e sociale.

#### IV. *La comprensione dei meccanismi psicopatologici del paziente*

In accordo con le altre scuole psicomodinamiche di psicologia clinica, i sintomi psichiatrici sono concepiti dall’*APP* come l’espressione simbolica di un disagio

originario di cui l'individuo non è consapevole. Ogni sintomo, mentale o somatico, deriva dalla reazione dell'individuo ad un ostacolo che non ha la capacità di affrontare e superare in modo adeguato, in relazione al proprio sentimento di inferiorità. Nel senso originario proposto da Adler, quindi, anche l'espressività clinica e i fattori che concorrono alla genesi del disturbo possiedono una valenza finzionale.

Il terapeuta considera, dunque, aree dell'inconscio psicodinamico che costituiscono il fondamento della struttura psichica e risultano clinicamente rilevanti ed operanti, anche quando non ne fa esplicitamente oggetto del proprio lavoro durante il trattamento.

A livello psicopatologico, l'*APP* [17, 21] distingue vari fattori di rilevanza eziopatogenetica del disturbo, valutando di volta in volta il ruolo svolto da diversi fattori: (a1) la vulnerabilità biologica, ovvero le alterate modalità di processamento delle funzioni cerebrali; (a2) la vulnerabilità psicosociale, ovvero le esperienze precoci difettali o conflittuali vissute dal soggetto; (b) l'incidenza di *life-events* significativi; (c) la qualità della risposta individuale alla *noxa* patogena, descrivibile in termini di meccanismi di difesa, di *coping* e di compensazione (organizzazione dinamica della personalità).

La vulnerabilità individuale complessiva, in termini biopsicosociali [16], può dunque essere definita come un difetto/distorsione dell'esperienza che contribuisce alla definizione di alcune caratteristiche della personalità [18]: (a) la stabilità o instabilità dell'immagine di sé e dell'identità [28] e, corrispondentemente, dell'immagine degli altri [9]; (b) la presenza di bisogni e motivazioni psicologiche prevalenti, legata ad angosce non risolte [32].

Anche gli eventi scatenanti che precipitano il quadro clinico in un dato momento dell'esistenza dell'individuo posseggono aspetti finzionali, perché la loro gravità non è solo legata all'oggettivo impatto esistenziale (come avviene nelle sindromi post-traumatiche), ma al loro significato simbolico ed al fatto che impongono spazio all'interno di strutture mentali preesistenti, turbandone realmente e/o simbolicamente la continuità e la coerenza.

L'organizzazione dinamica della personalità è intesa, invece, come l'insieme specifico dei meccanismi di compensazione dell'individuo, con cui il paziente fronteggia e si adatta alle *noxae* patogene e, più in generale, all'esperienza di sé e del mondo circostante. I meccanismi di compensazione, che rappresentano un aspetto specifico degli strumenti finzionali dell'individuo, nascono anch'essi dall'esperienza passata, vengono attivati al presente e sono contemporaneamente orientati al futuro e alla progettazione dell'esistenza.

Più in dettaglio si distinguono, all'interno dei meccanismi di compensazione [3, 5, 18, 34]: (a) i meccanismi di difesa (simbolici ed inconsci); (b) gli schemi di adattamento (segnici e consci); (c) le possibilità creative (simboliche e segniche, conscie ed inconscie). Il loro significato, però, non deve essere considerato separatamente, ma acquista specificità all'interno di una costellazione complessiva, che è tipica dello *Stile di Vita* dell'individuo.

In particolare, i meccanismi difesa, che riconoscono il loro substrato fisiologico in collegamenti funzionali che integrano l'attività neuronale attraverso diverse regioni cerebrali, sono tendenzialmente stabili [14] e si collocano in una gerarchia di funzionamenti più o meno adattivi. Il paziente, in ogni momento, utilizza inconsciamente o in modo consapevole le risorse più collaudate per mantenere inalterato lo *status quo* del proprio assetto psichico [23], anche se si rivelano disadattive o inefficaci. L'utilizzo, durante la terapia, di difese più adattive può essere un elemento predittivo del cambiamento dei sintomi.

Sotto il profilo clinico, l'*APP* fa riferimento [17, 21, 28] a tre principali strutture patologiche di personalità: l'organizzazione psicotica di personalità (*PPO*), l'organizzazione borderline di personalità (*BPO*) e l'organizzazione nevrotica di personalità (*NPO*).

Distingue inoltre, al loro interno, sei differenti livelli di funzionamento (*Personality Functioning Levels – PFL*) utili per differenziare la strategia psicoterapeutica [21].

#### V. Significato generale del setting

Nella storia della psicoanalisi e della psicoterapia psicodinamica è stata posta molta attenzione sulla configurazione del *setting* entro cui si svolge il trattamento.

In ogni variante tecnica della psicoterapia, infatti, il limite coincide con la forma: senza un *setting* definito e coerente non c'è possibilità di scegliere e realizzare un progetto psicoterapeutico. Il *setting* costituisce la cornice, lo scenario che rende possibile un'opera non ancora realizzata, un dato di realtà convenzionale per dare risalto alle finzioni.

Gli aspetti finzionali che concorrono alla patologia da curare posseggono un significato contemporaneamente intrapsichico e relazionale. Indipendentemente dalla strategia che il terapeuta intende adottare, il *setting* non deve essere definito privilegiando né il primo né il secondo, rischio che si intravede, in modi talora opposti, sia nelle impostazioni originarie di Freud che in quelle di Adler. Una

dissezione artificiosa delle finzioni del paziente, considerandole in prevalenza come modalità di comunicazione interpersonale oppure come strumenti di regolazione di dinamiche interiori, può impoverirne o travisarne la fecondità semantica. Ne consegue che le funzioni principali che l'organizzazione formale del trattamento deve garantire sono due [19]: 1) modulare in modo corretto la distanza relazionale; 2) quando è necessario, fare emergere le espressioni simboliche dell'inconscio, che costituisce il significato specifico del *setting* in funzione del lavoro sulle finzioni.

Per quanto riguarda gli aspetti relazionali, si considera [21, 25] che il *setting*:

- organizza e rende prevedibile l'ambiente, la persona, i luoghi e i tempi;
- aiuta a prestare attenzione alla realtà e alle regole della comunicazione;
- propone un modello identificatorio di cooperazione;
- promuove tolleranza e costanza della relazione, permette di modulare la distanza col terapeuta tra abbandono e invasività;
- costituisce uno spazio di libertà per l'intimità del paziente;
- permette la costruzione dell'Alleanza Terapeutica: a questo proposito si può anche dire che non c'è alleanza possibile senza una certa dose di astinenza.

Per quanto riguarda il lavoro sulle finzioni, si considera [21, 25] che il *setting*:

- promuove lo sviluppo di potenzialità specifiche di ogni trattamento;
- permette l'emergenza di materiale pre-simbolico agito all'interno della relazione (*enactments*);
- promuove occasioni di mentalizzazione e disincentiva gli *acting-out*;
- costituisce lo sfondo invariante su cui emergono le fluttuazioni dei significati simbolici dell'identità e dei conflitti, del comportamento, dei sentimenti e delle relazioni, dei progetti;
- in particolare, fornisce parametri di lavoro per l'elaborazione delle difese, delle resistenze e del *transfert*.

A partire dall'esperienza analitica, la definizione delle modalità degli incontri secondo parametri di spazio e di tempo stabiliti si è rivelata storicamente funzionale per perseguire questi obiettivi.

Inoltre, la non commistione della vita dell'analista con quella dell'analizzando si è progressivamente rivelata essenziale per garantire un aspetto di intimità che non comporti conseguenze esistenziali coattive e che non invalidi qualunque obiettivo di lavoro. L'astinenza dagli agiti e l'asimmetricità del rapporto (il paziente espone direttamente il proprio vissuto, l'analista esplicita raramente se stesso, se non in via indiretta) costituiscono dei limiti alla relazione ma, come tutti i limiti, prospettano delle potenzialità.



## VI. Il setting della APP

Nella APP, pertanto, la sede, la frequenza e la durata degli incontri, così come la possibilità di rivolgersi al terapeuta al di là dei momenti stabiliti (ad esempio, in caso di urgenza emotiva, comportamentale o sintomatologica) non distinguono, di per sé, né il *setting* dell'analisi rispetto a quello della psicoterapia, né la formalizzazione dei trattamenti più conservativi o supportivi rispetto a quelli che si ripropongono modificazioni più ampie della struttura di personalità.

Se da un lato, infatti, un *setting* rigoroso è funzionale al lavoro intensivo sul *transfert* che caratterizza l'analisi [19], risulta tanto più necessario in pazienti con disfunzione della struttura primaria del sé [37], o con un'organizzazione borderline di personalità [18], poco capaci di mentalizzare e di riconoscere i significati simbolici della relazione terapeutica rispetto alle valenze reali e concrete del rapporto umano con il terapeuta.

Di regola, pertanto, il *setting* della APP [21] viene stabilito secondo alcuni semplici criteri. La durata del trattamento non è prefissata (*open-ended treatment*). Di norma il trattamento si conclude quando paziente e terapeuta riconoscono congiuntamente che gli scopi che si erano prefissi sono stati raggiunti, o non sono utilmente perseguibili oltre. Questi criteri di giudizio sull'esito possono riguardare la sintomatologia clinica, altri aspetti psicopatologici del funzionamento del paziente, il benessere e la qualità di vita, la progettualità.

Può succedere che il paziente decida l'interruzione della psicoterapia prima di quanto il terapeuta giudichi opportuno. È bene prevedere fin dall'inizio questa eventualità, concordando che, in ogni caso, il paziente annunci le proprie intenzioni durante una seduta.

Discutere la fine del trattamento di persona con il terapeuta prospetta, per il paziente, due vantaggi supplementari: rivedere, in alcuni casi, la decisione, che può dipendere da resistenze (ad esempio, "fuga nella salute", o "fuga nella malattia"); ricapitolare e non disperdere il senso del lavoro effettuato, ancorché incompleto secondo il giudizio del terapeuta.

In particolare, una buona interruzione, anche se prematura, del trattamento può essere particolarmente importante per i pazienti con disfunzione della struttura primaria del sé e BPO. Il terapeuta, facendo presente le proprie motivazioni per continuare il trattamento, ma considerando il persistente disaccordo del paziente come una decisione definitiva della coppia terapeutica (senza che vi siano, cioè, ripensamenti successivi), offre al paziente una doppia opportunità positiva. Per prima cosa, infatti, evita di gratificare fantasie irrealistiche di gestione onnipotente o impotente della relazione ed inoltre, a partire dalla propria accettazione

del limite e del disaccordo, propone un'opportunità di sperimentazione ed accettazione dell'ambivalenza.

In sintesi, anche il termine della psicoterapia, può essere dunque una fonte di incoraggiamento di aspetti maturativi, che il paziente può eventualmente sviluppare durante un trattamento successivo con un altro terapeuta. La frequenza delle sedute può variare da una a due la settimana. Si ritiene che non siano necessarie frequenze più elevate, se il terapeuta è capace di favorire nel paziente un'attenzione selettiva al significato simbolico dell'esperienza e della sofferenza. Una volta fissata, la frequenza non può variare se non dopo scelta discussa e condivisa tra paziente e terapeuta. Viene stilato un calendario, che indica il giorno e l'ora delle sedute, che può essere modificato solo con l'approvazione di entrambi.

La durata delle sedute non può variare ed è di circa 50 minuti. In caso di assenza, il terapeuta è tenuto a fornire un'alternativa al paziente, se gli è possibile. Se il paziente non si presenta all'appuntamento, sa che la seduta verrà considerata effettuata, salvo comprovati casi di forza maggiore (quando, cioè, il paziente non ha avuto alcuna possibilità di scelta), che verranno discussi alla seduta seguente. Le assenze per ferie sono previste, programmate con anticipo e non vengono computate.

Il rapporto terapeutico col paziente è strettamente limitato al tempo e al luogo delle sedute. In particolare, durante il trattamento, lo psicoterapeuta non interviene per urgenze e non ha rapporti con i familiari, non ha altre forme di collaborazione col paziente, né sotto il profilo clinico (ad esempio non riceve invii di altri pazienti), né sotto il profilo scientifico, né sotto il profilo amicale (ad esempio non sono previsti regali di alcun tipo). L'onorario del terapeuta viene pagato all'inizio dell'ultima seduta di ogni mese. Il paziente è informato dettagliatamente sulle norme del *setting* prima di iniziare il trattamento.

Nei casi in cui il *setting* della APP non sia funzionale ad alcuni aspetti clinici, che possono richiedere flessibilità nella frequenza e nelle modalità degli interventi e disponibilità ad interventi agiti, è necessario che queste funzioni vengano svolte da uno o più colleghi che integrano scopi e funzioni dello psicoterapeuta.

In questi casi, per provvedere al *management* clinico, a tutte le altre forme di trattamento (anche in condizione di ricovero, semi-residenzialità o residenzialità), nonché ad un eventuale supporto per i familiari, conviene progettare, fin dall'inizio, la presenza di un "doppio terapeuta" o, nei casi più complessi, una presa in carico del paziente da parte di un'*équipe* multi-professionale che lavora a fianco di chi svolge la psicoterapia, secondo un "modello di rete" [30].

Solo nel caso in cui l'unico ulteriore intervento da effettuare sia costituito da periodici controlli della terapia farmacologica, lo psicoterapeuta medico può assommare in taluni casi le due funzioni, riservandosi di comprendere ed elaborare col paziente il significato psicologico del farmaco.

## VII. *Brevi considerazioni conclusive*

Proprio per le sue caratteristiche “segniche” (arbitrarie e necessarie), il *setting* permette di lavorare sugli aspetti simbolici consci ed inconsci del paziente, che corrispondono alle sue finzioni in quanto immagini-ricordo. Le finzioni, come abbiamo visto, rappresentano la trama di connessione, sul piano dinamico, dello schema appercettivo del paziente, ovvero delle varie rappresentazioni che il paziente si è formato su di sé e sugli altri.

Aspetti finzionali caratterizzano inoltre la connessione simbolica tra le esperienze attuali e la vita precedente e rendono ragione di come alcune di esse possano fungere da fattore di scampo o di protezione rispetto alla vulnerabilità per una data patologia.

Senza la cornice del *setting*, infine, alcuni aspetti vissuti e agiti nel corpo, pre-simbolici e legati alla memoria implicita, non avrebbero occasione di poter essere mentalizzati come finzioni nella relazione col terapeuta.

Pertanto, le limitazioni alla libertà e alla spontaneità del colloquio che il *setting* impone costituiscono un sacrificio consapevole in funzione di obiettivi precisi e differenziati.

Quanto più la relazione possiede caratteristiche analitiche ovvero, all'opposto, quanto meno il paziente è in grado di pensare invece che di agire, tanto più un *setting* rigoroso e concordato nei dettagli svolge una funzione indispensabile per costruire un intervento che promuova il ben-essere del paziente e non sia al servizio dei bisogni consci o inconsci del terapeuta.

## Bibliografia

1. ADLER, A. (1907), *Studie über Minderwertigkeit von Organen*, Urban & Schwarzenberg, Berlin-Wien.
2. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1971.
3. ADLER, A. (1913), Individualpsychologische Behandlung der Neurosen, in SARASON, D. (a cura di), *Jahreskurse für ärztliche Fortbildung*, Lehmann, München.
4. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *La Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1970.
5. ADLER A.(1935), The Fundamental Views of Individual Psychology, *Int. J. Individ. Psychol.*, 1, 5-8.
6. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
7. BARBER, J. P., STRATT, R., HALPERIN, G., CONNOLLY, M. B. (2001), Supportive Techniques. Are they Found in Different Therapies?, *J. Psychother. Pract. Res.*, 10: 165-172.
8. BERETTA, V., DESPLAND, J. N., DRAPEAU, M., MICHEL, L., KRAMER, U., STIGLER, M., DE ROTEN, Y. (2007), Are Relationship Patterns with Significant Others Reenacted with the Therapist? A Study of Early Transference Reactions, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 195: 443-450.
9. BLATT, S. J., LUYTEN, P. (2009), A Structural-Developmental Psychodynamic Approach to Psychopathology: Two Polarities of Experience Across the Life Span, *Dev. Psychopathol.*, 21: 793-814.
10. BOWLBY, J. (1969-1980), *Attachment and Loss* (Vols. I, II, and III), Hogarth Press, London.
11. BRADLEY, R., HEIM, A. K., WESTEN, D. (2005), Transference Patterns in the Psychotherapy of Personality Disorders: Empirical Investigation, *Br. J. Psychiatry*, 186: 342-349.
12. BUCCI, W. (1997), *Psychoanalysis and Cognitive Science*, The Guilford Press, New York.
13. DATLER, W. (1988), Über den Wunsch nach Veränderung und die Angst vor dem Neuen, *Zeit. f. Individualpsychol.*, 23: 128-141.
14. DRAPEAU, M., DE ROTEN, Y., PERRY, J. C., DESPLAND, J. N. (2003), A Study of Stability and Change in Defensive Mechanisms During a Brief Psychodynamic Investigation, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 19: 496-502.
15. FASSINO, S. (2002), *Verso una nuova identità dello psichiatra*, CSE, Torino.
16. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., LEOMBRUNI, P. (2007), *Manuale di psichiatria biopsicosociale*. CSE, Torino.
17. FASSINO, S., AMIANTO, F., FERRERO, A. (2008), Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy: Theoretical Issues and Process Indicators, *Pan. Min. Med.*, 50: 1-11.
18. FERRERO, A. (1995), *Insula dulcamara. Studi di psicologia e psichiatria dinamica*. CSE, Torino.
19. FERRERO, A. (2000), L'analisi e la psicoterapia psicodinamica secondo la Psicologia Individuale: spunti per una discussione. *Riv. Psicol. Indiv.*, 48: 41-54.
20. FERRERO, A. (2004), Moduli di legame e qualità della relazione terapeutica, in

- ROVERA, G. G., DELSEDEME, N., FASSINO, S., PONZIANI, U. (a cura di), *La ricerca in Psicologia Individuale. Contributi teorici, metodologici e pratici*, CSE, Torino.
21. FERRERO, A. (2009), *Psicoterapia Psicodinamica Adleriana (APP): un trattamento possibile nei Dipartimenti di Salute Mentale*, Centro Studi e Ricerche in Psichiatria Ed., Torino
22. FONAGY, P., TARGET, M. (1996), *Attaccamento e funzione riflessiva*, Raffaello Cortina, Milano 2001.
23. GABBARD, G. O. (2000), *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, American Psychiatric Press, Washington.
24. GABBARD, G. O. (2004), *Long Term Psychodynamic Psychotherapy*, American Psychiatric Publishing, Washington.
25. GUNDERSON, J. G. (1984), *Borderline Personality Disorder. A Clinical Guide*, tr. it. *La personalità borderline. Una guida clinica*, Raffaello Cortina, Milano 2003.
26. HOBSON, R. P., KAPUR, R. (2005), Working in the Transference: Clinical and Research Perspectives. *Psychol. Psychother.*, 78: 275-293.
27. JASPERS, K. (1959), *Psicopatologia generale*, VII ediz., Il Pensiero Scientifico, Roma 1964.
28. KERNBERG, P. F. (1994), Mechanisms of Defence: Development and Research Perspectives, *Bulletin of Menninger Clinic*, 58: 55-87.
29. LUBORSKY, L. (1990), *Understanding Transference*, tr. it. *Capire il transfert*, Raffaello Cortina, Milano 1992.
30. MAZZONE, M., SAGLIO, G. (1999), Psichiatria nel territorio: intervento "a rete" secondo le linee individualpsicologiche, in ROVERA, G. G. (a cura di, 1999), *Tradizione e cambiamento. Prospettive in Psicologia Individuale*, CSE, Torino.
31. MITCHELL, S. A., BLACK, M. J. (1995), *Freud and Beyond. A History of Modern Psychoanalysis*, Basic Books, New York.
32. ROVERA, G. G. (1982), Transmotivazione: proposta per una strategia dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 28-50.
33. ROVERA, G. G. (1990), Aspetti analitici della regressione, *Indiv. Psychol. Dossier II*, SAIGA, Torino.
34. ROVERA, G. G. (1992), La Psicologia Individuale, in PANCHERI, P., CASSANO, G. B. (a cura di), *Trattato italiano di Psichiatria*, Masson, Milano.
35. SEIDEL, V. (1985), Regression als therapeutisches Agens im der individualpsychologische Therapie, *Beitr. z. Individualpsychol.*, 6: 90- 99.
36. SUGARMAN, A. (2006), Mentalization, Insightfulness and Therapeutic Action. The Importance of Mental Organization, *Int. J. Psychoanal.*, 87: 965-987.
37. TENBRINK, D. (1998), Betrachtungen zum Spannungsfeld zwischen individualpsychologischer Identität und psychoanalytischen Selbstverständnis in der Individualpsychologie, *Zeit. f. Individualpsychol.*, 23: 95-115.
38. YEOMANS, F., DELANEY, J. C., RENAUD, A. (2007), Transference Focused Psychotherapy, *Sante Ment Que.*, 32: 17-34.

Andrea Ferrero  
Via Sommacampagna, 6  
I-10131 Torino  
E-mail: andfer52@hotmail.com