

La pandemia con Alice: l'analisi di transfert positivo

CHIARA MARIA MAZZARINO

Summary – THE PANDEMIC WITH ALICE: A CASE OF POSITIVE TRANSFERENCE ANALYSIS. This paper aims to describe a case of an Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (APP) during the pandemic. The story of Alice and her psychological suffering aggravated by the current health emergency, allows some reflections on the nature of the analytical work and its implications. The following items will be described: the diagnostic evaluation (according to PFL-Psychopathological Functioning Levels), the treatment, the implications of pandemic on the therapeutic path and the transference analysis as a way to encourage a new emotional and relational experience for the patient.

Keywords: PANDEMIA, PSICOTERAPIA PSICODINAMICA ADLERIANA (APP), LIVELLI DI FUNZIONAMENTO PSICOPATOLOGICO (PFL), ANALISI DI TRANSFERT, PROCESSO DI INCORAGGIAMENTO

La storia di Alice mi permette di fare alcune riflessioni sull'esperienza analitica durante la pandemia. Lavorare con lei in questo momento storico mi ha portata ad ascoltarla e a riflettere sul lavoro psicoterapeutico come possibilità per la paziente di sperimentare un'esperienza emotivo-correttiva di incontro incoraggiante con il deficit [2], attraverso la costruzione di un nuovo legame di attaccamento sicuro con l'analista [8].

I. Introduzione

Alice ha 42 anni, è educatrice professionale e lavora in una comunità terapeutica psichiatrica. Parallelamente al lavoro, che le assorbe gran parte del tempo imponendole turni pesanti e faticosi, nei weekend si prende cura dell'anziana zia malata di Alzheimer. Naturalmente portata a prestare aiuto, Alice conduce una vita molto modesta e umile, connotata da un forte bisogno di prendersi cura dell'altro e di proteggerlo.

Fino ai 30 anni, Alice ha vissuto con la mamma e le due sorelle, la maggiore di 46 anni e la minore di 39, che ha lasciato quando ha iniziato la convivenza con il suo primo fidanzato, finita per volere di lui dopo 6 anni.

Quando Alice aveva 15 anni il papà muore a causa di un incidente stradale, evento che apparentemente non sembra aver inciso in modo significativo sulla vita della fami-

glia: molto assente per motivi di lavoro al quale ha dedicato la sua vita, il padre viene descritto come un uomo rude, aggressivo, di poche parole e violento (fisicamente nei confronti della moglie, verbalmente anche con le figlie) di fronte a queste aggressioni la madre non ha mai reagito, mantenendo sempre una posizione impotente e passiva, di triste rassegnazione e incline alla colpa per non essere riuscita a evitarle. “Magari papà ha ragione, sono io che sbaglio, portate pazienza” diceva la madre alle tre figlie esortandole, a non reagire per proteggerla. Il timore della madre è sempre stato quello di essere lasciata dal marito dal quale dipendeva anche economicamente.

Per arginare la figura paterna così invadente ed esplosiva, le quattro donne si sono unite facendo fronte comune, proteggendosi a vicenda e cercando di evitare il più possibile il conflitto: è così che Alice ha imparato a essere composta, discreta, accondiscendente, delicata e dedita alla protezione e alla cura degli altri. La rimozione della rabbia, l’evitamento del conflitto e il senso di colpa sono i tratti distintivi delle donne della sua famiglia. Il clima che Alice ha respirato in casa è stato intriso di una tensione latente che sfogava in varie somatizzazioni, principalmente dermatologiche, che quando usciva di casa sembravano attenuarsi fino a scomparire.

Il contatto con le emozioni è sempre stato motivo di disagio per lei e questo ha reso necessario un funzionamento molto pragmatico, concreto e razionale.

Introversa, altruista e umile, Alice intrattiene poche relazioni amicali nelle quali si tiene sempre un po’ in disparte, privilegiando l’ascolto anziché l’assunzione di un ruolo attivo e protagonista all’interno delle relazioni.

Del rapporto con il suo primo e unico fidanzato Alice descrive una sensazione costante di sopraffazione e di invasione da parte di lui che, seppur diverso dal padre, era molto sicuro di sé, determinato e arrogante. Giudicata da lui come debole, Alice si è sempre sentita inadeguata e incapace di difendersi, il che la portava a subire la maggior parte delle decisioni che riguardavano la vita di coppia. Finita la relazione Alice non è più riuscita ad avvicinarsi a nessun uomo.

Cresciuta in un clima familiare poco affettivo e incoraggiante, sviluppa un’insicurezza profonda che non le permette di confrontarsi con il mondo “ad armi pari” e che mina qualsiasi sua decisione. Padre assente, aggressivo e violento, madre emotivamente fragile e passiva: da qui l’impotenza e il senso di colpa provato da Alice che non riesce a perdonarsi di desiderare di essere diversa dalla mamma, affermandosi professionalmente e di costruirsi una relazione affettiva che auspica possa essere diversa da quella dei suoi genitori.

La scelta professionale di Alice ha valorizzato il suo funzionamento “asciutto” e pragmatico, facendo leva sui meccanismi difensivi da lei utilizzati. La presa in carico della sofferenza dell’altro ha enfatizzato l’abnegazione di sé a favore della massima attenzione rivolta all’altro: prendersi cura degli altri è il modo in cui Alice ha impa-

rato a sanare il vissuto di impotenza e a rendere il controllo il tratto distintivo del suo funzionamento psichico. La vita in comunità, la porta ad attivarsi velocemente sul piano concreto e a mettersi completamente al servizio dell'altro può così rinforzare l'immagine di donna rendendola umile, buona e giusta.

Molto attenta e scrupolosa, Alice si preoccupa di fare bene il suo lavoro vivendo, in modo molto ansioso la possibilità di commettere errori. Fare del male al prossimo, danneggiarlo o non poter fare niente per alleviare la sofferenza altrui è un vissuto molto disturbante per lei. L'assistenza, la disponibilità e la cura permettono ad Alice di capovolgere la rabbia, l'impotenza e la colpa sommerse nel suo mondo rimosso.

II. Inquadramento diagnostico

Alice presenta un Disturbo d'Ansia generalizzato con tratti ossessivi e somatizzazioni (con una Fobia Specifica comparsa con la pandemia da Covid-19) su un'organizzazione nevrotica di personalità: utilizza, infatti, difese evolute per far fronte al suo nucleo patogeno (rimozione, isolamento, formazione reattiva, razionalizzazione) e la sua identità è stabile e coesa. Emotivamente coartata, Alice è poco a suo agio a contatto con le emozioni dalle quali fugge sbilanciandosi su un pensiero il più possibile "asciutto", razionale e pragmatico.

In accordo con i Livelli di Funzionamento Psicopatologico (PFL) [4] il funzionamento di Alice può essere così descritto:

- IDENTITÀ:

- ▶ IDi-6: *"Quando il soggetto si confronta con aspetti divergenti di sé, tende prioritariamente a non interrogarsi su come si sente (e/o) a svalutarsi (e/o) ad auto-affermarsi"*;

- ▶ IDe-6: *"Quando il soggetto si confronta con aspetti divergenti delle relazioni con gli altri, sente il bisogno di evitare il confronto (e/o) di cercare accettazione (e/o) di svalutare gli altri"*.

- COMPRESIONE:

- ▶ Coi-6: *"Se insorgono difficoltà rispetto ai propri progetti, il soggetto ne sminuisce l'importanza (e/o) privilegia la ricerca del piacere o del predominio rispetto ad altri obiettivi (e/o) rinuncia a modificarli"*;

- ▶ COe-6: *"Se insorgono difficoltà rispetto ai propri progetti, il soggetto tende a rinunciarvi (e/o) privilegia l'approvazione rispetto a perseguire altri obiettivi (e/o) sopravvaluta o sottovaluta le condizioni di contesto"*.

- EMOZIONI NEGATIVE:

- ▶ EMi-6: *"Di fronte all'eccessivo coinvolgimento in talune situazioni esistenziali, il soggetto non sa ridurre l'ansia (e/o) rimuove o reprime la rabbia (e/o) è insicuro di sé"*;

▶ EMe-6: *“Di fronte all’eccessivo coinvolgimento in talune situazioni esistenziali, il soggetto non sa ridurre l’ansia (e/o) rimuove o reprime la rabbia (e/o) è insicuro degli altri”.*

• AZIONE-REGOLAZIONE:

▶ ARi-6: *“Il soggetto persegue i propri intenti realistici in modo eccessivamente ridotto e assume comportamenti evitanti (e/o) troppo rassegnati (e/o) troppo preoccupati”;*

▶ ARE-6: *“Le discrepanze tra propositi soggettivi e richieste ambientali producono comportamenti rinunciatari (e/o) troppo passivi (e/o) troppo preoccupati”.*

• RELAZIONI SOCIALI:

▶ SOi-6: *“Nell’instaurare o continuare relazioni significative, il soggetto mostra, in qualche ambito, un’eccessiva tendenza all’evitamento (e/o) al pessimismo (e/o) ad un’eccessiva tensione (e/o) passività;*

▶ SOe-6: *“Il soggetto si prospetta relazioni significative ma, in caso di difficoltà, mostra un’eccessivo aumento del timore di promuoverle (e/o) della preoccupazione di come possano procedere (e/o) della tendenza ad adeguarsi agli altri”.*

• ALLEANZA TERAPEUTICA:

T-CO: RELAZIONE TERAPEUTICA DIALOGICA COOPERATIVA.

“Si tratta di una relazione tra due persone distinte e cooperanti nella concordia e nel confronto. Come si manifesta: la relazione dialogica è sufficientemente paritaria, pur nelle diversità, e il paziente è disponibile a considerare le posizioni del terapeuta”.

III. Il percorso psicoterapeutico

Seguo privatamente Alice da tre anni in un percorso di Psicoterapia Psicodinamica Adleriana (Adlerian Psychodynamic Psychotherapy- APP) open-ended [3]. Il setting strutturato (50 minuti a cadenza settimanale) è necessariamente flessibile a causa del suo impegno lavorativo distribuito su turni.

La paziente arriva a chiedermi aiuto per una sintomatologia ansiosa aggravata da un episodio, avvenuto due mesi prima del primo colloquio, in cui la zia di cui si prende cura è stata ricoverata in seguito a una caduta (avvenuta quando Alice era con lei) che le ha procurato la frattura del femore. Il fatto di non essere riuscita a evitare il danno e di non aver potuto fare nulla per risolverlo nell’immediato ha gettato Alice in un vortice di ansia e colpa talmente intenso da sentire il bisogno di chiedere aiuto.

Il lavoro psicoterapeutico si è concentrato nella prima fase sul riconoscimento delle emozioni che Alice evitava. Fermarsi sui fatti e provare a estrapolarne le emozioni e i vissuti sottostanti è stato un lavoro impegnativo al quale si è però lasciata accompagnare con disponibilità e motivazione. È stato possibile lavorare sulla gestione della rabbia e su quanto per lei fosse difficile esprimerla nel confronto con l’altro.

L'insicurezza e la paura di fare del male si sono rivelate al servizio di un'identità buona e umile che, crescendo, Alice ha utilizzato per contrapporsi all'arroganza e alla violenza del padre che per lei, sono sempre state fonti di vergogna. Il modello a cui ha aderito è quello materno, di una donna passiva, discreta e paziente che ha subito il marito da cui non è riuscita a emanciparsi.

Avendo subito la prepotenza del padre da un lato e dall'altro l'impotenza passiva della mamma, Alice è cresciuta cercando di autonomizzarsi sia dalla madre (affermando la propria autonomia economica e riconoscendo i limiti della sua passività), sia dal padre (prendendo le distanze da lui) portando con sé l'umiltà e il senso di colpa su cui ha strutturato il suo Stile di Vita.

Il lavoro sulla rabbia rimossa (anche nei confronti dell'impotenza e passività della madre) che generava l'umiltà e l'altruismo finzionale, sulla sua identificazione con la mamma e sulle implicazioni che il mondo rimosso ha avuto sugli eventi di vita, ha permesso ad Alice di individuarsi, separandosi dai modelli genitoriali dai quali, anche se per opposizione, dipendeva, e di incominciare a riappropriarsi gradualmente della sua voce.

IV. Alice e la pandemia

All'arrivo della pandemia (marzo 2020) Alice ha reagito ritirandosi da ogni forma di attività interpersonale e concentrandosi esclusivamente sul lavoro. Sapendo di svolgere una professione a rischio, ha deciso di chiudersi in casa per evitare di diventare artefice del contagio. La preoccupazione di poter contagiare l'altro è prevalsa sulla paura di contrarre il virus e da subito, quindi, ha deciso di interrompere anche le sedute di psicoterapia rimandando la ripresa a fine emergenza sanitaria.

All'epoca ho deciso di accogliere il suo bisogno di interrompere il nostro lavoro, un po' perché conoscevo l'intensità del suo impegno lavorativo, un po' per comprendere il suo bisogno di proteggermi anche se mi era chiaro che stesse andando incontro a un momento di stress psico-fisico tale da rendere, a maggior ragione, utile un supporto psicologico. Ho mantenuto un contatto saltuario con Alice, ribadendole la mia disponibilità a sentirla in qualunque momento ne avesse bisogno.

Nel mese di Maggio 2020 Alice mi ha chiamata per chiedermi di riprendere le sedute su Skype. Abbiamo incominciato a vederci a distanza, elaborando ciò che aveva vissuto nei mesi precedenti. Nell'estate, complice il miglioramento della situazione sanitaria, abbiamo ripreso le sedute in presenza anche se Alice ha continuato a vivere molto ritirata e non ha più visto nessuno, nemmeno la mamma e le sorelle alle quali ha delegato la cura della zia. A Ottobre 2020, con la ripresa dell'emergenza, Alice mi ha chiesto di tornare a fare le sedute su Skype e la motivazione di questa scelta è stata la paura di essere di nuovo artefice del contagio.

In questo periodo la sintomatologia ansiosa è peggiorata: all'ansia costante si aggiungono stanchezza cronica, umore depresso, insonnia e incubi di morte (altrui), a cui reagisce controllando in modo ossessivo le sue giornate. Tornata dal lavoro si mette a pulire minuziosamente la casa, ripassando più e più volte gli stessi oggetti. La psoriasi (concentrata soprattutto su mani e piedi) è aumentata, complice l'igienizzazione compulsiva delle mani. Non entra mai in casa con i vestiti del lavoro, li lascia sul balcone tutta la notte e poi li lava con detergenti disinfettanti.

Da quando esce dal lavoro a quando ci ritorna ascolta continuamente i notiziari per informarsi sull'andamento della situazione sanitaria: l'unico argomento delle sue conversazioni è il Covid che non lascia spazio a nient'altro.

V. *L'analisi di transfert positivo*

A differenza del primo lockdown, in cui avevo assecondato il bisogno di Alice di proteggermi, questa volta ho deciso di chiederle di continuare a vederci in presenza: l'ho fatto perché mi è evidente che sulla situazione sanitaria attuale, che è un dato di realtà inconfutabile, Alice appoggi la sua tendenza all'isolamento, al ritiro sociale e resistenze preesistenti rispetto all'emergenza da Covid-19.

Inoltre la nuova ondata pandemica è arrivata in un momento in cui stiamo lavorando sulla sua aggressività, sul senso di colpa legato a potenziali errori, sulla difficoltà ad accettare l'impotenza con il conseguente bisogno di controllare in modo molto restrittivo la sua vita. Oscillare tra casa e lavoro limitandosi a questi spostamenti aiuta Alice a controllare l'ansia e a giustificare le sue scelte che ritiene imposte dalla realtà oggettiva.

Questa volta ho quindi sentito che, nel rispetto delle norme di sicurezza, darle la possibilità di stare in relazione correndo il rischio di essere "distruttiva" (untrice) e lavorare sul senso di colpa a questo connesso, possa essere per lei un'occasione relazionale correttiva. Impegnarsi a intrattenere una relazione extra lavorativa che pone al centro se stessa, non come curante ma come destinataria della cura, credo possa essere una sfida preziosa per il suo cambiamento.

La decisione che ho preso, giustificata da un ragionamento clinico che mi convince, ha tuttavia incontrato la mia paura nel continuare a frequentare in presenza una persona che, lavorando in una comunità in cui periodicamente si verificano casi di positività al Covid, è esposta (più di altre) al rischio di contrarre la malattia da cui sto cercando anche io di proteggermi. Su questo aspetto ho riflettuto e per poter lavorare in modo "pulito" con la paziente (cioè libero da mie resistenze) ho dovuto lavorare su me stessa: perché mi è chiaro che, per quanto le teorie e i ragionamenti clinici sui nostri pazienti possano convincerci, se non siamo pronti emotivamente a portare avanti quello in cui crediamo, non riusciamo ad aiutarli.

È stato, quindi, facendo ricorso alla mia possibilità di accettare l'impotenza che qualcosa di negativo potesse succedermi nonostante il mio controllo, assumendomi la responsabilità della scelta e trovando il coraggio per portarla avanti, ho potuto restituire questa mia "soluzione" alla paziente, nella forma di un'esperienza utile ad Alice, che può essere accolta e vissuta nonostante il suo potenziale distruttivo.

Questo il dialogo tra me e Alice quando le ho proposto di continuare a vederci in studio:

T: - "Alice, capisco la Sua paura, è senza dubbio giustificata da ciò che sta succedendo intorno a noi. So che Lei vuole proteggermi e La ringrazio della Sua attenzione. Ma credo che dietro a questo bisogno si annidi la Sua paura di essere distruttiva, quella su cui stiamo lavorando in questi mesi".

A: - "Ma io lo faccio per Lei".

T: - "Sicuramente sento il Suo bisogno di proteggermi. Ma credo che insieme a questo ci possa essere il suo bisogno di evitare la sua potenziale distruttività. Evita di venire qui per non essere artefice del male. E questo non ci dice forse qualcosa di lei, di come funziona anche nella vita fuori da qui?".

A: - "Già, forse mi sto un po' nascondendo dietro al Covid".

T: - "Forse si sta *difendendo*. Si difende difendendo me".

A: - "Ma difendendomi così non vivo più. Non posso andare avanti così. Sono un morto che cammina".

T: - "Per questo, senza nulla togliere alla gravità della situazione contingente, vorrei chiederLe di continuare a vederci in studio".

Alice sospira.

T: - "Faremo di tutto per proteggerci: terremo le finestre aperte, ci manterremo a due metri di distanza, indosseremo le mascherine più protettive che ci siano, igienizzeremo le mani in entrata e in uscita. Ma stiamo qui, insieme. Provi a legittimare anche la sua parte aggressiva/distruttiva qui, con me. Io so che Lei è una persona molto responsabile, non ho dubbi che farà di tutto per non mettermi in pericolo e lo stesso farò io. Facciamo quello che possiamo, poi la vita farà il suo. Ma proviamo a continuare a vivere".

Alice mi guarda in silenzio. Poi, con gli occhi lucidi, mi dice: "non sarà facile ma va bene, ce la posso fare".

VI. *Considerazioni conclusive*

Il caso di Alice mi ha permesso di mettere in luce come il lavoro psicoterapeutico sia innanzitutto una scelta: considerati il momento della terapia e le risorse della paziente ho scelto di utilizzare la relazione terapeutica come occasione per offrire ad Alice la possibilità di vivere un'esperienza nuova e riparativa e di sperimentare una nuova modalità di essere e di "stare con".

Valutata la capacità della paziente di accogliere il lavoro interpretativo e di mettere in discussione il suo funzionamento, in accordo con il modello delle APP [3], in questo momento della terapia ho scelto di lavorare con una strategia relazionale tendenzialmente *intensiva* (con l'utilizzo di strumenti *esplorativi*) con un obiettivo *mutativo*: incoraggiando cioè, attraverso l'*interpretazione* (TI1) e la *confrontazione* (TI2), la sua capacità di elaborare aspetti di sé inconsci, di creare connessioni tra elementi consci e subconsci e andando *contro* le sue difese.

La scelta di chiederle di venire in studio, che di fatto è una *prescrizione* (TI7), pur essendo uno strumento validante ha avuto la funzione di sollecitare l'elaborazione profonda delle difese e di completare l'interpretazione di transfert positivo. Ciò a conferma del fatto che una strategia intensiva può avvalersi anche di strumenti più validanti che possono comunque incoraggiare l'elaborazione profonda del funzionamento del paziente.

Come evidenziato nel lavoro di Levy e Scala [7] l'utilizzo dell'interpretazione di transfert è argomento discusso in letteratura. Questo dibattito non fa che confermare la delicatezza dello strumento interpretativo, specie se di transfert, e ne raccomanda un uso attento: *"la teoria clinica suggerisce che l'interpretazione di transfert sia più efficace quando viene preparata da una serie di interventi preliminari del terapeuta volti a creare un clima che permetta al paziente di accogliere il punto di vista del terapeuta. Questi interventi preliminari sono come «cuscineti» che ammortizzano l'impatto dell'interpretazione"* (7, p. 397).

Secondo Geller [6] il tatto del terapeuta consiste nella sua capacità di dire al paziente cose che non vuole sentire in un modo in cui possa sentirle.

Per questo - afferma Gabbard - *l'interpretazione è un intervento ad alto rischio e ad alto guadagno. Affinché il paziente possa accettare l'interpretazione di transfert è necessario un clima supportivo, empatico e validante: come il chirurgo ha bisogno dell'anestesia per operare così lo psicoterapeuta deve creare un clima accogliente e contenitivo prima di interpretare* (5, p.1668).

L'interpretazione di transfert, che ho vissuto come un momento molto delicato della terapia (a causa del timore che il mio invito a continuare a venire in studio potesse

essere vissuto da Alice come una svalutazione del rischio che lei vive quotidianamente), è stata quindi ponderata e preparata nelle sedute precedenti attraverso la creazione di un clima accogliente, empatico e dialogico. In questo modo sembra che la mia interpretazione abbia potuto svolgere una funzione incoraggiante, in quanto esito di una “posizione incoraggiante di offerta” (3, p. 45) che: a) si discosta da quella sperimentata nel passato dalla paziente (dopo essere stata compresa) proponendosi come modello positivo con cui identificarsi e b) propone una soluzione alternativa a quella della paziente nel “qui e ora” della seduta, attraverso valutazioni esplicite e partecipazione affettiva.

La decisione di andare contro le difese di Alice chiedendole di venire in studio è stata, infatti, il risultato di valutazioni:

- a) dell'assetto personologico e del livello di funzionamento della paziente (diagnosi e comprensione delle difese);
- b) del momento della terapia;
- c) dell'obiettivo della terapia; c) delle condizioni di contesto (la possibilità di proteggersi); d) della confidenza con le mie emozioni;
- d) del riconoscimento delle emozioni della paziente e il loro “monitoraggio” anche nel prosieguo della terapia.

Mi piace pensare che le parole con cui Alice ha accettato la mia proposta (“ce la posso fare”) abbiano proprio dato voce all'incoraggiamento vissuto dalla paziente nel percorso psicoterapeutico in cui sta sperimentando la fiducia necessaria al coraggio che accompagna, a sua volta, la sensazione di poter affrontare il cambiamento.

Concludo con le parole di Carmela Canzano sul coraggio in psicoterapia:

A partire da questa familiarità con il limite, con i vissuti di impotenza, si costruisce un coraggio professionale che diventa strumento nell'incontro con il paziente. [...] Il paziente che ritrova o costruisce un orientamento coraggioso utilizza il suo stile individuale, assorbendo in modo inconscio, misterioso, elementi del coraggio del terapeuta. Il nuovo coraggio avrà una particolare fisionomia, non sarà il coraggio del terapeuta, tradotto nella mente del paziente, né un coraggio standard; risulterà da una contaminazione tra l'inferiorità del paziente che è la base del suo stile, la materia prima della sua energia creativa e il sentimento di valore dell'esistere che si è prodotto nell'incontro terapeutico. Questo ultimo fattore costituisce il risultato più importante della cura d'incoraggiamento: nell'espressione «valer la pena», la pena, la fatica, il dolore, è il costo che siamo disposti ad affrontare se in fondo alla strada ci aspettiamo una gioia, un appagamento. Aver recuperato o conquistato il sentimento che la propria esistenza valga la pena, è coincidente con il ritrovamento o la costruzione del coraggio, e con una rinnovata possibilità di pre-figurarsi una gioia (1, p. 36).

Bibliografia

1. CANZANO, C. (2009), Il limite e il coraggio. Di fronte, accanto, dentro all'inferiorità, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 31-41.
2. FASSINO, S. (1996), Deficit, disturbo, creatività: a proposito della psicoterapia della depressione, *Riv. Psicol. Indiv.*, 40: 63-74.
3. FERRERO, A. (2009), *Psicoterapia Psicodinamica Adleriana (APP). Un trattamento possibile nei dipartimenti di salute mentale*, Centro Studi e Ricerche in Psichiatria, Torino.
4. FERRERO, A. et al. (2016), Psychopathological Functioning Levels (PFLs) and their possible relevance in psychiatric treatments: a qualitative research project, *BMC Psychiatry*, 16: 253.
5. GABBARD, G. O. (2006), When is Transference Work Useful in Dynamic Psychotherapy?, *Am. J. Psychiatry*, 163: 10.
6. GELLER, J. D. (2005), Style and its contribution to a patient-specific model of therapeutic technique, *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 469-482.
7. LEVY, K. N., SCALA, J. W. (2012), Transference, Transference Interpretations, and Transference-Focused Psychotherapies, *Psychotherapy*, Vol. 49, 3, 391-403, American Psychological Association.
8. RAMBAUDI, A., VIGLIANCO, P., SIMONELLI, B. (2011), Finzione e transfert, *Riv. Psicol. Indiv.*, suppl. 69: 240-246.

Chiara Maria Mazzarino
Corso Francia 33
I-10138 Torino
E-mail: chiara.mazzarino@psyppec.it