

GIORGIO MENEGUZ\*

## Trappole del controtransfert

Abstract: Sollecitato dalla rilettura di vecchi appunti, l'autore riflette sul ruolo del proprio controtransfert in merito al fallimento di una psicoterapia condotta diversi decenni orsono con una giovane paziente.

*Keywords: controtransfert; onorario; fallimento terapeutico; borderline; autolesionista*

## Countertransference traps

Abstract: Motivated by the rereading of old notes, the author reflects on the role of his countertransference regarding the failure of a psychotherapy conducted several decades ago with a young patient.

*Keywords: countertransference; fee; therapeutic failure; borderline; self injurer*

\* Psicologo psicoterapeuta

Nonostante le illusioni suscitate dai modelli attuariali di alcuni orientamenti o da certa manualistica tecnica, l'esperienza clinica dimostra che in psicoterapia non è possibile andare oltre l'approssimazione: l'errore è inevitabilmente dietro l'angolo. Tranne gli errori che provocano ferite narcisistiche nei pazienti, nell'arco di una psicoterapia a lungo termine le pecche si possono (talvolta) correggere. E poiché dagli errori (propri e altrui) s'impara, proporrò al lettore una psicoterapia fallita, in cui si evidenziano aspetti del controtransfert come problema. L'avevo condotta mentre muovevo con entusiasmo e incertezza i primi passi nell'ambito del lavoro privato. Descriverò una serie di cantonate tecniche, tra cui l'aver ridotto all'osso il mio onorario senza riflettere sulle conseguenze anti-terapeutiche durante il trattamento di una giovane paziente. Il sistema di pagamento rientrava nella classe delle terapie private con un terzo pagante, il padre della paziente. La questione del "terzo pagante" è molto complessa e meriterebbe approfondimenti specifici, non adatti allo scopo di queste brevi note (vedi Chodoff, 1972; Diatkine, 1992; Cummings, 1995; Pani & Boeris, 1999). Qui è necessario porre l'accento sul fatto che la dipendenza dal capofamiglia si rivela particolarmente problematica, poiché è, come scrive Cremerius (1995), «fissata arbitrariamente, imprevedibile e totale» (p. 104). Ben noti sono i casi di «mogli che usavano la terapia per causare danni al marito, per punirlo, per sottrarglisi, per soddisfare desideri pulsionali e di dipendenza con i suoi soldi. Il fatto fondamentale è semplicemente che ogni terzo assume un ruolo importante nella terapia» (*ibidem*).

Gli appunti da cui traggio il resoconto clinico che segue risalgono a un luglio di trent'anni fa, quando si presenta al primo colloquio una ragazza carina, truccata e vestita con cura. È una giovane donna poco più che ventenne, cresciuta in un ambiente di notevoli ricchezze materiali, in un appartamento "esageratamente" (l'avverbio è della paziente) pulito e ordinato, sposata da un anno con un (ex)tossicodipendente in regime di mantenimento con metadone. Durante il primo colloquio, mi parve di cogliere nella paziente la fusione del senso di sé con la madre "ciclotimica grave" (misteriosamente guarita poco dopo lo stabilizzarsi della patologia della figlia). Sulla fattispecie di quel modello relazionale la paziente aveva improntato il rapporto col marito. Mi è sembrato però di capire, allo stesso tempo, che esprimesse una decisa ambizione a realizzarsi come donna forte e indipendente, aspirazione che, nel suo racconto, si rivelava, a conti fatti, una deprimente velleità. Non aveva amiche, né aveva mai avuto un'amica del cuore. Su nuclei psicotici e perversi della personalità – questo era il mio punto di vista sul suo funzionamento – cercò diversi modi, sempre patologici, sovrapposti e confusi fra loro, di risoluzione del conflitto: bulimia, *vomiting*, gravi comportamenti autolesivi da taglio, abuso di alcolici, psicofarmaci e metadone (che sottraeva al marito

pur mantenendosi estranea al mondo della tossicodipendenza). Costellazioni sintomatiche dolorose di ricerca di un piacere frammisto a sensazioni cariche di eccitazione trasgressiva, che cercò di curare ricorrendo a diverse misure: a) cocktail di psicofarmaci (era seguita da uno psichiatra) assunti a capriccio per quanto riguardava le dosi; b) trattamenti psicoterapeutici, regolarmente interrotti; c) esperienze comunitarie; d) saltuari sorsi di metadone dalle boccette destinate al marito e occasionali sbronze serali solitarie. La particolare potenza dell'invio che la condusse a me offrì alla ragazza un'occasione per un intenso e repentino transfert idealizzato, che avvertii, non saprei dire come, fin dal primo colloquio, carico di distruttività pronta a esplodere. La descrizione delle orge autodistruttive era impressionante. Di tanto in tanto, quando il marito era al lavoro, la paziente organizzava idealmente l'orgia come posseduta dal demone. Fremente dall'eccitazione entrava nel supermercato, acquistava un taglierino nuovo per tagliuzzarsi le braccia, sceglieva una bottiglia di superalcolico di suo gradimento (che avrebbe gettato dopo l'orgia) e sceglieva il cibo per l'abbuffata, un po' lo acquistava e, quel poco che le riusciva arraffare, lo rubava. C'era, nel racconto del rituale, una triste rassegnazione. Chiusa a chiave in casa sua, consumava il drammatico profluvio pulsionale, si addormentava qualche ora e al risveglio iniziava, in preda al dolore di uno stringente senso di colpa, a riordinare l'appartamento: puliva i mobili, le pareti e il pavimento imbrattati di vomito e di sangue. Il suo corpo era diventato materia per le sfide di superare il limite e contemporaneamente spazio in cui cercarlo, bersaglio contro cui scagliare tutte le sue rabbie, attraverso il quale arginare col dolore la sofferenza, e liberarsi di un intollerabile sovraccarico emotivo, un tramite con cui cercare di organizzare il proprio caotico mondo interno. Il racconto parlava di un corpo violentato dalla ragazza stessa, parzialmente sacrificato e scarificato come prezzo da pagare per esistere (il corpo e la quotidianità di una *self injurer*), ma avevo di fronte una ragazza fisicamente matura, ben vestita, gradevole nel viso e nell'aspetto complessivo, forse piuttosto seduttiva nei modi (sia pure priva di vero *appeal* erotico), di certo in grado di esprimersi correttamente e, in apparenza, sicura di sé. Dovetti aspettare qualche attimo prima di riprendermi da un'emozione folle che riuscivo solo a definire fra me e me come uno stupore misto di dispiacere e ammirazione, come fossi davanti a un enigma drammatico e accattivante.

Si dichiarava fermamente decisa a conquistare l'autonomia economica. Suo padre era un imprenditore facoltoso e politicamente potente, e lei avrebbe potuto lavorare con lui e i tre fratelli già impiegati nell'azienda: ci aveva provato ma senza riuscirci. Provò con altri lavori, ma non ce la faceva a tenere il posto più di una settimana, nessun lavoro era mai adeguato al suo livello di istruzione (maturità classica). Giunta quasi al termine del colloquio

mi chiese la disponibilità a iniziare con lei una psicoterapia: voleva capire le ragioni delle sue crisi, smetterla con le orge, sciogliere l'ostacolo che la bloccava nella dimensione lavorativa e liberarsi dalla dipendenza economica da suo padre e dal marito. Poiché i propri risparmi erano scarsissimi e i soldi del marito non sarebbero stati sufficienti per il mio onorario, e d'altronde da quelle esigue risorse non aveva alcuna intenzione di dipendere, l'idea di farsi aiutare economicamente dal padre pensava fosse la migliore fra tutte. C'era nella paziente una certa abilità manipolatoria? Senza dubbio. Riflettei su cosa avrei potuto dirle, e le comunicai la mia impressione per la contraddizione che mi sembrava di percepire fra la ragazza che avevo di fronte e il racconto che lei mi aveva appena fatto, in cui le offese e le ferite al suo corpo erano intrise di piacere trasgressivo. Le dissi che mi aveva colpito il numero di tentativi, così disparati nei metodi, di prendersi cura di sé. E quel suo riferirsi a sé in termini psichiatrici, con un gergo preciso, come se uno specialista stesse parlando a un collega di una paziente. Quel modo raccontarsi, così come aveva fatto con me – le dissi – era forse qualcosa che lei poteva utilizzare per dare un senso condiviso a ciò che le accadeva di tanto spaventoso e assieme tanto freneticamente ricercato. Trascrivo le mie parole dagli appunti: "Più che un racconto di vita, il suo sembra un racconto clinico ed è molto emozionante per chi lo ascolta, e penso che di questo lei ne sia consapevole". («Il dramma è la cosa dentro cui catturerò la coscienza del re» – Shakespeare, *Amleto* [1600-02], Atto secondo, Scena seconda, p. 117). Le dissi, a occhio e croce, che gran parte di ciò che mi aveva portato al colloquio aveva a che fare con il modo in cui aveva elaborato la sua storia personale e però anche con tentativi conflittuali di realizzarsi come persona. Volli infine condividere l'ipotesi che fosse difficile per lei abbandonare la dimensione del piacere trasgressivo implicito nel rituale, e le dichiarai che non me la sentivo di fare un lavoro che consideravo troppo difficile per me, che, oltretutto, alla fine avrebbe subito un'interruzione.

Oggi non ricordo, ma probabilmente ero spaventato. La paziente non era una quindicenne traghettata ritualmente, in tribolaticissima transizione da una fase all'altra della vita. Non aveva quarant'anni ma un'età sufficiente per testimoniare la presenza in lei di una patologia, non la provvisorietà tipica del martoriarsi di certe adolescenti che, con le condotte a rischio, confusamente rivendicano la libertà di vivere sfidando i limiti del corpo e della vita e tuttavia chiedono aiuto. Avrebbe retto lo sviluppo della psicoterapia? E io, sarei stato in grado di aiutarla? Pur essendo convinto che la paziente avrebbe prima o poi interrotto anche la nostra psicoterapia come le precedenti, il caso m'interessava. Con garbata insistenza, la paziente mi chiese di poter fare altri colloqui ed io accettai di rivederla. Ero consapevole che alla fine mi avrebbe fatto assaggiare la sua distruttività sputandomi fuori, però non

riuscii a dire un no definitivo. Eravamo in estate e decisi di fare un secondo colloquio dopo le vacanze allo scopo dichiarato di capire meglio le ragioni del suo ostinarsi a voler fare una psicoterapia con me, che la consideravo inutile. All'appuntamento si presentò puntuale. Non aveva avuto crisi né momenti orgiastici. Di fatto provavo una certa simpatia per la sua caparbia e mi affascinava l'idea di lavorare con una persona che, pur essendo così gravemente disturbata, mostrava un'ampia area di funzionalità. Decisi di proporre una psicoterapia *vis-à-vis* bisettimanale, con un onorario "simbolico" per "favorire l'autonomia della paziente" (!). Fu così che, colludendo con la patologia della paziente, mi misi fra le braccia della "seduzione narcisistica" alla fusionalità (Racamier & Taccani, 1984; Racamier, 1989, 1992). Ovviamente se ne accorse per prima la psichiatra con cui discutevo il mio lavoro, ma da buon principiante non volli ascoltare il suo invito alla prudenza. E oltre alle conversazioni di controllo con lei, mi trovai in sintonia con la linea di Harold Searles (1986). Il metodo di Kernberg non si addiceva al pivello, in quell'entusiastico periodo di apprendistato che vissi da immaturo esploratore.

Se la rilettura degli appunti non m'inganna e stimola ricordi che almeno si avvicinano alla realtà, abbiamo fatto una ventina di sedute prima delle vacanze di Natale e i temi della ragazza giravano attorno al rapporto conflittuale con la madre – che definiva pesante psicologicamente e fisicamente –, con incursioni al proprio matrimonio poco felice. Mi faceva intendere provocatoriamente che io sarei stato un marito migliore del suo, e io non osavo interpretare (forse mi sembrava troppo presto). Assieme convenimmo che avesse scelto un marito un po' simile alla madre e con lui sposato la difesa dalla soddisfazione pulsionale. Tenevo per me la fantasia che la paziente fosse stata abusata dal fratello: non trovavo agganci nel materiale che mi portava e non le dissi mai nulla in proposito. Cercai più volte di riprendere il tema della dimensione sessuale nascosta dietro la drammaticità del rituale, ma la paziente non mi seguiva, né su quella linea e neppure nella dimensione della ricerca di un'identità meglio integrata. L'idea di un'identità fatta di molte sfaccettature non la convinceva e la sessualità non le interessava, lo provava il fatto, così diceva, di non avere mai pensato ad altri ragazzi fuorché suo marito. Io mi ero convinto che il rituale orgiastico avesse qualcosa di perverso, ma non sapevo da che parte prendere il problema e diedi tempo al tempo. Nell'arco dei primi due mesi e mezzo circa di psicoterapia, la paziente non si era mai abbuffata o tagliata. Era un buon segno?

Trovo segnato negli appunti che la ragazza usava la noia in seduta come proposito inconscio per disattivarmi, quasi fossi pericoloso. Aveva saltato qualche seduta senza avvisarmi e nonostante i miei ripetuti interventi sulle valenze ostili, il transfert si era mantenuto idealizzato per tutto il tempo. Nella sua descrizione dei rapporti famigliari, la scissione tra l'ottimo e il pessimo

non permetteva commistioni di alcun tipo. Ogni mio tentativo di interpretare l'aggressività o di riportare a noi il materiale della seduta si rivelava vano.

Iniziammo comunque senza difficoltà particolari l'anno successivo e questo fatto mi stupì, perché avevo studiato che pazienti di questo tipo non riescono a sopportare l'angoscia della separazione. Durante le feste natalizie e a Capodanno, la paziente aveva regolarmente vomitato "in segreto" il cibo consumato con i famigliari, e al supermercato aveva resistito alla fortissima tentazione di rubare qualche pacchetto di affettati.

Pochi giorni dopo, arrivò disperata con la notizia che suo padre non avrebbe più pagato le sedute. La considerava migliorata, e aveva deciso la giusta frequenza: a sua figlia bastava fare una seduta la settimana. Una. Oppure (ancora meglio) nessuna: di più non ne avrebbe più pagate. Me lo disse singhiozzando, sconvolta, e quando smise di piangere aggiunse che suo padre le aveva acquistato come regalo di Natale una villa "del valore di mezzo miliardo di lire". A questo punto, lo sconvolto fui io. Perché non me l'ha detto prima? La paziente mi avrà dato risposte improbabili perché non segnai nulla negli appunti. Negava l'importanza di non avermelo detto a gennaio, di avermi taciuto un'informazione così importante alla ripresa delle sedute nel nuovo anno, e insistette sul proposito di proseguire la terapia. Trovo segnato negli appunti: "Saltano fuori paghette di centinaia di lire". Ero arrabbiato. Glielo dissi. Non stavo più governando io la psicoterapia. Leggo: "La paziente sorride e non commenta". Mi sentivo "tradito". Ora la paziente mi aveva piantato lì, smarrito come un'idiota, a lottare contro quel titano di suo padre. Eppure: non mi ero messo da solo in quella posizione di sfida, fin dal primo momento, quando le proposi un onorario simbolico? Quella parte del contratto che riguardava il denaro non era già l'espressione di una mia vulnerabilità, molto appetitosa per la paziente, a rappresaglie contro la rappresentazione del mio valore come psicoterapeuta e come figlio ingrato del capitalismo? Oddio, ecco il lato iatrogeno del controtransfert! Controtransfert? Non fu piuttosto il transfert di qualcosa di non sufficientemente analizzato sulla paziente? Alcuni terapeuti sono maldestri nella gestione dell'onorario perché non hanno sufficientemente elaborato la posizione sociale e l'atteggiamento culturale verso il denaro della propria famiglia di origine (Cerney, 1990; Canter, 1995). Ero giovane, è vero, ma non è del tutto rassicurante conoscere i risultati della ricerca di Wortman (1984) in cui si stabilisce che sono gli psicoterapeuti più giovani, privi di una sufficientemente buona esperienza in psicoterapia, quelli che fanno gli errori più gravi in fatto di onorario. Non che non avessi in mente il significato affettivo attribuito, nella famiglia della paziente, al denaro e alla "roba" (anche nel senso di Verga, 1882<sup>1</sup>). Il fatto è

<sup>1</sup> «Sicché quando gli dissero che era tempo di lasciare la sua roba, per pensare

che l'inesperienza, l'insipienza e la mancata riflessione sui miei limiti controtransferali m'impedirono di accorgermi in tempo i movimenti della paziente, la quale, benché si aspettasse di ricevere da me un rifornimento narcisistico avrebbe usato il potentissimo padre per attaccare il nostro legame. E mentre trascorremmo una serie di sedute lavorando sul significato di resistenza che assumeva il dilemma in cui la ragazza s'impuntava, tra il suo desiderio di continuare il trattamento alla stessa frequenza e accettazione emotiva dell'ingerenza decisionale del padre, pensai di trovarmi di fronte a un bivio: "Convoco il padre oppure sospendo la terapia finché la paziente non riesce a pagare con i soldi suoi?". Scelsi una terza via: la riduzione dell'onorario sul modello neocapitalistico "prendi due, paghi uno". Errare è umano, perseverare è diabolico. E siccome di buone intenzioni è lastricata la strada per l'inferno, con quella scelta intendevo evitare che si sentisse infantilizzata e che subisse un abbandono in un momento delicato. Come ho detto, non solo fui sordo o cieco al mio controtransfert, sottovalutai una grande quantità di dinamiche, tra cui la competizione con il padre, della quale qualche appunto dimostra che già allora ero tuttavia cosciente. E ora capisco pure che (ahimè) non consapevolmente mi offrivo come facile bersaglio per la proiezione dell'oggetto cattivo. Nella confusa commistione di tragico e di assurdo che caratterizzano le scelte in ogni aspetto della condizione umana, la mia proposta di continuare a metà prezzo, mantenendo la stessa frequenza – concordammo che mi avrebbe pagato le sedute rimanenti non appena fosse in grado di farlo personalmente – aveva una sua logica. Ma con essa entrò nella nostra relazione il mio contributo all'illusione di una reciprocità fusionale, una magica e irresistibile attrazione verso un'impossibile unione simbiotica totale ed esclusiva, che la paziente bramava e temeva al tempo stesso.

Che cosa di mio misi "in atto" fin dalla decisione di accettare la paziente e di offrire il contratto che sappiamo? Che ruolo giocava il significato del denaro nella mia esperienza infantile, nella cultura della mia famiglia e nel mio sistema di valori? A queste domande aggiungerei una considerazione, piuttosto banale, sul controtransfert, secondo cui la proposta non fu un'operazione semplicemente tecnica, poiché serviva anche allo scopo di ricomporre variabili personali per mezzo del trattamento con quella paziente. È probabile che la fantasia terapeutica, per cui un mio sacrificio l'avrebbe aiutata a colmare un difetto di affettività genitoriale, mi avesse autorizzato, in un tipico autoinganno, alla scelta di ridurre e diminuire nuovamente l'onorario. Di fatto l'avevo in un certo senso sedotta, mistificata, confusa, acceso in lei un

---

all'anima, uscì nel cortile come un pazzo, barcollando, e andava ammazzando a colpi di bastone le sue anitre e i suoi tacchini, e strillava: «Roba mia, vientene con me!» (G. Verga, *La roba* [1880])

acuto conflitto e alla fine spaventata. Offrendole il proseguimento della terapia a frequenza bisettimanale al prezzo di una seduta la settimana posso aver colluso con la sua fantasia fusionale, pericolosa perché suscitava l'angoscia di essere fagocitata. Inoltre la mia "bontà" aveva superato il limite di tolleranza emotiva della paziente. A questo punto, infatti, la ragazza non poteva fare altro che difendersi. E alla trentaseiesima seduta mi attaccò direttamente esprimendo con coinvolgente intensità emotiva un rovinoso disprezzo. Sollevò l'accusa secondo cui non la aiutavo a superare le sue dipendenze e i suoi abusi. Ricordo ancora oggi la rabbiosa sarcastica lucidità con cui mi paragonò a sua madre e a suo marito. Almeno loro, procurandole psicofarmaci e metadone, avevano cercato di aiutarla e da loro aveva ricevuto ben più di quanto le avessi dato io nella psicoterapia. Non è il caso di esprimere ora a parole l'impatto emotivo di quell'attacco. Mi sentivo messo alle corde e da quella posizione cercai di mostrarle la proiezione della sua inermità: tutto quello che le dicevo era sbagliato e lei stava facendo di tutto per mortificarmi e accendere la mia rabbia; ipotizzai che mi stesse facendo provare la rabbia impotente quando, nelle fasi depressive, sua madre in lacrime la implorava di liberarla dalla disperazione depressiva. Azzardai a indicarle una possibile relazione fra quello stava accadendo fra di noi e l'essersi sentita intrappolata da suo padre nell'impossibile scelta tra lui e me. Le dissi che forse si era fatta la fantasia che la terapia fosse un percorso breve, magico onnipotente. Nulla di ciò che le dicevo, in quegli attimi, mi convinceva. Prima di uscire dal mio studio, sulla soglia, la paziente mi chiese se ci saremmo visti la seduta successiva, a occhi bassi mi comunicò il timore che io ora non la volessi più in terapia o non mi sentissi più in grado di lavorare con lei. Non ho appunti sulla mia risposta, ma penso di aver cercato di rassicurarla cercando di non espormi emotivamente. Un quarto d'ora prima della seduta successiva squillò il telefono, era lei. Senza bisogno di presentarsi, urlò dichiarando di non essere una tossicodipendente, perché l'avevo fatta sentire tale. Continuò dicendo che non sarebbe venuta alla seduta, che avrebbe terminato così la psicoterapia e che non mi avrebbe pagato le sedute effettuate nel mese perché io le avevo già rubato troppi soldi! Disse proprio così. Anche questa volta, anche con me, la paziente aveva trovato un motivo per distruggere ciò che stava costruendo in terapia. Fu troppo precoce il mio intervento nell'ultima seduta? Credo di sì. Fu sbagliato? Probabilmente. Spesso i trattamenti con i borderline si interrompono e le ragioni sono di diverso tipo, e non sempre dipendono dalla gravità della psicopatologia del paziente. Non è per nulla rassicurante. Ancora oggi il mio interrogativo su quali siano state le cause che hanno scatenato la violenza distruttiva della paziente contro il legame con me e contro il progetto terapeutico rimane senza una risposta che mi soddisfi. Penso di essere diventato troppo benevolmente vicino, fin dall'offerta della riduzione

dell'onorario, soccorrevole fuori misura. Forse mi viveva come un terapeuta da cui era regressivamente allettante, ma anche spaventoso, dipendere, e sono diventato un oggetto pericoloso e persecutorio. Era quello il luogo del transfert paterno, una forma in cui rimanevo onnipotente e desiderabile, per essere svalutato e abbandonato? Forse, nella relazione con un oggetto troppo "buono" la paziente visse l'insostenibilità della propria vorace pulsionalità, vissuta inconsciamente come "cattiveria" e proiettata?

## Bibliografia

- Canter M.B. (1995), Money and psychotherapy: The female experience. *Psychotherapy in Private Practice*, 14 (2), 29-33.
- Cerney M.S. (1990), Reduced fee or free psychotherapy: uncovering the hidden issues. *Psychotherapy Patient*, 7 (1-2), 53-65.
- Chodoff P. (1972), The effect of third-party payment on the practice of psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 129, 540-545.
- Cremerius J. (1995), 'Das Geld im therapeutischen Setting'. In: Buchheim P., Cierpka M., Seifert Th., *Konflikte in der Triade. Spielregeln in der Psychotherapie. Weiterbildungsforschung und Evaluation*. Berlin: Springer (trad. it.: Il denaro nel setting psicoterapeutico. In: Cremerius J., 2000, *Il futuro della psicoanalisi*. Roma: Armando).
- Cummings N.A. (1995), Unconscious fiscal convenience. *Psychotherapy in Private Practice*, 14, 23-28.
- Diatkine G. (1992), Dites-le avec des feuilles. *Revue Française de Psychanalyse*, 2, 547-59.
- Pani R. Boeris, E. (1999), *La questione dell'onorario in psicoterapia psicoanalitica. Rassegna di studi e ricerche*. Piccin, Padova.
- Racamier P.C. (1989), *Antædipe et ses destins*. Paris: A.PSY.G. (trad. it.: *Antedipo e i suoi destini*. Edizioni del CeRP, Milano, Trento, Padova, 1990.
- Racamier P.C. (1992), *Le génie des origines. Psychanalyse et psychoses*. Paris : Payot, (trad. It. : *Il genio delle origini. Psicoanalisi e psicosi*. Cortina, Milano, 1993).
- Racamier P.C., Taccani, S. (1984), *Giochi di famiglia*. Edizioni del Cerro, Pisa.
- Searles H.F. (1986), *My Work with Borderline Patients*. Northvale, N. J.: Jason Aronson Inc. (trad. it.: *Il paziente borderline*. Bollati Boringhieri, Torino, 1988).
- Verga G. (1882), La roba. In: *Tutte le novelle*. Mondadori, Milano, 2004 , 262-68.

Gli Argonauti

Wortman R.J. (1984). The relationship of psychoanalytically oriented psychologists' fee policies to personality, training and experience. *Psychotherapy in Private Practice*, 2, 25-37.