

## **Note e commenti al Verbale numero 67 della Società Psicoanalitica di Vienna: “Un caso di rossore compulsivo”\***

GIUSEPPE FERRIGNO, CARMELA CANZANO, GIUSEPPINA DI OTTAVIO, GIULIA MANZOTTI, EGIDIO MARASCO, CRISTINA VOLPE

*Summary* – NOTES AND COMMENTS ON THE MINUTES OF MEETING N. 67 OF THE PSYCHOANALYTIC SOCIETY IN VIENNA: A CASE OF COMPULSIVE BLUSH. We propose the debate of the Viennese Psychoanalytic Society on the relationship of Alfred Adler (*A case of compulsive blush*) concerning the meeting of February 3rd 1909, at which Freud, Adler, Federn, Graf, Hitschmann, Joachim, Rank, Sadger were present. The teaching of Adler is the exposure from Freud's metapsychologic constructions. Adler's innovative concepts are underlined about aggressiveness, style of life and the dynamics of transfer of the analytical setting.

*Keywords:* COMPULSIVE BLUSH, AGGRESSIVENESS, ADLERIAN SETTING

### *I. Premessa*

I “padri fondatori” della Psicoanalisi, come di consueto, si riuniscono la sera di mercoledì 3 febbraio 1909, alle ore 20.30, in casa Freud, al numero 19 della Berggasse, per discutere su una relazione presentata al “gruppo del mercoledì” da Alfred Adler: *Un caso di rossore compulsivo*. Sono presenti il professor Freud, Adler, Federn, Graf, Hitschmann, Joachim, Rank, Sadger, Wittels. Il verbalizzatore è naturalmente Otto Rank che con estrema e consueta cura redige il Verbale numero 67, offrendoci l'esposizione completa e dettagliata d'un

\* Alcune delle idee espresse da Adler, durante la riunione in casa Freud del 3 febbraio 1909, nella relazione mai pubblicata riportata nel Verbale numero 67, si ritrovano nell'articolo ADLER, A. (1909), *Über neurotische Disposition. Zugleich ein Beitrag zur Aetiologie und zur Frage der Neurosenwahahl*, *Jahrbuch*, 1: 526-545. I brani dell'articolo che vi proponiamo, posti fra virgolette, ma privi di rimando bibliografico, sono ricavati dal *Verbale numero 67 del 3 febbraio 1909*, tradotto in italiano da Egidio Ernesto Marasco. La Redazione ringrazia, inoltre, Alberto Anglesio per aver collaborato attivamente alla ricerca del materiale. [N.d.R.]

caso clinico particolarmente emblematico che ci aiuta a comprendere non solo come Alfred Adler, pur ricoprendo ancora un ruolo di spicco all'interno del "movimento psicoanalitico", tentasse di sistematizzare progressivamente e in maniera sempre più autonoma rispetto al modello pulsionale la sua "teoria della tecnica", ma soprattutto in che modo il padre fondatore del "modello relazionale" gestisse il rapporto con i suoi pazienti all'interno del "setting" analitico. Lo "stile psicoterapeutico" di Adler, in realtà, si basava già, come emerge in maniera evidente dalla lettura del Verbale, su presupposti epistemologici innovativi e completamente svincolati dalle elaborazioni metapsicologiche freudiane.

## II. *Un caso di rossore compulsivo*

«Il relatore sottolinea innanzitutto – verbalizza Otto Rank – di essere consapevole delle difficoltà che presenta il suo tentativo di esporre l'analisi di un'ereutofobia. Dichiarò la sua intenzione di affrontare alcuni punti, che metterà particolarmente in evidenza e che consistono nella ricerca della causa delle nevrosi in un'inferiorità organica e nel criticare il parere che noi tutti abbiamo adottato, ma che non è ancora chiaro il punto di vista concernente la causa immediata della comparsa della nevrosi. Molti altri argomenti saranno discussi nel corso dell'analisi. Adler farà dapprima qualche osservazione al fine di limitare la discussione ai nuclei essenziali.

Adler tende a non considerare l'ereutofobia o l'arrossire compulsivo come una nevrosi ossessiva perché i tratti più significativi della nevrosi ossessiva sono completamente assenti. Sebbene il rossore sembri prodursi in modo compulsivo, è sempre la paura di arrossire in primo piano nel quadro clinico. Non è facile classificare questo fenomeno in uno dei quadri clinici che ci sono familiari. Si sarebbe più inclini a considerarlo come isterismo anche se, seguendo il punto di vista che adotta l'osservatore, ci si possa vedere l'esaurimento del complesso detto nevrastenico o mettere in evidenza il carattere paranoico o – cosa che è più plausibile – partire dalla struttura isterica».

Con queste precise parole Otto Rank inizia la verbalizzazione, rilevando ancora una volta come il nucleare concetto adleriano d'*inferiorità organica* sia carico di "valenze eretiche" rispetto al "punto di vista adottato dall'intero gruppo", che in realtà sembra particolarmente interessato a classificare la fenomenologia sintomatica del paziente all'interno di una categoria diagnostica: nevrosi ossessiva, complesso nevrastenico, carattere paranoico, struttura isterica.

Come osservano Ey, Bernard e Brisset, si parlava agli inizi del secolo di "nevrastenia" per indicare i quadri morbosi in cui il sintomo principale era la fatica nevrotica prodotta da una serie di stress emotivi implicanti delle risposte

psicofisiologiche di “esaurimento” nel senso che Seley dava a questo termine. La dizione nevrastenia era stata creata dal medico americano George Beard nel 1869 e aveva incontrato enorme fortuna perché offriva la possibilità di classificare gli stati di fatica cronica in un comodo quadro che anticipava le interpretazioni psicosomatiche di quest’espressione del linguaggio degli organi. Il termine nevrastenia, infatti, sparirà con l’avvento della medicina psicosomatica. Verso la fine del XIX secolo, in ogni modo, era talmente in uso da essere applicato a tutte le forme depressive.

### III. La “connessione”: tra lo *Zusammenhang* e lo *Junktim*

Otto Rank continua con zelante puntigliosità a mettere a verbale le considerazioni proposte al gruppo da Adler sul caso clinico seguito: «L’analisi presenta altre difficoltà: Adler non è in condizione di fornire uno studio completo del quadro clinico che presenta e di cui si è occupato per quasi un anno; egli ha tuttavia l’intenzione di presentare il caso in modo dettagliato, con tutte le sue *connessioni* [*corsivo nostro, N. d. R.*], per quanto la sua memoria e il materiale disponibile glielo consentano. L’aspetto della connessione (*Zusammenhang*) è il più importante dell’analisi; bisogna spiegare perché».

*Zusammenhang*, che è il termine tedesco trascritto nel Verbale, corrisponde a quanto Adler stesso, in *Prassi e teoria della Psicologia individuale*, nel 1920, avrebbe connotato con un nuovo significante, *Junktim*: unione tendenziosa, con un nesso unico anche se errato, di due complessi di pensieri o di sentimenti che, in fondo, hanno poco o nulla in comune fra loro, posta in atto allo scopo di produrre un’amplificazione affettiva in funzione di un “piano fittizio. «Per esempio, un malato, che soffre di agorafobia, al fine di rinforzare (attraverso mezzi complicati) il proprio prestigio, di obbligare il suo ambiente a mettersi al suo servizio e di evitare di perdere, mentre si trova in strada od in un luogo all’aria aperta, la “risonanza” così ardentemente desiderata, unisce in modo inconscio ed emozionale in uno “*Junktim*”, da una parte, l’idea di essere solo [...], dall’altra l’idea di un attacco d’apoplezia» (2, pp. 68-69). Si verifica, in realtà, un processo simile nella metafora, che è una figura retorica definibile come una “similitudine continuata”. La metafora, infatti, prevede la sostituzione di una parola con un’altra per similarità, anche sulla base di un’analogia (“la vecchiaia è la sera della vita”, “tu sei un leone”). Può riscontrarsi uno *Junktim* anche nella retorica dell’iperbole, nella condensazione e nello spostamento tipici dei sogni, delle fantasie, nonché nelle poesie. Talvolta, il paziente rivela ingenuamente il suo *Junktim* mentre, altre volte, esso deve essere ricostruito per analogia dalle sue spiegazioni, dal suo passato o dai suoi sogni [16].

Il Verbale continua a contrapporre la posizione sostanzialmente *libidica* della

dottrina freudiana al modello adleriano che poggia le sue basi epistemologiche sul dinamismo *minus/plus* autogenerato proprio dall'*inferiorità*: «Freud ha evidenziato che tutto è là. Anche nell'analisi di Adler tutto è là».

*Tutto è là*: il dibattito sulle radici delle nevrosi era ormai talmente acceso e consueto nell'ambito della Società Psicoanalitica di Vienna che non era necessario dilungarsi a precisare che si stava parlando della teoria sessuale freudiana e di quella adleriana sull'*inferiorità* d'organo e sulla pulsione aggressiva autonoma.

«Così vi sono perversioni di ogni sorta chiare solamente allo stato di indici; idee incestuose, riguardanti in particolare la madre, ma anche atti incestuosi commessi con un fratello come con una sorella; infine tutti gli altri complessi, di cui possiamo costatare la presenza in ognuno dei nostri casi. La posizione di Adler a riguardo di questo problema è la stessa di quella di Freud, che sottolinea che questi rapporti sono presenti in ogni caso, anche nell'individuo normale. Inoltre, Adler potrebbe citare una serie di traumatismi infantili che avrebbero tutti potuto suscitare la nevrosi; essi non l'hanno fatto. Per esempio, il bambino a più riprese, ha sentito il coito dei genitori etc. Tuttavia il paziente, oggi giovane uomo di venticinque anni, si è ammalato solamente da quattro anni, mentre l'esperienza del coito dei genitori ha avuto luogo tra il suo quarto e ottavo anno. Non sono neppure le perversioni di natura omosessuale, praticate con i suoi compagni all'età di nove-dieci anni che lo hanno fatto ammalare. Il paziente ha cominciato a masturbarsi molto presto e lo ha continuato a fare sino ad epoca recentissima. La sua masturbazione è di natura compulsiva; così, in questo quadro clinico, qualcosa è analogo alla nevrosi ossessiva, è la masturbazione compulsiva».

#### IV. *Il caso clinico*

Adler, dopo aver fatto la premessa teorica innovativa sul concetto di *connessione* (*Zusammenhang*), che avrebbe con gli anni approfondito ulteriormente, passa a spiegare al "gruppo del mercoledì" come si presenta il quadro clinico del paziente nel momento in cui si è sottoposto a terapia:

*«Il paziente si lamenta di arrossire. Ciò è cominciato, per ragioni sconosciute, da quattro anni; all'inizio avveniva raramente, poi più frequentemente disturbandolo a tal punto da dover rinunciare a certe relazioni della vita sociale. Non è tanto l'arrossire che lo turba quanto la paura di arrossire; questa paura è seguita, a breve intervallo di tempo, dall'arrossire, a meno che egli non eviti certi fattori che lo scatenano, per esempio determi-*

*nate parole che vengono pronunciate in società, quali syphilis (sifilide) e zivilis-ierung (civilizzazione) che hanno un suono simile, "anstecken" (contaminare) o "Ansteckung" (contaminazione) e "anstellen" (assumere, ma anche schierare o mettere contro) che hanno pari assonanza.*

Tutto ciò riconduce all'idea della sifilide che ha contratto sei anni fa. Nel corso di questa malattia, egli ha iniziato un trattamento al mercurio che, apparentemente, non gli è servito. Si è recato, quindi, alla stazione termale di Lindewiese per esservi curato.

*Arrossiva, talora, non solo in rapporto alle parole pronunciate. I frammenti di una tale costellazione bastavano a farlo arrossire. Per esempio, l'arrossimento si verifica quando si trova in contesti societari o quando qualcuno lo guarda negli occhi con uno sguardo trafiggente o, ancora, quando si trovava in una sala splendidamente illuminata. Anche il fatto di essere in una stanza con molte altre persone provocava questa paura. Egli si sentiva meglio in piena aria e al freddo.*

Questa connessione (*Zusammenhang*) si dimostra, però, falsa: all'inizio il paziente rileva che si sente meglio al freddo; alla fine afferma di sentirsi più a suo agio in un posto caldo. Il relatore tornerà su questo punto apparentemente insignificante, che sarà di grande interesse per la comprensione della malattia.

*Il paziente ha anche sofferto di questa paura in occasione di esami (egli è ingegnere), cosa che l'ha ostacolato molto nei suoi studi».*

#### V. La costellazione familiare

Alfred Adler, dopo aver presentato il quadro clinico del paziente, inizia a utilizzare gli strumenti diagnostici di cui ogni analista adleriano si serve all'interno di un *setting individualpsicologico*. Già nel 1909 Alfred Adler attribuisce un ruolo diagnostico basilare alla raccolta dei dati informativi sulla *costellazione familiare*, anche se il Verbale presenta con ordine sparso privo di sistematicità le varie conoscenze anamnestiche acquisite sul caso: «l'impostazione ambientalistica della Psicologia Individuale ci aiuta a comprendere perché le sue analisi risultino facilitate da un inquadramento preliminare della prima e più vicina cerchia d'ambiente con cui il paziente ha avuto rapporto: la famiglia d'origine. Nell'ambito di un'indagine adleriana, il piccolo ma importantissimo

settore di mondo che ha influito sullo sviluppo psichico del bambino e che ha contribuito con i suoi stimoli alla formazione del suo stile di vita non può non essere acquisito che attraverso il filtro di un “come se”. In realtà non è mai possibile raccogliere dati obiettivi sulla costellazione familiare del paziente, poiché le informazioni in merito ci giungono da lui e risentono, deformandosi almeno un poco, sia delle sue emozioni infantili rievocate, sia di quelle attuali che assegnano anch’esse la loro impronta selezionatrice» (15, p. 101).

«A causa di ciò – prosegue il Verbale – ha grandi difficoltà con suo padre, di cui Adler comincia ora a parlare.

*Il padre è stato molto rigido con suo figlio sin dalla sua infanzia; è un uomo dal carattere severo...*

Nel nostro gergo diremmo che è un sadico.

*Un uomo che spinge suo figlio, a cui ha dato sempre poco denaro, a guadagnare.*

*Il paziente era molto attaccato alla madre. Per molto tempo ha dormito nella camera da letto dei genitori, ha spesso visto i loro coiti e, all’età di quattro anni, sapeva tutto sui rapporti sessuali. Fu istruito in proposito da alcuni compagni più grandi in una scuola materna ebraica; si ricorda che già allora gli piaceva stringersi contro le bambine o le donne.*

Ciò ci riconduce a un altro punto riguardante il trauma sessuale infantile.

*Nella stessa casa del paziente vivevano una cugina e, soprattutto, una zia che lo eccitava sessualmente a un’età precoce. Nonostante ciò, questa zia gli preferiva sempre un cugino; questa non era la sola donna ad affascinarlo: c’era tutta una serie di ragazze e di donne con cui aveva dei legami. Aveva rapporti particolarmente spiccati e spinti con una cugina; all’età di sette anni, progettava di avere una relazione sessuale con lei; non ne fece nulla perché una loro zia li sorvegliava troppo da vicino. Tentò di portarla in disparte e lei accettò. A più riprese riuscì a toccare le sue parti genitali e a stringersi contro di lei, cosa che era la sua specialità.*

Il destino di questa ragazza non è privo d’interesse: più tardi divenne isterica e attualmente vive in una casa di cura. Ci fu più tardi una rottura tra i due, la cui causa è molto strana.

*Quando il paziente ebbe terminato la scuola secondaria, diede i suoi libri in regalo, ma lei non ricevette nulla; ruppe con lui a causa di ciò predicendogli che gli sarebbero capitate delle disgrazie. Il paziente è cresciuto in un ambiente [ebraico] ortodosso, infatti, egli stesso è ancor oggi ortodosso. Quando si lascia trascinare verso un'azione che considera irreligiosa, lo fa di malavoglia. Ciò si accompagna a una forte tendenza alla superstizione, che si manifesta molto chiaramente. Si rimprovera severamente di commettere azioni proibite dalla Bibbia e dal Tamuld. Un tempo ha spesso cercato di purificarsi con la preghiera; ha una predilezione per i digiuni protratti etc.*

Tra i suoi tratti caratteristici bisogna ricordare una certa disposizione a vestirsi con gusto, tendenza a cui non è possibile dare una spiegazione perché egli non ha denaro.

*Suo padre lesina e gli manda irregolarmente una piccola mensilità, il paziente ha spesso delle difficoltà finanziarie ed è obbligato a chiedere in prestito denaro ai colleghi che, pure, sono spilorci e non si comportano in modo leale.*

La vita che conduce non è piacevole.

*Divide una camera con un collega che l'aiuta negli studi, questa relazione conduce spesso a delle complicazioni quando si tratta di pagare l'affitto o di riscaldare la camera.*

C'è un rapporto con il complesso del freddo.

*Proseguendo la descrizione dei suoi sintomi, il paziente parla di una frequente sensazione di vertigine che lo prende quando è in piedi e che s'accompagna a una debolezza alle ginocchia e a una sensazione di tremito. La masturbazione lo preoccupa, ma non eccessivamente. Bisogna aggiungere che ha avuto i suoi primi rapporti sessuali con una prostituta un po' più presto di quanto non sia usuale e che non ha avuto nessuna difficoltà. Successivamente ha avuto dei rapporti sessuali molto regolari; sino ad ora non ha avuto anomalie o difficoltà (quali impotenza, eiaculatio praecox, etc.). La sua incapacità di lavorare, per quanto non sia mai stata totale, si rivelò un sintomo importante; fu assai grave per lui far trascorrere più del tempo prescritto per sostenere un esame. Una volta fu bocciato, cosa che gli val-*

*se i più violenti rimproveri di suo padre; lui stesso non ne parla volentieri; è felice quando non si tratta di esami o di Anstellung (nomina a un impiego), anstellen (essere assunto) dopo l'esame; in queste occasioni, invece, lo assale la paura di arrossire. Nell'insieme si sente insoddisfatto, ha uno sguardo ansioso e pieno di aspettative, ma parla delle cose molto coraggiosamente.*

#### VI. Sviluppo dell'analisi: l'adolescenza, la giovinezza e l'insorgere dei sintomi

All'inizio ci sono poche resistenze da superare nel percorso analitico. A ventun anni, quest'uomo, di cui bisognerà ancora esaminare la vita precedente sotto molti altri aspetti, contrae la sifilide, cosa che lo sopraffà e gli provoca una profonda depressione.

*Ha interrotto il trattamento mercuriale dopo aver letto gli scritti di Hermann\* ed ancor oggi non ne vuole sapere e crede che sarà guarito a Lindewiese. A questo proposito è sordo a ogni obiezione. Nella sua depressione ha abbandonato i suoi studi e, essendo in ogni modo prossime le vacanze, è rientrato a casa. Qui si notò la sua depressione e lo si interrogò; confessò tutto a suo padre e dichiarò che si sarebbe suicidato. Tentò effettivamente di suicidarsi, ma nel modo più maldestro, mettendosi un fazzoletto attorno al collo e stringendolo; quando gli venne a mancare l'aria abbandonò la presa. Più tardi si ricordò di aver avuto la sensazione di arrossire ed un senso di vertigine. Altre persone del suo entourage appresero cosa era capitato e, poiché tutti si sforzavano di consolarlo nella sua depressione, anche suo padre si trattenne. Il paziente andò alla sinagoga, pregò e chiese perdono, considerava ora, infatti, la sua malattia come una punizione per i peccati commessi un tempo. Allora accadde qualcosa di nuovo. Al caffè, dove aveva l'abitudine di fare la prima colazione, una conoscente gli disse che aveva una brutta cera. A queste parole il paziente fu assalito da un senso di vertigine accompagnato dalla sensazione di accasciarsi. Successivamente, pensò che un epilettico doveva provare questa sensazione perdendo coscienza.*

In seguito, le diverse relazioni che provocavano il suo rossore si dimostrarono molto più varie. Adler ne menziona alcune:

*la paura di arrossire compare anche quando qualcuno menziona*

\* JOSEPH HERMANN (1817-1902), medico viennese che s'impegnò in una violenta polemica contro il trattamento della sifilide con il mercurio.

*un termometro in rapporto al fatto di arrossire; quando si tratta di uno specchio o quando il paziente ne vede uno, pensa che si tratti ancora di mercurio.*

Ma anche prima c'erano anche altri timori.

*Una combinamatrimoni gioca un ruolo importante nella famiglia del paziente, una donna che ha combinato tutti i matrimoni nella sua parentela e che si chiama Spiegel (specchio). Si vede già sua vittima e anche questa donna determina il suo arrossire. I progetti matrimoniali che fa suo padre gli ripugnano. A lui stesso piacerebbe prendere moglie ma, come fa un tentativo con una ragazza adatta, la relazione giunge a una rottura per le più svariate ragioni. Dopo sei mesi di conoscenza una ragazza, non gli sembra più, in fondo, abbastanza bella; un'altra non è abbastanza ricca; una terza si dimostra civetta, etc. Inoltre, non può andare in società ed è dunque comprensibile che i suoi sforzi per sposarsi – il matrimonio significa assicurare la propria esistenza – sono votati all'insuccesso.*

## VII. Il finalismo dei sogni e dei sintomi

I primi sogni del paziente – molti sogni furono interpretati nel corso dell'analisi – sono legati a dei progetti e a delle idee di matrimonio; in questi sogni talora c'è lui, talora suo padre che non vuole aver niente a che fare con ciò.

A questo proposito racconta che lo si vuole maritare a certe ragazze della sua città natale e che suo padre è molto intraprendente a questo riguardo.

Si ha l'impressione che lo stato del paziente abbia, fra le altre, la funzione di impedire di sposarsi: 1. a causa della sifilide, 2. perché egli non sa cosa potrebbe capitare ai bambini e si sarebbe sicuramente rivolto pesanti rimproveri se fosse successo qualcosa a sua moglie.

In poche parole, queste sono le successioni d'idee che il relatore ha riassunto con il concetto di idee aggressive. Spicca dai sogni e dall'analisi di accessi [d'ira] isolati che il paziente ha agito e subito.

*Così dal barbiere era sempre preso da un accesso di rossore e dalla paura che il cliente successivo contraesse anche lui la sifilide; in relazione a questa idea sente il desiderio che il mondo intero sia affetto da sifilide, in modo da non essere il solo a es-*

*sere degradato. Vuole sempre “impressionare” la gente (a quanto dice); è un’idea fissa che ha: se non può impressionare la gente si deprime. Infatti, ogni attacco è permeato da questa idea: “Qui non si può impressionare la gente”.*

Se si tiene conto di questa “connessione” [*virgolette nostre, N.d.R.*] presente nelle sue idee si può arrivare alla seguente conclusione. Ogni volta che è menzionata la sifilide, egli pensa: “Io ho avuto la sifilide, non posso più impressionare la gente”. La stessa associazione si verifica quando sente menzionare la parola *Anstellung*, nomina a un impiego. Questa connessione è estremamente diversa; se si volesse entrare nei dettagli, si potrebbe facilmente dimostrare che quest’idea ha agito in lui in ogni situazione.

#### VIII. *L’inferiorità d’organo e il sentimento d’inferiorità sorto all’interno della fratria*

Occorre rivelare ancora alcuni dettagli sul paziente stesso: un uomo piccolo, tozzo mentre, a suo dire, suo fratello era snello e di ragguardevole statura.

*Il paziente era geloso di lui e loro erano rivali. Si diceva del fratello che era bello, ben fatto, cosa che era la grande aspirazione del paziente stesso. Il suo più grande piacere era di giocare ai soldati e il suo ideale era portare l’uniforme. Ma non fu dichiarato idoneo al servizio militare per la sua bassa statura. Allo stesso modo fallì anche il suo tentativo di rimpiazzare l’uniforme che gli mancava con il berretto degli studenti.*

A quest’epoca aveva già contratto la sua infezione, non era socievole e non si vestiva in modo molto elegante tanto che fu escluso da una *Verbindung* (associazione di studenti): si sapeva – questo almeno era quello che lui credeva – la sua malattia.

*La sua paura di arrossire non mancava di comparire, quando qualcuno bevevo dal suo bicchiere etc.*

Bisogna ancora ricordare brevemente qualcosa che più avanti sarà oggetto di discussione.

*Da bambino era affetto da strabismo ed, anche ora, è leggermente guercio. Le altre imperfezioni infantili sono le seguenti: si ricorda di essersi sporcato con le feci e di aver bagnato il letto. Un fantasma sessuale ricorrente consisteva nell’essere testimone*

*di un coito tra una ragazza e un ufficiale.*

L'analista non tardò a notare che la paura di arrossire era più frequente quando il paziente non aveva denaro o quando aveva fame; ciò poteva facilmente essere collegato al fatto che era incapace, in questa condizione, d'impressionare chicchessia. Possiamo qui vedere a qual punto l'analisi fosse complicata e che, malgrado tutto quello che è stato messo in luce, non è ancora stata chiarificata l'origine e la paura di arrossire.

Bisogna ancora ricordare una circostanza importante.

*Essendo sprovvisto di mezzi, il paziente era obbligato a impartire lezioni, compito difficile, in cui ci si presentano poche occasioni di impressionare la gente. Ha accettato questo lavoro quattro anni fa; fu assunto per dare lezioni a bambini maleducati e a una ragazza con tratti singolari. I genitori non gli prestavano grande attenzione o, quando lo facevano, lo criticavano, cosa che aveva l'abitudine di accettare in silenzio. Queste circostanze lo portarono, alla fine, a uno stato psicologico che egli descrive nelle annotazioni personali, in un momento in cui l'analisi era già avanzata e in cui la battaglia era praticamente vinta, in quanto la maggior parte delle connessioni erano già visibili al medico anche se il paziente non le percepiva ancora. Egli scrive: "La mattina [del giorno in cui prese gli appunti] pensavo a tutte le umiliazioni che subivo e che mi disgustavano tanto". In seguito il paziente enumera otto punti, cosa che non è poco, se si considera che ciò capitava quasi tutti i giorni: "1. Spesso passo laggiù più di due ore [In effetti si supposeva dovesse insegnare solo per un'ora] e talora il far merenda dei bambini causa un'interruzione. Mercoledì, ho passato tutto il pomeriggio laggiù ad attendere, senza che mi si invitasse a raggiungerli; 2. ci sono sempre risposte indifferenti al mio saluto o nessun saluto; 3. quando ho preso congedo prima delle vacanze, sono andato al negozio e nessuno mi ha offerto una sedia; 4. non sono mai stato invitato ad accompagnarli al teatro sebbene fossi spesso presente quando ci andavano.*

È importante notare che in queste circostanze egli prova strane sensazioni alle gambe e senso di vertigine, il tutto collegato al dover restare in piedi quando parla con la signora, il che è da mettere in relazione, d'altra parte, col suo insoddisfatto desiderio d'impressionare la gente.

*5. Tutte le volte in cui il mio allievo ha sostenuto un esame preli-*

*minare, gli ho impartito una lezione che durava da 4 a 6 ore[una volta una lezione è durata sino a 8 ore] senza essere invitato a mangiare; 6. spesso la signora mi rivolge la parola mentre sto dando una lezione e quando sto per risponderle, non m'ascolta; 7. la ragazza ha l'abitudine di asciugarsi le dita quando gliele ho toccate[per esempio quando la saluto, ma la tocco anche durante le lezioni].*

Si tratta di una ragazza di quattordici anni, da cui è molto attirato e della quale parla soltanto in un punto avanzato dell'analisi senza, però, dire nulla d'importante.

*8. La ragazza non apprezzava che la zia d'America mi rivolgesse la parola; anche in quest'occasione non mi è stata offerta la sedia”.*

La relazione con questa allieva, che è divenuta sempre più esplicita, manifestava le seguenti caratteristiche: la giovane ragazza, che non era molto bella, ma alta e carina, aveva un atteggiamento estremamente sdegnoso nei confronti del suo precettore. Dopo aver parlato di lei, non tardò ad assegnarle un ruolo nei suoi sogni.

Lei si sostituisce ora a sua madre, ora a sua sorella. Questi rapporti divengono evidenti; noi parliamo di un “trasferimento” del suo amore su quest'alunna: un amore inibito analogo a quello provato per sua madre e per sua sorella. Talora, il suo comportamento nei confronti della sorella non era frenato.

*Gli capitava di stare a letto con la sorella minore, ma senza commettere atti sessuali.*

Prima di chiarire ulteriormente il legame del paziente con la sua allieva, che costituisce la chiave di volta di tutta la spiegazione analitica, bisogna ancora menzionare un incidente.

*Una sera, il paziente si reca da una prostituta che abitava nelle vicinanze della sua allieva. C'è un diverbio a proposito del pagamento, nel corso del quale egli afferra un orologio che si trovava sul tavolo e fugge. Poco dopo, quest'atto gli sembra totalmente incomprensibile e fa del suo meglio per porvi rimedio. La mattina del giorno dopo, invia un messaggero a restituire l'orologio. Temendo che questa faccenda possa avere delle conseguenze spiacevoli, evita a lungo il quartiere dove abitava la prostituta.*

Durante il trattamento, è ugualmente implicato in un piccolo scandalo.

*La famiglia presso cui abitava aveva una ragazza di quattordici anni che, anche lei, l’attirava sessualmente.*

Sembra chiaro che egli sia attratto da giovani ragazze e che queste relazioni amorose si basino (*Anlehung*) sul legame affettivo collaudato con la sorella minore.

*Un giorno prende la ragazza per il grembiule e le strappa la camicetta. La zia della ragazza lo rimprovera aspramente, minacciando di informare la polizia del crimine commesso. Egli vive per molti giorni nella paura prima di potersi calmare.*

Questa forma nevrotica, che noi spesso ritroviamo, è palesata dal nostro paziente.

IX. *La diagnosi: i primi ricordi, le connessioni inconsce e il finalismo dello stile di vita*

Il problema che si pone attualmente è il seguente: cosa rende malato questo giovane uomo? Perché arrossisce quando sente le parole *anstellen* (assumere), civilizzazione, etc.? *Anstellen* ha ancora un’altra determinazione. Ciò risale a una delle sue prime impressioni sessuali – che noi abbiamo già menzionato – che consisteva nello schiacciarsi (*andrücken*) contro qualcuno.

*Ha fatto ciò un numero incalcolabile di volte, in particolare quando faceva la coda per andare a teatro (sich anstellen significa anche far la coda). In effetti, tutta la sua predilezione per la letteratura e l’arte risale a quest’Anstellen, durante la quale aveva anche delle eiaculazioni. Ma aveva sempre paura di essere sorpreso in flagrante delitto. Non cedeva a questo bisogno che controvoglia, ma in modo compulsivo. L’idea di “non essere capace di impressionare la gente” si inserisce bene in questo quadro: chi non viene sorpreso mentre commette un atto punibile non ha certamente nessuna possibilità di impressionare chicchessia. Ma ciò ha una determinazione più profonda legata a un avvenimento che ebbe luogo durante il suo decimo anno e che lo segnò per tutto il resto della sua vita. Durante il suo esame di ammissione al ginnasio (noi troviamo qui l’aspirazione a qualcosa di più elevato: studiare il latino etc.), fu sorpreso mentre stava copiando un esercizio e fu messo alla porta dal maestro. In quest’occasione imbarazzante, ugualmente non aveva impressio-*

*nato nessuno. Ma ebbe paura: per anni al collegio (Realschule\*), un maestro lo prese in giro su quest'incidente. Per questa ragione, non poté barare in questa scuola, quando ne sentiva la tentazione o non era ben preparato, diveniva molto agitato. Di tutte le sue sofferenze in collegio Adler vuole menzionare solo la sua paura di barare (schwindlen\*\*) che lo perseguitò sino all'ultimo giorno e lo tormentò anche durante i suoi esami alla scuola tecnica, infatti, si vide privato di questo espediente molto in uso e molto popolare. Temeva di essere scoperto, cosa che gli avrebbe precluso ogni occasione di meravigliare la gente. Arrossiva ed era anche preso da vertigine (Schwindel) ogni volta che temeva di essere scoperto (per esempio quando faceva la coda). Ed anche dopo che fu eliminato l'arrossire, la vertigine (Schwindel) e la paura rimasero tanto a lungo che egli temette di essere colto in flagrante delitto di truffa (Schwindel).*

Bisogna qui sottolineare che considerava come truffe cose che a noi non verrebbe in mente mai di considerare come tali, per esempio il fatto di essere alle spalle di una signora e di schiacciarsi contro di lei senza che lei sembri accorgersene.

Per il paziente il concetto di truffa ha soggiaciuto a un'enorme "dilatazione": fenomeno che ritroviamo regolarmente nelle successioni d'idee delle persone nevrotiche sotto forma di estensione di un'idea, che si conserva sul piano inconsapevole costituendo così parte integrante di quanto dimora come "incompreso"».

#### X. *Il setting adleriano: interpretazione fra "transfert" e "controtransfert"*

Come è possibile verificare dal Verbale, il modello dottrinario adleriano anti-pulsionale, già nel 1909, presume un "procedimento d'indagine" dei dinamismi psichici e un "metodo terapeutico" che, pur allo stato embrionale, ruotano attorno a cardini epistemici di natura *relazionale*: qualche anno dopo Alfred Adler avrebbe sviluppato un inconfondibile metodo di raccolta dei dati anamnestici relativi alla *costellazione familiare* e ai *primi ricordi*, un'originale concezione finalistica dell'*attività onirica* e l'elaborazione di una peculiare teoria della tecnica relativa a inconfondibili "fattori di spazio e di tempo" caratterizzanti il *setting individualpsicologico*, il tutto coerentemente inserito all'interno di un sistema dottrinario unitario.

\* La Realschule era una scuola secondaria tecnica che preparava gli allievi alle scienze naturali, mentre il Ginnasio insegnava soprattutto le lingue classiche e le lettere.

\*\* L'equivalente tedesco di "barare" è *Schwindel, schwindeln*; queste parole significano anche "vertigine", "avere vertigini", cosa che si rapporta ai sintomi del paziente.

Nello specifico, sappiamo che «Sigmund Freud considera originariamente il *transfert* come un ostacolo al processo terapeutico e solo in un secondo momento giunge alla concezione opposta secondo cui tutte le battaglie nel processo di guarigione sono combattute proprio sul terreno del *transfert*, pur continuando per il resto della propria vita a ritenere il *controtransfert* come un pericolo, un evento indesiderabile sempre da controllare o, meglio da eliminare, in quanto segno di un rapporto analitico erroneamente gestito da parte del terapeuta. [...] Adler [... fin dal 1909] insiste nel sottolineare come il processo terapeutico finisca per coinvolgere inevitabilmente "due persone" in un percorso emotivo comune. [...] Allo stesso modo] il *controtransfert*, in questo senso, diventa il contrappunto *indispensabile* per la comprensione degli accadimenti emotivi che fioriscono all'interno della coppia terapeutica» (13, pp. 27-36).

Alfred Adler, come è possibile arguire dalla lettura del Verbale, riconosce sin dal 1909 il ruolo e gli effetti sia del *transfert* che del *controtransfert*, osando rivelare le emozioni di "antipatia", insomma i sentimenti *controtransferali* provati nei confronti del paziente, quanto sia stato da lui fatto e detto, e in che tempi, all'interno del *setting*, senza mostrare alcuna preoccupazione di essere giudicato, criticato o ritenuto incompetente dai colleghi nell'ammettere pubblicamente le proprie reazioni emotive, anticipando, in questo modo, l'interessante e innovativo articolo di Winnicott del 1949 dal titolo "L'odio nel controtransfert" che tanto ha contribuito ad accendere un contrastato e acceso dibattito sul tema. Ma continuiamo a leggere il Verbale:

«Il relatore menziona, in seguito, rapidamente la relazione che il paziente ha con lui, il medico, e sottolinea a questo proposito che si potrebbero mostrare al paziente tracce di una tendenza omosessuale. Essenziale, in questo caso, è stato il *trasferimento* [*corsivo nostro*, N.d.R.] della rabbia sul medico, cosa di cui quest'ultimo può darsi sia stato, in parte, responsabile, perché il paziente gli era molto antipatico.

La chiave di volta della spiegazione analitica si inserisce nella storia del paziente: egli era innamorato della sua allieva e la guarigione si produsse quando divenne cosciente di quest'amore. Se si fosse tentato di fare dei chiarimenti a questo proposito, più presto, ciò non avrebbe avuto alcun effetto. È qualcosa di completamente differente quando il sentimento decide invece della comprensione logica. Orbene, questo sentimento, il paziente non può averlo che alla fine dell'analisi. Ciò emerge da quanto segue.

*Quando il paziente andava già bene, espresse l'intenzione di chiedere la mano della ragazza. Disse che l'amava, che non poteva vivere senza di lei e chiese il parere del medico, volendo sapere se dovesse fare immediatamente la richiesta di matrimonio.*

Adler rispose che la prudenza non poteva nuocere e che avrebbe fatto bene ad aspettare ancora un po'. Adler aggiunse che era dubbioso che i genitori gli accordassero la mano di una ragazzina di quattordici anni. Il paziente rispose che avrebbe aspettato volentieri per tutto il tempo necessario e che avrebbe tentato, nel frattempo, di portare a termine i suoi studi. Dopo due settimane Adler rincontrò il paziente, che va molto bene ora e che non dice una parola della ragazza. È evidente che il fatto di aver pienamente preso coscienza del suo amore per la ragazza gli ha permesso di divenire un altro uomo. Ciò deriva anche dal fatto che nessuno degli otto punti l'angustia più. Egli ha iniziato a ribellarsi e non si adatta più a tutto; prende lui stesso una sedia quando non gliela si offre etc.».

Adler raccomanda esplicitamente di non fornire al paziente "interpretazioni" premature e precipitose. Sappiamo, infatti, che «La terapia di linea adleriana non può essere intesa come una semplice esperienza intellettuale, asetticamente assimilabile a un intervento di tipo chirurgico. Essa costituisce nella sua essenza un evento "ontologico" di natura *duale* che incide in profondità nel vissuto esistenziale sia del terapeuta che del paziente: la "comprensione" non rappresenta, come avviene nel modello energetico freudiano, il momento risolutore in grado di promuovere l'*insight*, e quindi il "cambiamento ristrutturante" lo stile di vita del paziente, perché è proprio la nuova "esperienza emotiva partecipativa e incoraggiante" offerta fin dal primo colloquio dall'analista adleriano, a creare un'atmosfera relazionale di sostegno e di contenimento empatico tale da rendere possibile l'accesso "progressivo e successivo" alla fase dell'interpretazione, della comprensione, e, quindi, del *cambiamento*» (13, pp. 29-30).

«Un altro punto, finalmente, deve essere ricordato, che appartiene a questo contesto e che, benché non fosse il punto più importante, contribuì in buona parte alla comprensione [del caso]. Esso ci riconduce allo specchio (*Spiegel*) e alla donna dallo stesso nome.

*Una volta terminati i suoi studi il paziente deve scegliere tra la carriera di ingegnere nel settore privato o nella funzione pubblica. Essendo nota la sua predilezione per l'uniforme e il prestigio di un funzionario portatore di una spada, non dovrebbe essere sorprendente che il paziente preferisca la funzione pubblica, nonostante fosse anche tentato dagli alti salari di un ingegnere libero professionista in America. Questo dubbio è una sua caratteristica ed è legato al suo desiderio ed alla sua incapacità di impressionare. Pensava che, se avesse posto la sua candidatura ad un impiego nella funzione pubblica, avrebbe dovuto sottopor-*

*si a controlli medici ed il medico, scoprendo che aveva avuto la sifilide, l'avrebbe respinto per questa ragione. Quando fu tranquillo a questo proposito, restò un ultimo punto: il paziente temeva che, se si fosse sposato, avrebbe fatto la stessa esperienza di molti suoi amici e parenti. La famiglia della sua fidanzata avrebbe ricevuto delle lettere che l'avrebbero informata della sua infezione. E, se la signora Spiegel avesse dovuto apprendere qualcosa di questo genere, cosa di più semplice per lei che mettere tutto in movimento per vendicarsi del fatto che lui si sposa senza il suo aiuto? Ed ecco che cade innamorato di una ragazza la cui famiglia ha dei legami con la sua città natale. Esiste ancora tutta una serie di fattori che potrebbero, anch'essi, portare a una disgrazia.*

La sua avversione per il mercurio non è stata del tutto chiarita. Conoscendo molto bene il paziente, il relatore sarebbe più incline d'un osservatore esterno a dare la seguente spiegazione: l'avversione è legata a un altro dominio della psiche del paziente. Come tutte le persone che vogliono impressionare, il paziente è, sin dall'inizio, contro *tutto*; è anche contro la psicoanalisi e vuole essere ipnotizzato. Non vuole imparare nulla su qualsiasi argomento, perché crede di sapere tutto; se non fosse così, sarebbe una volta di più incapace di fare impressione.

Con ragione uno si chiederà alla fine: "Perché quest'uomo arrossisce?". Ciò non emerge dal materiale. È interessante notare che questo rossore non data solo da quattro anni: il paziente arrossiva già all'età di quattro o cinque anni. Arrossisce ancora adesso, anche dopo la sua guarigione, ma ciò non fa nulla per lui.

*Un tempo arrossiva, per esempio, quando doveva togliersi il cappello davanti a sua zia; si potrebbe chiamare ciò una sorta di esibizionismo e c'è qualcosa di giusto in ciò. Ma c'è qualcosa di più importante: sua zia gli insegnava che bisognava togliersi il cappello e questa lezione gli era sgradevole. E la sua piccola statura era responsabile di tutto ciò.*

A questo proposito, bisogna anche ricordare un particolare, che va da sé e riappare costantemente nel materiale. Questo gioca un ruolo secondario per la comprensione di una tale nevrosi, ma è importante per la psicologia normale: il paziente comparava il suo pene con quello degli altri e trovava quello di suo padre in particolare più grande e più bello.

Così all'origine della sua nevrosi c'è l'impossibilità di fare impressione, cosa che ha provocato un'inibizione generale di aggressione con multiple ramificazioni».

Adler conclude, quindi, la relazione sul caso di rossore compulsivo, dichiarando al “gruppo del mercoledì” che all’*origine della sua nevrosi c’è l’impossibilità di fare impressione, cosa che ha provocato un’inibizione generale di aggressione con multiple ramificazioni*: sebbene manchino ancora due anni all’inevitabile scissione del 1911, è evidente l’attacco polemico nei confronti del sistema teorico freudiano le cui fondamenta sono costruite sulla *pulsione libidica*.

Il caso clinico trattato costituisce, come è possibile verificare, un’interessante sorgente storica da cui possiamo ricavare importanti spunti che ci consentono di ricostruire, da una parte, le prime formulazioni ancora allo stato d’incubazione del pensiero adleriano e, dall’altra, l’entità delle influenze scientifiche reciproche nel rapporto Freud-Adler che si è sviluppato nel corso di una relazione durata dal 1902 al 1911.

#### XI. *Discussione*

«Il professor FREUD apprezza che sia stato esaminato il soggetto particolarmente interessante dell’ereutofobia, forma di malattia di cui ha acquisito un’approfondita esperienza nel corso dell’analisi di tre casi. Uno di essi l’occupò, con delle brevi interruzioni, durante cinque anni. Egli conosce anche il destino successivo di questa persona. Quanto al secondo caso, Freud non l’ha visto che durante quindici giorni; ha preso molti appunti a suo proposito; il paziente interruppe bruscamente il trattamento. Si trattava di un giovane uomo, un truffatore di prima categoria (*Hauptgauner*). Il trattamento del terzo caso dura ancora: si tratta di un uomo intelligente, molto bizzarro, che prolunga costantemente il trattamento perché esso lo rende capace di esistere.

Sulla base di queste numerose esperienze, Freud non può che approvare le osservazioni di Adler sull’ereutofobia. Essa costituisce effettivamente uno stato a parte, che è difficile classificare tra le nevrosi sessuali. È all’isteria d’angoscia che è più vicina, ma essa ha anche un certo numero di tratti che hanno tutta l’aria di essere paranoici, di modo che bisognerebbe assegnarle un posto tra le due forme morbose.

Il primo paziente non è guarito, ma è diventato idoneo a vivere. Dopo il trattamento, egli ha intrapreso un viaggio e ha inviato delle cartoline da due luoghi di cui quest’ultimo aveva anche nostalgia. Egli ha avuto un attacco le due volte che ha messo le cartoline nella cassetta postale. Questo paziente presentava il quadro completo di un’ereutofobia, con un sintomo che lo stesso paziente di Adler non aveva. I casi conclamati mostrano oltre agli attacchi di rossore ac-

cessi di sudorazione profusa. In questo caso il rossore risale agli anni lontani; lo si era notato già entro il sesto e l'ottavo anno del paziente. Il fattore più importante, come ha naturalmente evidenziato Adler, è l'angoscia. Questo paziente continua ad avere attacchi, ma è divenuto capace di esercitare la sua professione e si è sposato: in breve, è guarito da un punto di vista pratico; dal punto di vista teorico, certamente, non lo è. Egli resta malato, si potrebbe quasi dire, unicamente per infastidire il medico.

È stato interessante sentire quali tratti il paziente di Adler ha in comune con i casi menzionati. Freud si accontenta di citarne qualcuno: per esempio l'affermazione del paziente secondo cui non si sente bene che al freddo; si tratta di una falsa correlazione dovuta all'associazione arrossire-sudare, associazione a partire dalla quale i pazienti si espongono al freddo. Colpisce che un fattore sottolineato da Adler giochi il ruolo principale nei due casi menzionati: è evidente che è avvenuta una sostituzione. I due pazienti hanno avuto vergogna di qualcosa e hanno trasferito più tardi questa vergogna su qualcosa d'altro. L'ereutofobia consiste nell'*avere vergogna per ragioni inconscie*. Ciò implica l'incapacità di impressionare la gente, infatti, "vergogna" è giustamente il termine con cui designiamo questo sentimento. La prima cosa di cui questa tipologia di pazienti ha avuto vergogna è stata, sovente, la masturbazione. Più in generale, il segreto del loro sapere precoce in materia di sessualità (il terzo paziente ha provato vergogna a sei anni, quando i genitori hanno discusso di cose che credevano il paziente non capisse). Questa vergogna di conoscenza sessuale prematura è strettamente legata al piacere sessuale furtivo e clandestino, un fenomeno che si trova in rapporto con la sifilide (anche il secondo paziente ne è stato affetto) e che favorisce il transfert della vergogna.

Nel terzo caso era particolarmente evidente un tratto che anche Adler ha rilevato. C'erano molto meno complessi sessuali di quanto ne troviamo abitualmente nelle nevrosi sessuali. Questo paziente era uno "spiantato sessuale" (*Sexual-Lump*); nel caso 1 non si rintracciano parimenti che segni minimi di regressione sessuale.

Il caso 1 è un uomo estremamente bello, magro, di alta statura, etc. Il caso 2 è un uomo insignificante, ma con una testa ragguardevole, ugualmente grande. Il caso 3 è un individuo giovanile e debole.

*Caso 1.* Paura che il pene sia troppo piccolo (l'altro paziente non aveva questa idea) e un caso classico di carattere anale (uno dei significati del suo stato era: essere seduto in bagno e spingere sino a che il suo viso arrossisse).

*Caso 2.* Egli era preoccupato dall'idea di essere sorpreso in flagrante delitto.

*Caso 3.* Un uomo ambizioso e sensibile che voleva fare impressione.

I tre pazienti avevano in comune la paura di radersi. Un tratto paranoico per

eccellenza consiste nel fatto che queste persone affermano di aver anche vergogna per gli altri: hanno degli attacchi mettendosi al posto degli altri. Un tratto nuovo nel caso di Adler, tratto che non appariva con una simile chiarezza negli altri casi, è il desiderio di contaminare il mondo intero.

In seguito questa prima interpretazione – il fatto di aver vergogna per ragioni inconsce – si è rivelata incompleta: le nevrosi non si possono spiegare con una sola istanza, ma solamente con una coppia di opposti: la *vergogna* e la *rabbia*. Solo la coesistenza di queste istanze, l'una attiva e l'altra passiva, spiega i casi di eretofobia: è l'incontro di queste due emozioni che provoca l'attacco».

L'intervento di Freud, come appare anche negli altri Verbali già pubblicati sulla *Rivista*, rivela ancora una volta la sua tendenza a compiere vere e proprie acrobazie diplomatiche, in quanto egli ha bisogno di quel gruppo, di quegli interlocutori, e per tenerli uniti è disposto a ogni sorta di compromesso intellettuale. Anche in questa occasione, pur sforzandosi di non prevaricare, pur rinunciando a dire l'ultima parola e a tirare le conclusioni, non sembra in ogni caso che inviti a sfrondare la propria corona – è l'unico nel Verbale a essere denominato “professore” – sebbene egli cerchi di temperare le critiche con gli elogi, costituisce, in realtà il metronomo della discussione. Il suo intervento, elogiativo nella prima parte, nella conclusione, come è possibile leggere dal Verbale, sottolinea e “critica” senza mezzi termini l'incompletezza diagnostica, a suo parere, della relazione di Adler, cercando di ricondurre nell'alveo del modello ortodosso l'eresia adleriana che, ammettendo l'esistenza di un'*inibizione dell'aggressività* come causa immediata dell'insorgere delle nevrosi, attacca in campo aperto il principio irrinunciabile di una monolitica *pulsione libidica*.

«A questo riguardo bisogna constatare – ed è anche un po' una critica – che l'analisi di Adler non è andata al di là di questa formula. Il problema che dobbiamo ancora risolvere è quello della scelta della nevrosi, problema che riappare costantemente, e che Adler non ha chiarito nella sua relazione.

Per quanto riguarda l'inibizione dell'aggressione, che Adler considera come la causa immediata della nevrosi, Freud ha constatato con piacere che Adler non pone l'accento che sulla seconda parte di questa espressione, mentre lui vorrebbe sottolineare la prima. D'altra parte, emerge dal caso stesso di Adler che non è l'inibizione dell'aggressione che provoca la nevrosi, ma l'inibizione della sessualità; il paziente si è ammalato solamente quando si è innamorato.

FEDERN, a proposito dell'incapacità di fare impressione, osserva che un desiderio e l'incapacità di realizzarlo gli sembrano essere una condizione preliminare della nevrosi in generale. Non è impensabile che si possa in parte derivare

la tendenza di una nevrosi dai rapporti esistenti tra questi smacchi. All'ereutofobia, con le sue forti inibizioni morali, si potrebbe opporre la "*moral insanity*". Mentre nelle altre nevrosi le inibizioni sembrano provenire da una valutazione interiore, l'ereutofobia sembra attribuire importanza alla valutazione del mondo esteriore\*. Può darsi ci sia una chiave per la comprensione della scelta della nevrosi. Gli ereutofobici sembrano essere degli isterici poco dotati che, con i pochi mezzi di cui dispongono, producono una nevrosi che li inibisce nello stesso modo con cui i più gravi sintomi inibiscono un isterico.

SADGER: il desiderio di impressionare un rivale risale – come ha indicato Adler – alla relazione con un fratello minore. Sadger si rammarica che Adler non abbia menzionato la persona agli occhi della quale il paziente voleva superare suo fratello. Probabilmente era sua padre. All'origine dell'incapacità del paziente di terminare i suoi studi, c'è il desiderio che suo padre si prenda sempre cura di lui (Ciò è emerso chiaramente da un altro caso). Forse bisognerebbe mettere più in evidenza il fattore omosessuale.

Sadger ha visto due pazienti affetti da nevrosi ossessiva che contrassero la sifilide durante il trattamento, ma avevano accolto ciò in modo notevolmente spensierato. Per questi pazienti la nevrosi è talmente importante che, in confronto, tutto quello che è organico si cancella. Colpisce vedere con quale leggerezza, in generale, gli isterici prendono le affezioni organiche ed il decorso benigno – sia soggettivo che obiettivo – che queste malattie hanno in loro.

HITSCHMANN osserva che non può far passare questo caso senza cercare la relazione con l'organico. Il rossore è decisamente un sintomo vasomotorio che compare in certe malattie senza essere accompagnato da un particolare stato d'animo (menopausa: le congestioni tipiche; neurastenia etc.). È anche un fenomeno che corrisponde al sentimento fisiologico del pudore sessuale. Le persone che arrossiscono facilmente sin dalla loro giovinezza hanno, forse, un altro tipo di vasi sanguigni e si potrebbe forse dire che è la ragione per cui sono predisposti ai sentimenti di vergogna e di rabbia. Considerando il paziente in modo superficiale si sarebbe tentati di considerarlo un nevrastenico; malgrado l'assenza di sintomi locali, la sensazione di debolezza nelle gambe, la vertigine e altri sintomi rievocano la nevrastenia. L'angoscia relativa agli occhi (incapacità di guardarsi in uno specchio), l'apparenza poco attraente etc. richiamano anche i sintomi della masturbazione, inoltre, il paziente ha la tendenza a farsi dei rimproveri. Per completare la sua esposizione Adler avrebbe infatti dovuto esaminare il problema: "Cos'è psicogeno?".

Hitschmann non trova giustificato che si sottolinei specialmente il desiderio di

\* Questo è l'aspetto paranoico della sua attitudine.

impressionare. Si tratta di una componente molto diffusa della stima di sé (*Selbstgefühl*), componente che appartiene alla pulsione d'autoconservazione mentale (*geistiger Selbsterhaltungstrieb*). Hitschmann trova, inoltre, che Adler non ha completamente dimostrato che la guarigione è dovuta alla presa di coscienza, per il paziente, del suo amore per la ragazza; infatti, in una analisi, la parte di suggestione, di calma, di rialzo della stima di sé etc. sfugge al controllo.

WITTELS ha visto molte persone affette da sifilide che non erano nevrotiche e che hanno esposto altre persone al pericolo d'infezione senza alcun riguardo.

Wittels trova troppo generica la tesi di Adler secondo cui la spiegazione di questa nevrosi risiede nel desiderio di impressionare di questo essere piccolo e insignificante. Adler ha rilevato che i numerosi traumatismi d'infanzia non hanno prodotto nevrosi; ciò non sembra corretto: l'effetto di un traumatismo è dapprima impercettibile. Partendo dalla sua limitata esperienza, Wittels non è del tutto d'accordo con l'affermazione secondo cui la battaglia è vinta una volta che il medico ha compreso le connessioni e costruito un'intelaiatura».

Come in tutti gli altri Verbali, dopo il dibattito, la conclusione finale spetta ad Adler in persona che si difende dagli attacchi, ringrazia chi lo ha appoggiato, precisa, spiega e approfondisce concetti particolarmente complessi, ritornando "ancora una volta" sulla nozione di "inferiorità organica", d'"inibizione dell'aggressività", di "desiderio d'impressionare", ma nello stesso tempo anticipando nuclei teorici fondanti per la Psicologia Individuale come "intelaiatura", "trama", "piano di vita", che subiranno nel corso degli anni aggiustamenti di vario tipo.

«ADLER comincia la sua conclusione con qualche osservazione d'ordine generale. Certi difetti della sua relazione sono dovuti a un'insufficiente preparazione. Così egli non ha neppure presentato tutto quello che aveva annotato a proposito dell'inferiorità organica; per esempio, non ha menzionato la congenita labilità del sistema vasomotorio, che Hitschmann ha avuto il merito di segnalare. L'analisi ha mostrato che si tratta di un'eredità trasmessa dal padre, un uomo irascibile e brutale, portato a frequenti accessi di rabbia.

All'indirizzo di Wittels, Adler deve obiettare che l'intelaiatura non è arbitraria. Il "desiderio d'impressionare" (espressione del paziente) fa, certamente, parte del suo carattere cosciente (Hitschmann), ma è inconscio al momento dell'attacco. Il desiderio di impressionare può manifestarsi in cento modi diversi ed ogni concetto di sentimento di vergogna (al momento dell'inibizione della rabbia) fa parte di ciò: "La battaglia è vinta" è piuttosto una formula vuota, ma Adler è convinto che quest'intelaiatura si applichi a tutto.

È vero che molti casi guariscono senza che si sappia nessuna cosa del suo piano di vita-intelaiatura-trama. A riguardo di questo problema Adler difende il seguente punto di vista: non è sufficiente che il medico sappia di cosa si tratta né che il paziente conosca la via attraverso cui egli può accedere a questa conoscenza: egli deve anche sentirla. Il paziente è caduto malato perché ha "distolto lo sguardo" da questo amore; se noi sapessimo perché, ciò forse ci aiuterebbe a spiegare in larga misura la scelta della nevrosi. La preferenza per il freddo o il caldo è un sintomo fortuito, che, senza dubbio, non compare in tutti i casi. Il paziente voleva anche fare impressione esponendosi al freddo. Ciò non è comprensibile che ampliando la nozione di "impressionare".

Quanto al piccolo pene, Adler ha fatto un'interessante esperienza con due fratelli che hanno avuto tutti due grandi difficoltà nella loro analisi: ognuno credeva che l'altro avesse un pene più grande.

Al fine di evitare malintesi, bisogna trattare più estesamente l'inibizione dell'aggressione. Essa non è la causa della malattia, ma la sua forma. Resta da determinare da dove essa proviene. Ciò ci riconduce al problema di sapere perché il paziente ha "distolto lo sguardo" dalla sua inclinazione. Adler vorrebbe sottolineare che la comparsa di una malattia richiede, in tutti i casi di nevrosi, la presenza di una costellazione di eventi recenti e che questa costellazione è il fattore immediato che fa scattare la malattia. Per quanto concerne il fattore sessuale, è notorio che Adler si oppone un po' a questa concezione, perché, a suo parere, le imperfezioni sessuali infantili e le altre imperfezioni infantili si confondono; crede che questi altri difetti infantili non hanno alla loro origine nessun colore sessuale, mentre la sessualità ha il colore dei difetti infantili.

In risposta a Federn, Adler osserva che non c'è che una valutazione di cui il soggetto e l'oggetto sono necessariamente una parte costituente; le forme di questa tensione variano secondo la costellazione individuale di ogni caso.

Adler non ha mai visto un nevrotico che non presentasse un carattere anale. Ma non si scopre ciò che dopo aver pensato ad allargare i concetti.

È certamente giusto che i sintomi "nevrastenici" predominino (Hitschmann), ma [la classificazione del]la nevrastenia come tale deve essere abbandonata. Il tremore delle gambe, per esempio, proviene dal desiderio del paziente di stendersi ogni volta che doveva stare in piedi.

L'osservazione di Hitschmann concernente la parte di ciò che gioca un ruolo fortuito in un'analisi è naturalmente importante. I concetti non ci permettono

che di scegliere i punti di congiunzione; dobbiamo completare o lasciar cadere ciò che si trova tra questi punti. È un fenomeno analogo alle figure acustiche di Chladni\*».

Nel Verbale numero 67 del 3 febbraio 1909, in realtà, Adler, come abbiamo potuto verificare, non si limita a confermare l'indipendenza della *pulsione aggressiva* dalla *libido*, ma proclama, soprattutto, la sua visione relazionale, olistica e finalisticamente orientata dell'individuo, in cui l'"aggressività" si propone come istanza primaria, con una funzione unificatrice nei confronti delle altre dinamiche psicofisiche. Nonostante Alfred Adler ricopra ancora nel 1909 un ruolo istituzionale primario all'interno della *Società Psicoanalitica di Vienna*, i nuclei epistemologici che infiammano il conflitto con Sigmund Freud appaiono ormai sempre più travolgenti.

\* Ernst F. Chladni (1756-1827), fisico tedesco, fece degli studi sulla trasmissione del suono, per esempio in un metallo ricoperto di sabbia.

### Bibliografia

1. ADLER, A. (1908), Der Aggressionstrieb im Leben und in der Neurose, *Fortschritte der Medizin*, 26: 577-584.
2. ADLER, A. (1920), *Praxis und theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *La psicologia individuale*, Newton Compton, Roma 1970.
3. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La psicologia individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1977.
4. CANESTRARI, R., VIDOTTO, B. (1988), Lo «studio sulla compensazione psichica dello stato di inferiorità organica» come momento di transizione per la «preistoria» e la «storia» della Psicologia Individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 28-29: 25-39.
5. EY, H., BERNARD, P., BRISSET, CH. (1978), *Manuel de Psychiatrie*, tr. it. *Manuale di Psichiatria*, Masson, Milano 1979.
6. FERRIGNO, G., CANZANO, C., MANZOTTI, G., MARASCO, E. (1998), Alfred Adler il mercoledì sera in casa Freud (parte prima), *Riv. Psicol. Indiv.*, 44: 7-22.
7. FERRIGNO, G., CANZANO, C., MANZOTTI, G., MARASCO, E. (1998), Alfred Adler il mercoledì sera in casa Freud (parte seconda), *Riv. Psicol. Indiv.*, 45: 7-19.
8. FERRIGNO, G., CANZANO, C., COPPI, P., MANZOTTI, G., MARASCO, E. (1999), Alfred Adler il mercoledì sera in casa Freud (parte terza), *Riv. Psicol. Indiv.*, 46: 5-26.
9. FERRIGNO, G., CANZANO, C., MANZOTTI, G., MARASCO, E., VOLPE, C. (1999), Alfred Adler il mercoledì sera in casa Freud (parte quarta), *Riv. Psicol. Indiv.*, 48: 5-20.
10. LAVAGETTO, M. (a cura di, 1998), *Palinsesti freudiani. Arte, letteratura e linguaggio nei Verbali della Società psicoanalitica di Vienna, 1906-1918*, Bollati Boringhieri, Torino.
11. NUNBERG, H., FEDERN, E. (a cura di, 1962), *Dibattiti della società psicoanalitica di Vienna, 1906-1908*, Boringhieri, Torino 1973.
12. NUNBERG, H., FEDERN, E. (a cura di, 1978), *Les premiers psychanalystes. Minutes de la Société psychanalytique de Vienne, II, 1908-1910*, Gallimard.
13. PAGANI, P. L., FERRIGNO, G. (1999), Transfert e controtransfert nel setting adleriano, *Riv. Psicol. Indiv.*, 46: 27-42.
14. PAGANI, P. L. (1996), *Il caso della signora B, Dialoghi adleriani*, Quad. Riv. Psicol. Indiv., Milano.
15. PARENTI, F. (1983), *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.
16. ROVERA, G. G. (1999), Il Junktinm adleriano, *Atti 7° Congr. Naz. SIPI, «Il complesso d'inferiorità della psicoterapia»*, Torino 1998: 13-18.

Giuseppe Ferrigno  
Via della Marna, 3  
I-20161 Milano