

## Il silenzio del paziente nel setting psicoterapeutico

GIOVANNA CAZZANIGA

*Summary* – THE SILENCE OF THE PATIENT IN THE PSYCHOTHERAPEUTIC SETTING. The author examined the different meanings the silence of the patient may take on in the psychotherapeutic setting and the related ways of intervention of the therapist, according to some Psychoanalytic schools and the Individual Psychology. According to depths psychologies taken into account, silence is communication even when is an expression of resistance to treatment. It may direct feelings, emotions, experiences, wishes, needs, particular for each patient and therefore should be interpreted only in an individual way. The silence as a way of resistance, according to Individual Psychology, is an expression of the instance of self-assertion which has the aim to safeguard the Self-Style of life and to search for security. Resistance and symptom considered as Self-defence, oriented in a finalist way, are being taken back by some psychoanalytic currents of thought and inserted in their theoretic pattern. The Adlerian psychotherapist flexible, empathic attitude, aware to be involved in the relationship with the patient is even considered as the most effective behaviour to have facing a silent patient. The silence analysis is not only a tool to point out the resistance to psychotherapy and to the changing process, but may result, if the psychotherapist interacts in the corresponding way to the emotional states of the patient, a precious occasion to grasp and promote the expression of the emotions and creativity of the patient.

*Keywords:* SILENCE, COMMUNICATION, RESISTANCE

### I. Premessa

Nel *setting* psicoterapeutico il silenzio del paziente è considerato dalle diverse scuole della psicologia del profondo come una notevole forma di comunicazione [9, 33, 29] anche nei casi in cui esprime un'ostinata resistenza [29]. Le posture, i gesti, l'espressione del viso e degli occhi, le diverse manifestazioni psicosomatiche possono rivelarne la finalità [5], la causa e il contenuto [30, 33].

Questo è in conformità con l'assioma della pragmatica della comunicazione secondo cui «non possiamo non comunicare» (50, p. 41). Ogni comportamento umano è un messaggio per mezzo del quale ogni individuo influenza gli altri, in un'interazione reciproca [50].

Il silenzio del paziente non sempre è un attacco alla cura, non sempre è carico di opposizione, paura, angoscia, ma sovente sottende esperienze, vissuti, emozioni, che hanno una coloritura affettiva variegata. I messaggi inviati dai silenzi possono essere i più diversi, unici per ciascun paziente, poiché si riferiscono alle loro singolari esperienze di vita, al loro unico schema d'appercezione, al loro singolare e irripetibile *stile di vita*. Come afferma Adler, «lo stesso sintomo, osservato in due soggetti diversi non ha mai lo stesso significato» (9, p. 367). Pertanto anche il significato del silenzio «può essere stabilito solo individualmente» (38, p. 85).

## II. *Il silenzio come comunicazione per alcune psicologie del profondo*

La “psicologia interpersonale” pone in relazione il silenzio del paziente con i personali passati rapporti intersoggettivi e con il proprio “bisogno di sicurezza” [49]. Un paziente può tacere perché, nell'infanzia, non ha vissuto l'esperienza del comunicare tanto da non sapere «come comportarsi al riguardo» (27, p. 153). Per altri, per i quali il parlare aveva la funzione di celare la propria insicurezza, il silenzio può esprimere la fiducia nel terapeuta come prima persona con la quale le parole non sono necessarie per comunicare. In queste situazioni, è opportuno concedere lunghi periodi di «amichevole silenzio» (*Ibid.*, p. 153).

Il terapeuta, di fronte al mutismo prolungato del paziente schizofrenico che ha rotto ogni relazione con il mondo o ha conservato solo legami di tipo paranoide, deve comprendere il suo timore o la sua incapacità a comunicare, rispettando il suo silenzio: occorre fargli sentire l'“accettazione”, offrendogli un rapporto di sicurezza superiore a ogni altro mai sperimentato [49]. Questo nuovo “rapporto” permetterà al paziente di acquisire una fiducia di base che lo potrà riaprire alla comunicazione, poiché «anche nel malato più grave, il desiderio di unirsi alla comunità è raramente del tutto esaurito» (10, p. 731). La situazione di silenzio e di comunicazione non verbale potrà essere interrotta dalla voce rassicurante del terapeuta che farà sentire in tal modo la sua presenza. Durante il silenzio egli potrà osservarlo in modo empatico onde cogliere dai suoi movimenti, dai cambiamenti di posizione, dai suoi gesti il segno di una possibile apertura e di un ritorno alla comunicazione verbale. Potrà allora interromperlo, fornendo eventuali osservazioni interpretative relative al materiale emerso prima che il paziente iniziasse a tacere.

Il silenzio che comunica “riflessione” in relazione ai suggerimenti del terapeuta o a nuovi modi di vedere i problemi è un *silenzio creativo* e come tale non deve subire interferenze [27].

Per la *psicologia delle relazioni oggettuali*, e in particolare per Melanie Klein, se il paziente tace perché ha difficoltà a iniziare a parlare, è consigliabile che il terapeuta gli conceda il tempo necessario a superare tale difficoltà. Se il silenzio si protrae, l'analista può cercare di intervenire, interpretandone le possibili motivazioni che possono risiedere nel materiale emerso nella seduta precedente.

Quando il silenzio comunica "soddisfazione" o il "piacere d'essere insieme con l'analista", la Klein ritiene che esso vada accettato e non debba essere interrotto da un'interpretazione [34]. Il silenzio riflessivo può essere un tentativo del paziente di scoprire qualcosa dentro di sé.

Winnicott ha individuato nel silenzio di alcuni soggetti in cura una "non-comunicazione attiva" in cui i pazienti vivono la relazione con l'analista come falsa o acquiescente poiché intrattenuta dal Falso Sé. Il ritorno alla comunicazione silenziosa o segreta, che coinvolge il Vero Sé è avvertita come reale e riporta, di conseguenza, a una situazione di equilibrio.

«Un periodo di silenzio può essere il contributo più positivo che il paziente può offrire» (*Ibid.*, p. 244). L'analista, in un gioco d'attesa, potrà, eventualmente, interpretare le posture, i gesti e i vari comportamenti. Balint ha evidenziato la natura regressiva dei silenzi dei pazienti e ne ha individuato tre tipi:

- Il silenzio del paziente assorbito nell'area creativa, caratterizzata dall'assenza dell'oggetto. Sua principale occupazione è il produrre qualcosa al di fuori di sé. L'analista, non potendo partecipare attivamente al processo creativo, «può osservare dall'esterno il paziente mentre è all'opera» (12, p. 148).

- Il silenzio come calma e tranquilla esperienza, con cui il paziente tenta di ristabilire «l'armoniosa mescolanza dell'amore primario che esisteva tra l'individuo e il suo ambiente prima della comparsa degli oggetti» (*Ibid.*, p. 304). Il terapeuta deve astenersi dal fornire interpretazioni per non interrompere una situazione di «crescita e d'integrazione» (*Ibid.*, p. 78).

- Il silenzio che si rifà a un'esperienza di «orribile vuoto, pieno di sospetto, rifiuto e aggressività (Ivi) [...] ostile alla vita e alla crescita» (*Ibid.*, p. 304). In questo caso il paziente deve essere aiutato tempestivamente a uscire e a riaprirsi alla comunicazione.

È importante che il terapeuta sappia riconoscere il tipo di silenzio, cercando di non lasciarsi influenzare dalle reazioni soggettive controtransferali o dalle personali aspettative teoriche.

Khan, nel descrivere il caso di Peter, ha rivelato come il tacere del giovane paziente assolvesse la funzione di comunicare al terapeuta, nella relazione tran-

sferale, il primitivo rapporto patogeno con la madre. Il silenzio permetteva, inoltre, a Peter di ricordare, integrare e rielaborare il «trauma cumulativo originario» che nella fase puberale aveva portato allo smarrimento dell'identità.

L'astinenza da ogni intervento terapeutico, da qualsiasi interpretazione o rassicurazione, il vivere "con il paziente" i silenzi, sperimentando, attraverso il controtransfert, ogni sfumatura del comportamento del suo corpo e del suo mondo interiore, permisero a Peter di comunicare i conflitti e le difficoltà profonde [33].

Secondo la *psicoanalisi classica*, i silenzi possono riflettere «fantasie inconscie di unione perfetta con il terapeuta vissuta attraverso una traslazione materna» (38, p. 86). Un silenzio improvviso può comunicare che il paziente sta rivivendo un'esperienza di vita ben precisa o un trauma del passato in cui il silenzio era stato un elemento importante. Un silenzio inquieto, agitato, a occhi aperti può indicare che il soggetto sta ripetendo, in presenza dell'analista, l'eccitazione silenziosa e l'angoscia della scena primaria [29]. In questo caso il silenzio costituisce il contenuto stesso di un vissuto del passato [30]. Il silenzio accompagnato da uno stato d'equilibrio e di fiducia può indicare l'identificazione con un oggetto silenzioso accogliente, come l'analista. Raramente e in pazienti particolarmente disturbati, l'identificazione si ha con un oggetto inanimato, addormentato o morto [26, 29].

Per Langs, a volte, i silenzi dei pazienti con un Io fragile, difese deboli e tendenza alla messa in atto (borderline, narcisisti o con gravi disturbi della sfera emotiva) possono essere espressione, oltre che di gravi traumi del passato, anche di sfiducia e di tendenze paranoidi, di relazioni oggettuali carenti e di desideri di legami eccessivamente intensi. In altri casi possono collegarsi a fantasie sessuali e/o distruttive coscienti nei confronti del terapeuta dalle quali il paziente si difende; il tacere può esprimere una loro gratificazione attraverso la compromissione dell'alleanza terapeutica [38].

Per Greenson il silenzio del paziente può essere indice di un momento costruttivo del paziente, di una pausa per «misurarsi con il nuovo insight o assimilarlo» (29, p. 139). Questo tipo di silenzio creativo dovrà essere seguito da materiale che confermi la giustezza dell'interpretazione.

### III. *Il silenzio come comunicazione secondo Alfred Adler e la Psicologia Individuale*

III.1. *Comunicazione non verbale. Linguaggio degli organi.* Adler ha dato rilevanza alla comunicazione non verbale e al "linguaggio degli organi" per la comprensione profonda delle dinamiche della personalità, del modo in cui il soggetto «si rapporta alla sua meta» (9, p. 240).

Egli afferma che non è rilevante ciò che l'uomo pensa e dice di se stesso, poiché l'unica cosa che ha valore sono le sue azioni [4]. Utilizzava, pertanto, per «scoprire il significato della vita che il paziente si era dato» (5, p. 23), la tecnica di sospendere l'ascolto delle parole ed esaminarne con attenzione l'atteggiamento.

Il paziente può rivelare se stesso con la comunicazione non verbale, con ogni movimento del corpo, posture, gesti, espressioni del viso, con le inflessioni della voce, con la sequenza, il ritmo e la cadenza delle parole [32, 50], con i silenzi e con ogni altro messaggio analogico che l'organismo sia in grado di inviare.

Altre volte il paziente può esprimere il suo sentire emotivo attraverso veri e propri «cambiamenti degli apparati» (5, p. 50), disturbi nella funzione di alcuni organi che meglio si prestano a simboleggiare, a mascherare e a realizzare le sue finalità inconse [42]: il cosiddetto “linguaggio degli organi”. Si possono manifestare, in tal caso, rossori, palpitazioni, tremori, pallori, vertigini, nausea e le più svariate sintomatologie psicosomatiche.

Lo psicoterapeuta adleriano, pertanto, ascolta, ma anche osserva il paziente, poiché «entro certi limiti ogni emozione trova sbocco in qualche espressione somatica. Il corpo parla sempre» (5, p. 50) con un proprio linguaggio, unico e irripetibile per ciascun individuo in conformità con lo *stile di vita*.

III. 2. *Silenzio del paziente come comunicazione*. Adler non ha affrontato in modo sistematico il problema del silenzio del paziente nel processo analitico, ma dai suoi scritti possiamo cogliere i significati che egli attribuiva a questo fenomeno. Il silenzio, come ogni manifestazione psichica, comparato agli altri movimenti particolari, può condurre il terapeuta a svelare la linea direttrice del paziente e la sua inconscia mèta fittizia [2].

Quando l'uomo rinuncia alla parola per comunicare, come avviene nella mimica, nella pantomima, nella musica, tende a impressionare maggiormente gli altri [9]. Il paziente silenzioso, non racconta le esperienze, le emozioni più intime con le parole ma, “mimo di se stesso”, le esibisce direttamente, le interpreta con la gestualità, con l'espressione del viso, con ogni movimento. Egli svela se stesso con enfasi attraverso tutto il corpo, fornendo «un compendio delle sue finalità consce e inconse» (44, p. 9).

Per Parenti brevi silenzi possono manifestarsi nelle prime fasi della terapia, nel corso della raccolta dei dati concernenti la costellazione familiare, la motivazione. Il terapeuta può interromperli con domande opportune, lasciando, all'occorrenza, degli attimi di pausa. Quando il silenzio esprime, più o meno palesemente, il bisogno di riflessione, occorre concederlo senza alcuna interruzione [42].

Per Heinsterkamp, il silenzio del paziente può esprimere il primitivo e inconscio bisogno pre-verbale di simbiosi, «di voler essere insieme al terapeuta senza parole, di essere capito senza parole, di essere con lui una cosa sola» (31, p. 14). Lo psicoterapeuta, non potendo soddisfare in pieno questo desiderio, può aiutare il paziente «tacendo con lui» (*Ibid.*, p. 14). Se il terapeuta vuole rompere il silenzio “deve negoziarlo” col paziente.

Il silenzio può essere una reazione a un'interpretazione, a una confrontazione o a una comunicazione non attesa del terapeuta. È un silenzio “parlante”, con il quale egli rivela emozioni o sentimenti al riguardo [32].

Il silenzio prolungato del paziente, come modello di comunicazione, può riflettere il suo peculiare Stile di vita [46]. In quanto sintomo, è un segnale-simbolo per mezzo del quale egli comunica al terapeuta un'insicurezza, un bisogno, «inconsciamente desiderato e temuto» (15, p. 159) e nel contempo tende a soddisfarlo. Egli tenta in tal modo di salvaguardare l'integrità del proprio Sé e di compensare il senso di inferiorità-incompletezza [46].

Il setting psicoterapeutico, luogo d'incontro dei due “stili di vita” individuali e diversi, favorisce il riprodursi delle mète e dei vissuti dei due soggetti coinvolti nel lavoro terapeutico. L'ascolto da parte dello psicoterapeuta dei vissuti e delle emozioni suscitati o ri-suscitati sul piano controtransferale dai silenzi e dagli affetti del paziente è lo strumento più efficace per comprendere e decodificare la comunicazione verbale e non verbale [15]. L'identificazione con lo stile di vita del paziente e la sua accettazione (identificazione culturale), la creazione di un “Dizionario comune di comprensione” e l'identificazione transindividuale possono guidare, intuitivamente, il terapeuta a decidere quando intervenire e con quale strumento quando si trova di fronte al silenzio.

#### IV. *Il silenzio come resistenza*

IV.1. *Il silenzio come resistenza per alcune psicologie del profondo.* Il silenzio, durante la seduta analitica, può essere considerato una forma di resistenza [25, 30] con la quale, consciamente o inconsciamente, il paziente tenta di opporsi al processo psicoterapeutico, per impedire l'accesso alle proprie dinamiche inconscie [22, 39], per evitare l'angoscia [27, 30], per difendere la struttura nevrotica autocostruita [25]. Il silenzio, come ogni altra forma di resistenza, va analizzato e capito [11].

Per la *Psicologia interpersonale* le resistenze sono viste come difese tipiche di ciascun individuo, come «funzioni regolatrici di ogni relazione». Nella situa-

zione di *transfert* esse vanno interpretate come conseguenza di tentativi falliti nel corso della vita di trovare sicurezza e soddisfazione nei rapporti interpersonali [40].

Per Fromm-Reichmann il silenzio di resistenza del paziente deve essere affrontato e interpretato dal terapeuta, non con rimproveri o ammonimenti, ma con l'offerta di quell'aiuto necessario a consentire l'emergere della comunicazione. Il terapeuta deve indagare sulle esperienze genetiche e sui processi dinamici che stanno alla base del silenzio di resistenza e, in seguito, fornire l'interpretazione, promuovendo nel paziente la comprensione del significato nascosto [27].

Per la *Psicologia delle relazioni oggettuali* la resistenza dei pazienti attraverso il silenzio a seguire il principio delle libere associazioni nasce dalla mobilitazione di difese contro la sofferenza causata dai conflitti originari. Ogni forma di resistenza va compresa e analizzata [47].

Per Balint il silenzio esprime quasi sempre una resistenza al processo analitico ma, se il paziente «*sta scappando* [...] da un conflitto,» sta anche *correndo verso* [...] una situazione in cui si sente “relativamente sicuro” [...] nella quale può trovare una soluzione creativa per il problema che lo tormenta» (12, p. 147).

Per la *Psicologia del Sé*, e per Kohut in particolare, spesso la resistenza, e come tale anche il silenzio e la rabbia che si manifestano nella relazione trasferale «sono una forza sana, che salvaguarda l'esistenza di un rudimento di Sé nucleare che si è stabilito nonostante la distorta empatia dei genitori» (35, p. 139). Il paziente sperimenta le interpretazioni come fallimenti empatici dell'analista e rivive l'esperienza traumatica primitiva, geneticamente importante, della risposta non empatica dell'oggetto-sé. La «situazione analitica *diventa* il passato traumatico e l'analista *diventa* l'oggetto-Sé traumatizzante della prima infanzia» (36, p. 228).

IV. 2. *Psicoanalisi classica*. Secondo Thoma e Kachele ogni forma di resistenza ha la funzione di mantenere una situazione d'equilibrio che, pur causando delle limitazioni alla libertà di movimento del paziente, gli garantisce una certa “sicurezza e stabilità” e la riduzione dell'angoscia [40].

Lo psicoterapeuta, di fronte a un paziente costantemente silenzioso, deve considerare questa resistenza con curiosità e interesse, cercando di favorire l'instaurarsi di un clima di cooperazione per cercare con il paziente l'origine della resistenza. L'interpretazione potrà essere proposta solo nel momento in cui egli riterrà il paziente disposto ad accettarla [28].

Il silenzio, spesso, è una reazione o a elementi cruciali emersi nel corso della

seduta o a fatti che possono aver deluso o irritato il paziente [29, 48]. Esso può essere una risposta alle interpretazioni scorrette del terapeuta, o a interpretazioni esatte nel contenuto, ma erronee nel tempo e nel dosaggio. In tal caso il silenzio del paziente esprime la delusione per non essere stato compreso, e l'analista è percepito come ostile, sprovvisto di tatto e di sensibilità [29].

## V. Il silenzio come resistenza per Alfred Adler e per la Psicologia Individuale

V.1. *Linguaggio verbale e sentimento sociale.* Adler ha sottolineato la “funzione sociale” della parola e del linguaggio, «creazione comune dell'umanità» (5, p. 201), «che contribuisce a differenziare l'essere umano da tutte le altre specie viventi» (9, p. 135). Il linguaggio è prodotto ed espressione del sentimento sociale, perché, «parlare, leggere e scrivere sono azioni che presuppongono un'interdipendenza tra gli esseri umani» (5, p. 201). Il sentimento sociale, «attitudine innata» (9, p. 139), «schema di riferimento [... trova nella madre] la prima fonte» (4, p. 34), la guida per un suo iniziale “sviluppo verso l'interno, verso se stesso”, per la costruzione e “coesione del Sé” [16, 18]. Una volta stabilito lo schema, il bambino, «guarderà, ascolterà, parlerà in rapporto a sua madre» (4, p. 34). Questo consentirà, in un secondo tempo, se la madre non avrà fallito in questa sua prima funzione, il suo allargamento verso l'ambiente esterno [16], al quale il bambino potrà avvicinarsi fiducioso con il desiderio di cooperare. Il linguaggio, elemento “connettivante”, sarà uno degli strumenti per mezzo del quale il bambino, inserito nel consorzio umano, potrà adempiere ai tre compiti esistenziali: amore, amicizia e lavoro [5, 6].

Quando la madre non ha saputo o potuto adempiere a questa sua importante funzione, il bambino, non incoraggiato in tale direzione, si sentirà inadeguato ad affrontare i compiti della vita.

V. 2. *Finalità dell'analisi adleriana e ruolo dell'analista.* Poiché finalità della psicoterapia individuale è quello di risvegliare nel paziente il *sentimento sociale*, il terapeuta adleriano dovrà assumere, nei confronti del paziente, «una tardiva funzione materna» (9, p. 379) e, attraverso l'identificazione empatica, «vedere con gli occhi, udire con le orecchie, sentire con il cuore del paziente» (4, p. 135). Le parole di Adler: «io debbo parlare nel modo in cui ritengo che ognuno debba parlare allo scopo di essere compreso» (*Ibid.*, pp. 33-34), indicano chiaramente che il sentimento sociale del terapeuta si esprime anche parlando con un linguaggio comprensibile. L'uso di un linguaggio incomprensibile è espressione della volontà di potenza del terapeuta, del desiderio d'affermazione del suo sentimento di personalità [13]. Il terapeuta che non cerca di adattare il proprio linguaggio alle capacità fruibili di chi ascolta crea confusione, disorientamento e quindi non incoraggia il paziente [24].



La funzione del terapeuta adleriano è quella di mettere il paziente nella condizione di vivere «un'esperienza di amicizia» (9, p. 379), di creare un'atmosfera accogliente nel *setting*, col fine di diminuire in lui il sentimento di inferiorità e, nel contempo, incrementare il sentimento comunitario, attraverso il processo di incoraggiamento [2]. Una maggior apertura e disponibilità verso se stesso sfoceranno in un analogo atteggiamento nei confronti degli altri [23]. Il terapeuta fa da ponte tra la società e il paziente, così come avrebbe dovuto fare la madre e lo guida, gradatamente, alla cooperazione.

V. 3. *Silenzio come resistenza in Adler, espressione della volontà di potenza, salvaguardia del Sé-Stile di vita.* La resistenza è l'insieme di quelle forze e di quei meccanismi, prevalentemente inconsci, ma occasionalmente consci, che inducono il paziente a difendersi contro la cura [37]. Il paziente che non comunica con le parole, più o meno consapevolmente, «si difende contro il trattamento» (9, p. 376) al fine di salvaguardare il sentimento di personalità, resiste perché manca della capacità di cooperare e del «coraggio necessario a ritornare sul lato utile della vita» (9, p. 376).

Il silenzio di resistenza, la chiusura alla comunicazione verbale è, secondo la Psicologia Individuale, espressione della volontà di potenza. Kruttke Ruping precisa che ogni forma di resistenza è la variante specifica di fenomeni, presenti in tutti gli esseri umani, di rassicurazione e difesa, costituiti da una forza positiva volta al mantenimento di se stessi e dell'esistenza. Nel nevrotico questo fenomeno assume un aspetto di rigidità, d'ipercompensazione che, oltre al dispendio enorme di energia, lo conduce sempre in un vicolo cieco dal quale egli non riesce ad uscire [37].

Secondo Kurt Adler ogni paziente, anche il più motivato, tende a mantenere il proprio sistema nevrotico di difese. Egli resiste al trattamento poiché teme un cambiamento dello *stile di vita*, da lui stesso creato e da sempre considerato come unica modalità che gli consente di affrontare l'esistenza senza perdere il prestigio e l'immagine di sé. Egli vive con paura mortale la possibilità di tale perdita. Solo la possibilità d'instaurare rapporti con altre persone su base più paritaria e amichevole potrà accrescere la fiducia e l'autostima, diminuendo le resistenze [7].

Per Parenti il silenzio, come difesa, rivela che si stanno affrontando problemi cruciali per il paziente. Importante è che il terapeuta ne comprenda le «finalità palesi e segrete» (42, p. 121), chiedendo al soggetto come lo viva.

Ne *Il temperamento nervoso* Adler sostiene che l'analista non deve esitare a interpretare le diverse forme in cui si manifesta la resistenza, tra cui il mutismo

e il silenzio ostinato «come strumenti che il malato usa per svalutare tutti, medico compreso» (1, p. 210). Ma aggiunge che solo dimostrando amicizia e interesse per il paziente, solo accordandogli fiducia, il terapeuta potrà fargli acquisire quel tanto di autostima che gli consentirà di “gettare le armi” e d’aprirsi alla cooperazione.

#### VI. *Un caso clinico: G., il paziente silenzioso*

G., un giovane di ventitré anni, primogenito di due figli maschi, è pressato a intraprendere una psicoterapia dai genitori, preoccupati per il suo isolamento. G., fin dall’infanzia, comunica con il mondo a fatica e raramente. Ha solo rapporti circoscritti all’interno del nucleo familiare e lavorativo. Non condivide con nessuno esperienze, sentimenti ed emozioni.

G., fin dalle prime sedute, manifesta un atteggiamento silenzioso, una postura del corpo rigida, una gestualità contratta. Egli, con la sua staticità, sembra non voler comunicare nemmeno con il corpo. In realtà questo non parlare rivela il suo *stile di vita*. Egli ha utilizzato questa “distanza di sicurezza” nei rapporti con gli altri fin dalla più tenera età. G. vive ogni situazione di gruppo come se fosse “uno contro tutti”. Per lui la vita è una sua lotta solitaria contro un mondo percepito fin dall’infanzia come ostile.

G. si è sempre percepito “sbagliato”, non si è mai sentito accettato dai genitori. Ha sviluppato un sentimento d’inferiorità che gradatamente lo ha allontanato dalla via che porta alla cooperazione. Si è chiuso alla comunicazione per salvaguardare il proprio Sé-Stile di vita, per evitare di far trapelare la sua insicurezza, per tutelarsi da ulteriori ipotetiche sconfitte e delusioni. Egli persegue una mèta finzionale di perfezione, di uomo stoico, «di eroe solitario che tende a salvare e sostenere l’ideale fittizio di personalità» (14, p.33).

VI. 1. *La costellazione familiare*. La famiglia sembra chiusa ai rapporti sociali con l’esclusione di parenti e amicizie consolidate da anni. Il mondo esterno è vissuto come pericoloso, abitato da persone di cui bisogna diffidare. La madre appare come persona ansiosa, irascibile, scarsamente propensa al sorriso, poco attenta ai bisogni di tenerezza e di accoglienza dei figli, ma solerte nel controllare i loro risultati scolastici e lavorativi. Attaccata al suo lavoro, ha sempre affidato G., fin dalla prima infanzia, a figure parentali diverse.

Il padre, impiegato, è autoritario ed esigente nei confronti dei figli, controlla ogni loro azione e non concede loro fiducia. I genitori hanno fornito un modello di coppia poco espansiva, schiva da ogni manifestazione d’affetto che implichi un contatto fisico.

Il fratello, di tre anni più giovane di G., combatte più apertamente per l'affermazione di sé nell'ambito familiare. Il rapporto tra fratelli è complice nella difesa dell'autonomia dai genitori, ma non vi è una gran confidenza reciproca.

VI. 2. *I primi ricordi.* I primi ricordi mettono in evidenza come lo stile di vita che G. ha portato in seduta con il suo silenzio ostinato fosse già presente nella prima infanzia.

Nel primo ricordo, il paziente ha sette anni. *«Il maestro mi aveva avvisato che il giorno dopo mi avrebbe interrogato. Ho studiato con impegno, ma quando sono stato interrogato non ricordavo nulla. Il maestro mi ha rimproverato per la mia negligenza. Io mi sono difeso, ma non sono stato creduto. A un certo punto ho ricordato la lezione, ma sono rimasto zitto perché ero arrabbiato».*

Da quel giorno G. si è isolato dal resto della classe, non ha più cooperato nel lavoro comune e ha cominciato a impegnarsi per dimostrare a se stesso e agli altri di essere in grado di fare da solo quanto gli fosse richiesto.

Il secondo ricordo si riferisce a un episodio nella scuola media. G., inserito in una classe "difficile", tenta di socializzare e, scherzando, lancia il portapenne di una compagna. Questa risponde con rabbia e ottiene l'alleanza del resto della classe. Un compagno lo prende a pugni e lui reagisce. G. è punito dal preside che non tiene conto della provocazione. G. si sente nuovamente "uno contro tutti", si isola e si ripropone di diventare diverso da loro, di diventare il migliore a scuola. Più volte successivamente sarà picchiato da compagni di gioco, ma rimarrà muto, inerte, reagirà alla violenza con un silenzio ostinato, nel tentativo di non far trapelare la rabbia, il senso di umiliazione, la sofferenza che provava dentro di sé.

Il terzo ricordo si riferisce all'età di circa quattro anni. La zia che lo accudiva, al ritorno della madre dal lavoro, lo invita a dare un bacio alla mamma. Ma quest'ultima risponde: «Quello lì non bacia nessuno, lui baci non ne dà!». Da allora G. baci non ne ha più dati e ha limitato al massimo il contatto fisico con le persone. In altri ricordi la presenza di una figura che si schiera con lui gli ha fornito la speranza di non essere del tutto "sbagliato".

VI. 3. *Diagnosi e progetto terapeutico.* L'assessment diagnostico-strutturale ha permesso di evidenziare nel giovane paziente G. sintomi prevalentemente ossessivi. L'ambivalenza e la dipendenza emotiva, l'alta conflittualità e la relativa sofferenza concorrono a formare un quadro di Disturbo Ossessivo-compulsivo dell'Asse I con sottostanti tratti del carattere tipo Disturbo di Personalità Ossessivo-Compulsivo dell'Asse II [8].

G., in risposta ai rapporti primari con le figure genitoriali, ha strutturato uno stile di vita orientato verso una mèta finzionale di superiorità. Il sentimento d'inferiorità-insicurezza, la bassa autostima lo hanno portato a elaborare espedienti di salvaguardia col fine di preservare l'immagine idealizzata del Sé e di allontanare ogni possibilità di insuccesso.

L'atteggiamento esitante, il dubbio ossessivo che blocca ogni decisione e che porta all'immobilità, la distanza di sicurezza frapposta tra sé e gli altri, tra se stesso e le decisioni della vita, l'inibizione dei sentimenti, il controllo eccessivo delle emozioni e del comportamento, i tratti del carattere quali l'ostinazione e la rigidità, la diligenza, l'eccessiva serietà, la scrupolosità sono inseriti in un'unica *linea direttrice* e concorrono a preservare il *Sé-Stile* di vita di G., a evitare l'angoscia e a tentare di raggiungere le mète fittizie.

L'equilibrio e il controllo dell'insicurezza sono ora mantenuti dal prevalere del sentimento d'autoaffermazione sul sentimento sociale. Il Sé del soggetto è coeso e mantiene il contatto con la realtà anche se questa, a volte, non viene percepita in modo obiettivo; il Sé Normativo [17, 21] è rigido. Queste caratteristiche, la egodistonia, la conflittualità, una buona dotazione intellettiva e la possibilità di *insight* hanno fornito indicazioni per un trattamento a orientamento psicodinamico individualpsicologico.

Sono stati valorizzati i desideri di G. di acquisire autonomia, di unirsi agli altri per cooperare, di trovare una compagna per la vita e d'impegnarsi costruttivamente nell'attività lavorativa, per incoraggiarlo a iniziare un percorso psicoterapeutico.

VI. 4. *Progetto terapeutico*. Finalità della psicoterapia, in una prima fase, sarà quella di far acquisire al paziente quella fiducia sufficiente a rinunciare alle difese più controproducenti, soprattutto quelle che si oppongono alla cura. L'incremento del sentimento sociale e il conseguente riequilibrio più armonico delle due istanze fondamentali potranno portare G. a far sua la richiesta d'iniziare un percorso psicoterapeutico. In un secondo tempo, sarà possibile riformulare col paziente un nuovo "accordo" [42, 43] terapeutico. La durata del trattamento è difficile da determinare a *priori*, a causa della chiusura al mondo già radicata nel paziente fin dalla prima infanzia. Si cercherà, quindi, di trasformare l'intervento *supportivo* in una psicoterapia prevalentemente *espressiva*, al fine di consentire al paziente una più avanzata maturazione del Sé.

VI. 5. *Le sedute: dal silenzio di resistenza, ostile e aggressivo al silenzio di pace*. La psicoterapia, tuttora in corso, ha avuto la scansione di una seduta alla

settimana. La posizione è stata faccia a faccia. Questo ha permesso ai due “attori” del *setting* di osservarsi a vicenda, in un rapporto che, seppur non propriamente paritario, evita di creare un’eccessiva distanza emotiva tra i due.

Sono state individuate, nel corso del processo psicoterapico, tre fasi nelle quali il silenzio, mezzo di comunicazione prevalente, cambiava di tonalità affettiva:

- la prima fase, prevalentemente esplorativa, volta a riconoscere lo Stile di vita del paziente e la sue risorse creative [18, 43], ha inizio con la prima delle sessanta sedute. Dalla prima seduta l’atteggiamento di G. indica una notevole resistenza alla collaborazione. Egli dichiara di non essere interessato a iniziare un lavoro su di sé e di essere venuto solo perché spinto dai genitori. Teme di “perdere l’equilibrio conquistato con tanto dolore”.

In questa prima fase G. parla pochissimo. Ogni mio intervento, volto a stimolare la comunicazione, viene avvertito da lui come intrusione. Il silenzio è gravido d’opposizione e aggressività. Ogni mia parola, ogni mio movimento scatenava in G. una tempesta emotiva: il collo chiazzato di rosso, i gesti contratti, i pugni e le braccia che si tendono mi segnalano la sua rabbia. Mi sento costretta a essere statua, ma il mio corpo mi indica l’onere di questa costrizione: le mie spalle che si contraggono e fanno male mi segnalano che il peso da sopportare è molto gravoso.

Dalla mia reazione, dal mio controatteggiamento trovo conferma che il silenzio di G. è carico d’aggressività. Il giovane paziente, però, non è consapevole della rabbia che comunica col silenzio. G. esprime la sua ambivalenza, aspira a un vissuto fusionale, “totipotente”, mediante il quale controllarmi fino a non farmi muovere. Sono l’ambiente esterno ostile, da controllare, ma sono anche l’oggetto-sé [35, 36] accogliente con cui fondersi.

Sono consapevole di quello che non devo fare: non essere pressante nell’indurlo a parlare per non riprodurre la dinamica familiare che lo ha portato al silenzio ostinato. L’unico modo per guidarlo verso la collaborazione è l’accettazione del suo silenzio, della sua opposizione, della sua rabbia, condividendo con lui il suo dolore e le sue sofferenze.

Nella seconda fase, intermedia, al silenzio carico d’aggressività si alterna “uno stare bene in due, senza le parole” che diventa sempre più frequente. I miei interventi non destano più rabbia, ma interesse. G. sorride, parla a tratti e spontaneamente. G. sembra non percepirmi più come “oggetto” ostile, ma come persona amica della quale ci si può fidare.

Il suo atteggiamento cambia anche nei rapporti con i colleghi che ora lo invitano a uscire. Per la prima volta va in vacanza da solo. È soddisfatto di sé perché

ha potuto verificare di poter essere autonomo “senza far male a nessuno”. Questi successi hanno allentato le resistenze e lo portano a desiderare un cambiamento nel suo Stile di vita. G. inizia a collaborare attivamente, ma per lui, da sempre chiuso al mondo delle parole, risulta difficilissimo comunicare con il linguaggio verbale.

In questo periodo racconta se stesso, le sue esperienze, i suoi sentimenti del passato e del presente, i suoi progetti per il futuro, anche con scritti, con fotografie, con testi e musiche di canzoni e con immagini della sua fantasia. Rivela il significato dei silenzi della prima fase: le parole possono far male perché trasmettono rifiuti; possono deludere gli altri, in particolare i genitori, sempre critici nei suoi confronti. Resisteva alla terapia perché rappresentava per lui una sconfitta, il non avercela potuto fare da solo, l'aver accondisceso al padre.

Si è entrati nella terza fase del silenzio che dura tutt'oggi. Ora il tacere in seduta equivale a una pausa di pace, in cui sentirsi, “libero”, “leggero”. Le emozioni che circolano sono spesso di coesione. G. sembra aver compreso non solo a livello emotivo, ma anche sul piano cognitivo i passi fatti: vuole fare una pausa per poi riprendere il cammino.

Ora è lui stesso che avvicina i colleghi di lavoro ed i familiari: è ancora un mettersi alla prova con difficoltà, ma ogni successo nei rapporti con gli altri, aumenta la fiducia in sé, l'autostima che a sua volta, in un «circolo virtuoso» (18, p. 72), lo incoraggia a proseguire, a intravedere soluzioni più creative ai suoi problemi.

## VII. Conclusioni

Il silenzio è sempre comunicazione. È un messaggio per mezzo del quale il paziente rivela al terapeuta un bisogno (di sicurezza, d'equilibrio, di accoglienza, di tenerezza), un desiderio (di pace, di fusione, di armonia). Col silenzio il paziente tende a soddisfare, contemporaneamente, questi bisogni-desideri che gli consentono, a volte a caro prezzo (il mantenimento della nevrosi, del sintomo), di preservare il proprio “ideale finzionale di personalità” (9, p. 92). Il paziente comunica inoltre la paura, la rabbia e l'angoscia che comporterebbe il dover cambiare il suo Stile di vita collaudato da anni che, secondo la sua logica personale, gli consente di affrontare la vita senza perdere prestigio.

Il silenzio può esprimere esperienze, vissuti, emozioni e sentimenti diversi per ciascun paziente. Ma anche il tacere di uno stesso paziente può avere significati diversi a seconda del momento specifico del processo psicoterapeutico: è più appropriato parlare di “silenzi” del paziente.

Ogni silenzio, come ogni sintomo, deve essere interpretato tenendo conto dell'unicità nel senso di originalità e irripetibilità della persona. Questo concetto adleriano è stato "fatto proprio" da alcune scuole psicoanalitiche.

La Psicologia Individuale interpreta la resistenza e il sintomo come espediente di sicurezza, di salvaguardia del Sé-Stile di vita. Questo concetto, postulato da Adler, è stato ripreso dalla diverse scuole psicoanalitiche post-freudiane. Sullivan, Arieti, Fromm-Reichman, Maslow [41] e Thoma e Kachele parlano di ricerca della sicurezza e dell'equilibrio, Winnicott e Kohut di tutela del Sé, relativamente al silenzio del paziente, alle difese di resistenza e al sintomo. Questi autori sembrano più vicini alla Psicologia Individuale che al pensiero di Freud anche per quanto riguarda la concezione finalistica del sintomo.

Lo psicoterapeuta adleriano deve creare un ambiente che permetta al paziente di vivere una nuova esperienza emotiva e comunicazionale, «compartecipe e incoraggiante» (45, p. 30) in cui sentirsi accettato e accolto. L'agente terapeutico è questo suo essere "con il paziente" in una nuova relazione, condividendo con lui silenzi, esperienze, emozioni e sentimenti. È la "presenza significativa" [19, 20] del terapeuta che può favorire e promuovere l'espressione delle emozioni e della creatività del paziente. Questi, sentendosi accolto, potrà accogliere se stesso, incrementare la stima di sé e rivolgersi con rinnovata fiducia al mondo esterno.

Il terapeuta può comprendere come e quando intervenire in una situazione di silenzio, identificandosi in modo operativo, culturale ed empatico [15] col paziente, ascoltando i propri movimenti controtransferali, e le proprie risposte emotive ai silenzi e alle emozioni del paziente.

Adler afferma che è importante fornire interpretazioni o giudizi solo quando si avverte che la loro formulazione può procurare dei vantaggi al paziente [3]. Non sempre sono necessarie interpretazioni o confrontazioni verbali per portare il soggetto a un *insight*. Spesso una presenza partecipe e silenziosa può aiutare questi a trovare da sé, in modo creativo, un'interpretazione efficace del proprio silenzio. Spesso un'interpretazione non particolarmente *corretta*, ma *incoraggiante* è utile per la ripresa del processo terapeutico. L'interpretazione *corretta* potrà essere fornita dal terapeuta solo quando il paziente sarà in grado di accoglierla, comprenderla e accettarla, per divenire «presa di coscienza emotiva e correttiva della dinamica degli insuccessi» (18, p. 49).

Il caso clinico del paziente G. può essere esemplificativo sui diversi significati del silenzio e sulle possibili modalità d'intervento secondo il modello della Psicologia Individuale.

## Bibliografia

1. ADLER, A (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Newton Compton, Roma 1971.
2. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *La Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1970.
3. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *La conoscenza dell'uomo nella Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1975.
4. ADLER, A. (1930), *Die Seele des Schwererziehbaren Schulkindes*, tr. it. *La psicologia del bambino difficile*, Newton Compton, Roma 1976.
5. ADLER, A. (1931), *Wath Life Should Mean to You*, tr. it. *Che cosa la vita dovrebbe significare per voi*, Newton Compton, Roma 1994.
6. ADLER, A. (1933), *Der sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, Newton Compton, Roma 1997.
7. ADLER, K. (1967), *La psicologia Individuale di Adler*, in WOLMANN, B. B. (a cura di), *Psychoanalytic Technique*, tr. it. *Manuale delle tecniche psicoanalitiche e psicoterapeutiche*, Astrolabio, Roma 1974: 319-360.
8. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, tr. it. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV)*, Masson, Milano 1996.
9. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1977.
10. ARIETI, S. (1974), *Interpretation of Schizophrenia*, tr. it. *Interpretazione della schizofrenia*, vol. II, Feltrinelli, Milano 1978.
11. ARLOW, J. A. (1995), Psicoanalisi, in CORSINI, R. J., WEDDING, D. (a cura di), *Current Psychotherapies*, tr. it. *Psicoterapia, teorie, tecniche, casi*, Guerini, Milano 1996: 57-112.
12. BALINT, M. (1968), Il difetto fondamentale, in *Thrills and Regressions*, tr. it. *La regressione*, Cortina, Milano 1983: 119-320.
13. COPPI, P. (1995), L'interpretazione: il paradosso della relazione analitica, fra volontà di potenza e sentimento sociale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 37: 59-82.
14. COPPI, P. (1998), Finzioni e controfinzioni della relazione analitica individualpsicologica, *Riv. Psicol. Indiv.*, 43: 31-40.
15. FASSINO, S., FERRERO, A. (1981), A proposito dell'identificazione trans-individuale al servizio dell'agente terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 15-16: 159-167.
16. FASSINO, S. (1985), A proposito del Sentimento Sociale quale struttura per la comunicazione intrapsichica, *Riv. Psicol. Indiv.*, 22-23: 30-42.
17. FASSINO, S. (1985), Per una Teoria Individual-Psicologica delle relazioni endopsichiche: il sentimento sociale e il dialogo interiore *Riv. Psicol. Indiv.*, 24-25: 38-58.
18. FASSINO, S. (1988), Sentimento sociale e Sé creativo: il gruppo e l'individuo, *Indiv. Psychol. Dossier I*, SAIGA, Torino.
19. FASSINO, S. (1990), Le due istanze fondamentali nel processo analitico, *Indiv. Psychol. Dossier II*, SAIGA, Torino.
20. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G. (1995), Sé creativo e fasi finali della psicoterapia analitica secondo l'Individualpsicologia in FURLAN, P. M. (a cura di, 1996), *La*



- conclusione della psicoterapia*, CSE, Torino.
21. FASSINO, S. (2000), L'approccio Individualpsicologico alla psicoterapia della depressione dal deficit alla creatività, in FERRERO, A. (a cura di, 2000), *Clinica psicodinamica delle depressioni*, CSE, Torino.
  22. FENICHEL, O. (1950), *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*, tr. it. *Trattato di Psicoanalisi*, Astrolabio, Roma 1951.
  23. FERRERO, A. (1995), *Insula Dulcamara*, CSE, Torino.
  24. FERRIGNO, G. (1985), Ipotesi di tecniche comunicative verbali e non verbali per una conversazione analitica incoraggiante, *Riv. Psicol. Indiv.*, 28-29: 99-111.
  25. FREUD, S. (1913), *Zur Einleitung der Behandlung*, tr. it. *Inizio del trattamento*, in *Nuovi consigli sulla tecnica psicoanalitica (1913-14)*, Opere, Vol. 7, Boringhieri, Torino 1975.
  26. FREUD, S. (1913), *Das Motiv der Kastchenwahl*, tr. it. *Il motivo della scelta degli scrigni*, Opere, Vol. 7, Boringhieri, Torino 1975.
  27. FROMM-REICHMANN, F. (1950), *Principles of Intensive Psychotherapy*, tr. it. *Principi di Psicoterapia*, Feltrinelli, Milano 1962.
  28. GABBARD, G. O. (1994), *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, tr. it. *Psichiatria Psicodinamica*, Cortina, Milano 1995.
  29. GREENSON, R. R. (1961), Il silenzio e i suoni dell'ora analitica, in *Explorations in Psychoanalysis* (1978), tr. it. *Esplorazioni psicoanalitiche*, Bollati Boringhieri, Torino 1999.
  30. GREENSON, R. H. (1967), *The Technique and Practice of Psychoanalysis*, tr. it. *Tecnica e pratica psicoanalitica*, Feltrinelli, Milano 1974.
  31. HEINSTERKAMP, G. (1985), *Progressive und Regressive Momente in der Therapie*, tr. it. *Momenti progressivi e regressivi in terapia*, CSIP, Torino 1987.
  32. IANNI, D., ZAVALLONI, D. (1985), Il linguaggio del silenzio in psicoterapia, *Riv. Psicol. Indiv.*, 28-29: 41-49.
  33. KHAN, M. M. R. (1963), Il silenzio come comunicazione, in *The Privacy of the Self* (1974), tr. it. *Lo spazio privato del Sé*, Bollati Boringhieri, Torino 1979:161-195.
  34. KLEIN, M. (1961), *Narrative of a Child Analysis*, tr. it. *Analisi di un bambino*, Boringhieri, Torino 1971.
  35. KOHUT, H. (1977), *The Restoration of the Self*, tr. it. *La guarigione del Sé*, Bollati Boringhieri, Torino 1995.
  36. KOHUT, H. (1984), *How Does Analysis Cure?*, tr. it. *La cura psicoanalitica*, Boringhieri, Torino 1986.
  37. KRUTTKE RUPING, M. (1990), Transfert, controtransfert e resistenza, *Indiv. Psychol. Dossier II*, SAIGA, Torino.
  38. LANGS, R. (1973-74), *The Technique of Psychoanalytic Psychotherapy*, tr. it. *La tecnica della psicoterapia psicoanalitica*, Bollati Boringhieri, Torino 1979.
  39. LAPLANCHE, J., PONTALIS, B. (1967), *Vocabulaire de la psychanalyse*, tr. it. *Enciclopedia della psicoanalisi*, Laterza, Roma-Bari 1974.
  40. LINGIARDI, V., MADEDDU, F. (1994), *I meccanismi di difesa*, Cortina, Milano 1994.
  41. MASLOW, A. H. (1954), *Motivation and Personality*, tr. it. *Motivazione e personalità*, Armando, Roma 1973.
  42. PARENTI, F. (1983), *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.
  43. PAGANI, P. L. (1996), Il caso della signora B, Dialoghi adleriani, *Quad. Riv. Psi-*

col. *Indiv.*, Milano.

44. PAGANI, P. L. (1997), Introduzione a ADLER, A., *Der Sinn Des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, Newton Compton, Roma 1997.
45. PAGANI, P. L., FERRIGNO, G. (1999), Transfert e controtransfert nel "setting" adleriano, *Riv. Psicol. Indiv.*, 46: 27-41.
46. ROVERA, G. G., FERRERO, A. (1979), Notazioni critiche sul concetto di interpretazione in psicoterapia, in ROVERA, G. G. (a cura di, 1979), *Il sistema aperto della Individual-Psicologia*, Quad. Riv. Psicol. Indiv. SIPI, Milano.
47. SEGAL, H. (1979), *Klein*, tr. it. *Melanie Klein*, Boringhieri, Torino 1981.
48. SEMI, A. A. (a cura di, 1988), *Trattato di psicoanalisi*, Vol. I, Cortina, Milano.
49. SULLIVAN, H. S. (1953), *Conceptions of Modern Psychiatry*, tr. it. *La moderna concezione della psichiatria*, Feltrinelli, Milano 1981.
50. WATZLAWICK, P., BEAVIN, J., JACKSON, D. D. (1967), *Pragmatics of Human Communication*, tr. it. *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, Roma 1971.
51. WINNICOTT, D. W. (1965), *The Maturational Process and the Facilitating Environment. Studies in The Theory of Emotional Development*, tr. it. *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando 1970.

Giovanna Cazzaniga  
Via G. Pacchiotti, 77  
I-10146 Torino