

Rivista di

PSICOLOGIA INDIVIDUALE

Anno XXIX

Luglio-Dicembre 2001

Numero 50

Editoriale

| | | |
|---------------------|--|-----|
| P. L. Pagani | <i>L'utilità diagnostica delle notizie raccolte nel corso del "primo colloquio" e nelle sedute dedicate alla "costellazione familiare" e ai "primi ricordi d'infanzia"</i> | 5 |
| G. Ferrigno et Alii | <i>Note e commenti al Verbale numero 67 della Società Psicoanalitica di Vienna: "Un caso di rossore compulsivo"</i> | 27 |
| G. Cazzaniga | <i>Il silenzio del paziente nel setting psicoterapeutico</i> | 53 |
| M. Marzolini | <i>Su "Bolscevismo e Psicologia" di Alfred Adler</i> | 71 |
| G. Leccardi | <i>Il racconto come luogo d'incontro con l'altro</i> | 85 |
| Arte e Cultura | <i>Il "paziente" Robert Musil</i> di M. A. Tramonti | 95 |
| Recensioni | | 105 |

Spedizione in abbonamento postale art. 2 comma 20/c legge 662/96 - Filiale di Milano



SOCIETÀ ITALIANA DI PSICOLOGIA INDIVIDUALE

RIVISTA DI PSICOLOGIA INDIVIDUALE

Norme redazionali

1. La *Rivista di Psicologia Individuale* è l'organo ufficiale della SIPI e pubblica articoli originali. Le ricerche, oggetto degli articoli, devono attenersi alle disposizioni di legge vigenti in materia.
 2. Gli articoli devono essere inviati alla Segreteria di Redazione in 3 copie dattiloscritte accompagnate da dischetto scritto con programma Word e registrato in Ascii; non devono essere stati accettati né in corso di accettazione presso altre Riviste italiane o estere.
 3. L'accettazione dei lavori è di competenza della Direzione che ne darà tempestiva comunicazione agli Autori. In nessun caso sarà restituito il materiale inviato. Gli Autori non possono ritirare per nessun motivo, né offrire ad altri Editori l'articolo già accolto per la pubblicazione sulla Rivista.
 4. Gli Autori degli articoli pubblicati nella Rivista hanno diritto a 5 copie gratuite; gli Autori di testi di vario genere (recensioni, etc.) hanno diritto a 2 copie gratuite.
 5. Il testo deve essere così redatto: titolo; nome e cognome degli Autori; riassunto in italiano e in inglese, contenuto in 150-200 parole, con il titolo tradotto all'inizio; testo completo in lingua italiana.
- In allegato indicare: la qualifica professionale degli Autori, il recapito postale e telefonico, il numero di codice fiscale.
6. Gli articoli pubblicati sono di proprietà letteraria dell'Editore, che può autorizzarne la riproduzione parziale o totale.
 7. La bibliografia a fine articolo deve essere redatta secondo norme standard, di cui indichiamo alcuni esempi:
 7. 1. Riviste:
ADLER, A. (1908), *Der Aggressionstrieb im Leben und in der Neurose*, *Fortschr. Med.*, 26: 577-584.
 7. 2. Comunicazioni a Congressi:
PAGANI, P. L. (1988), "Finalità palesi e occulte dell'aggressività xenofoba", *IV Congr. Naz. SIPI*, Abano Terme.
 7. 3. Libri citati in edizione originale:
PARENTI, F. (1983), *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.
 7. 4. Libri tradotti (dell'edizione originale indicare sempre l'anno e il titolo):
ELLENBERGER, H. F. (1970), *The Discovery of the Unconscious*, tr. it. *La scoperta dell'inconscio*, Boringhieri, Torino 1976.
 7. 5. Capitolo di un libro (specificare sempre le date se diverse tra la prima pubblicazione del capitolo-articolo e la prima pubblicazione del libro):
ROSENHAN, D. L. (1973), *Essere sani in posti insani*, in WATZLAWICK, P. (a cura di, 1981), *Die erfundene Wirklichkeit*, tr. it. *La realtà inventata*, Feltrinelli, Milano 1988: 105-127.
 7. 6. La bibliografia va numerata, messa in ordine alfabetico per Autore e in ordine cronologico in caso di più pubblicazioni dello stesso Autore. Nel testo i riferimenti bibliografici "generici" vanno indicati in parentesi quadra con il numero di bibliografia, mentre le citazioni specifiche vanno indicate in parentesi tonda con il numero di bibliografia e la pagina.
 7. 8. La Redazione si riserva di apportare al testo tutte le modifiche ritenute necessarie.

Copyright © 2001 by SIPI

La proprietà dei testi è della *Rivista*: è vietata la riproduzione anche parziale senza il consenso della Direzione.

Autorizzazione del Tribunale di Milano n. 378 dell'11-10-1972

Direttore Responsabile

PIER LUIGI PAGANI

Vice Direttore

GIAN GIACOMO ROVERA

Redattore Capo

GIUSEPPE FERRIGNO

Comitato Scientifico

ALBERTO ANGLÉSIO
FRANCESCO CASTELLO
FRANÇOIS COMPAN
PAOLO COPPI
SECONDO FASSINO
ANDREA FERRERO
GIUSEPPE FERRIGNO
EGIDIO MARASCO
ALBERTO MASCETTI
GIACOMO MEZZENA
PIER LUIGI PAGANI
UMBERTO PONZIANI
GIAN GIACOMO ROVERA
BERNARD SHULMAN
MICHAEL TITZE

Comitato di Redazione

PAOLO COPPI
GIULIA MANZOTTI
EGIDIO MARASCO
M. BEATRICE PAGANI
SILVANA TINTORI
CRISTINA VOLPE

Collaboratori Abituati

ALBERTA BALZANI
CARMELA CANZANO

Direzione e Segreteria

Via Giasone del Maino, 19/A
I-20146 Milano
Tel./Fax 02-4985505 - Fax 02-6705365
E-mail: riv_sipi@libero.it

Sede legale

SIPI - Via Sardegna, 48
I-20146 Milano

Tipografia Liberty - Via Palermo, 15 - 20121 Milano

Rivista di

PSICOLOGIA INDIVIDUALE

Year XXIX

July-December 2001

Number 50

CONTENTS

Editorial

| | | |
|------------------------|---|-----|
| P. L. Pagani | <i>The Utility of News Gathered During the “First Interview” and During The Sessions Devoted to the “Family Constellation” and the “Early Recollection”</i> | 5 |
| G. Ferrigno et Alii | <i>Notes and Comments on the Minutes of Meeting N. 67 of the Psychoanalytic Society in Vienna: a Case of Compulsive Blush</i> | 27 |
| G. Cazzaniga | <i>The Silence of the Patient in the Psychotherapeutic Setting</i> | 53 |
| M. Marzolini | <i>About “Bolshevism and Individualpsychology” by Alfred Adler</i> | 71 |
| G. Leccardi | <i>The Tale as Place of “Meeting” With the Other</i> | 85 |
| Arte e Cultura | <i>The “Patient” Robert Musil</i> by M. A. Tramonti | 95 |
| Reviews | | 105 |

Riproponiamo ai nostri lettori, in memoria di Maria Antonietta Tramonti, nella consueta rubrica Arte e Cultura l'articolo Il "paziente" Robert Musil, particolarmente stimolante dal punto di vista culturale e avvincente sul piano storico, già pubblicato dalla Rivista di Psicologia Individuale (NN. 15-16 novembre 1981 - marzo 1982), scritto e presentato al 2° Congresso Nazionale della Società di Psicologia Individuale (Camogli, Genova, 9-11 ottobre 1981) da Maria Antonietta Tramonti, donna di grande preparazione in ambito filosofico e psicologico, allieva di Francesco Parenti e stimata analista della SIPI già dagli esordi del movimento adleriano in Italia, da tempo sofferente e, purtroppo, scomparsa il 6 luglio 2001.

Il lavoro, che rispecchia in maniera esemplare lo spirito autenticamente adleriano dell'Autrice, riguarda una vicenda poco conosciuta della vita di Robert Musil, il celebre scrittore austriaco (Klagenfurt 1889 - Ginevra 1942), noto soprattutto per il suo capolavoro Der Mann ohne Eigenschaften, L'uomo senza qualità, iniziato nel 1898, pubblicato nella sua parte iniziale nel 1930 e nel 1933 e nella sua parte finale, incompiuta e postuma, nel 1943. L'Autrice si occupa, in particolare, di un periodo critico del benessere mentale del grande letterato, verificatosi proprio durante la stesura della sua famosa composizione, e che ha imposto l'effettuazione di una psicoterapia a cura di Ugo Lukacs, analista adleriano di origine ebraico-ungherese, già allievo di Alfred Adler.

Pier Luigi Pagani

L'utilità diagnostica delle notizie raccolte nel corso del "primo colloquio" e nelle sedute dedicate alla "costellazione familiare" e ai "primi ricordi d'infanzia"

PIER LUIGI PAGANI

Summary – THE UTILITY OF NEWS GATHERED DURING THE "FIRST INTERVIEW" AND DURING THE SESSIONS DEVOTED TO THE "FAMILY CONSTELLATION" AND THE "EARLY RECOLLECTIONS". The article describes the clinical case of Luisa according to the methodology and the technique of Individual Psychology through the transcription of the interviews which really happened in an analytical setting and regularly followed by critical comments. The author illustrates the diagnostic utility of the "first interview", the life style "therapeutic agreement", the "family constellation", the "early recollections" to reconstruct the unique and unrepeatable life style of the patient.

Keywords: FIRST INTERVIEW, FAMILY CONSTELLATION, EARLY RECOLLECTIONS

I. Premessa

In questi ultimi tempi, la Psicologia Individuale sembra aver acquisito un nuovo impulso e ciò si è certamente realizzato per la sua esclusiva capacità di muoversi attraverso i tempi e per la sua adattabilità alle diverse culture, che hanno costretto numerose altre scuole ad adottare molti schemi concettuali tipici dell'indirizzo adleriano, proponendoli, talora, come legittime scoperte originali.

L'*analista senza divano*, oggi, non stupisce più nessuno; la sua figura è entrata a far parte dell'immaginario collettivo, grazie anche alla produzione letteraria, ai film e alla televisione, in modo particolare d'oltre oceano. Un vento nuovo spira sulla psicoterapia e sull'analisi: la vecchia *dormeuse* è stata riposta in soffitta o nella bottega dell'antiquario, il *setting* si è riammodernato e sta svanendo l'immagine convenzionalmente stereotipata dello psicoanalista iniziato, onnipotente e depersonalizzato, che se ne sta seduto dietro un divano, armato di taccuino e di matita. «*Non visto e in posizione di superiorità* – dice Francesco Parenti – *egli*

ha il vantaggio autodifensivo di non esporsi» (1, p. 112). Al contrario, sia lo psicoterapeuta sia l'analista adleriani, poiché agiscono nell'ambito di una psicologia relazionale, devono di necessità proporsi attraverso un rapporto franco e il più possibile paritario, facendosi strada fra le difese del paziente attraverso l'*incoraggiamento* piuttosto che la *frustrazione* attivata dalla *nevrosi di transfert*.

II. Il primo colloquio

La posizione *vis à vis* pone, inoltre, gli stessi operatori nella situazione di essere continuamente osservati dai soggetti in trattamento che per tale motivo devono esercitare su se stessi un particolare autocontrollo, al fine di ottenere una comunicazione con il paziente il più possibile aperta, spontanea e disinibita.

Per presentare i primi elementi applicativi, tecnici e metodologici, della psicodiagnostica secondo la concezione adleriana, affronterò i temi del *primo contatto* e del *primo colloquio con il paziente*, attraverso una visione d'insieme dell'approccio. Il caso esposto è particolarmente indicato per illustrare tali argomenti. Prima di trattare i temi proposti (*primo contatto* e *primo colloquio*), vorrei sgombrare il campo da un possibile equivoco: quando si parla di *primo colloquio*, non ci si deve riferire solo alla prima seduta, ma a tutta quella serie di incontri necessari alla raccolta, il più completa possibile, del materiale informativo utile all'economia del trattamento.

L'uso della locuzione "primo colloquio", che apparirebbe veramente improprio per quanto appena detto, è però giustificato dalla necessità di adeguarsi al linguaggio usato comunemente dalle altre scuole di psicoterapia. Certamente sarebbe preferibile adottare espressioni quali *primi colloqui* o, meglio ancora, *colloqui preliminari*.

La durata del primo colloquio dipende soprattutto dalla disponibilità del paziente a comunicare e a fornire dati significativi per il completamento sistematico degli elementi necessari alla buona riuscita del trattamento. Condivido appieno il suggerimento di Kurt Adler [5], che consiglia di richiedere al paziente l'autorizzazione a prendere appunti, garantendogli nello stesso tempo il massimo della riservatezza. Di solito si tratta solo di un invito formale, poiché il paziente non pone quasi mai obiezioni.

L'operatore di linea adleriana adotta, nei confronti del soggetto che sta per iniziare il trattamento, un approccio sciolto e incoraggiante, evita di raccogliere le notizie in modo troppo schematico e rigoroso, come si usa abitualmente nella pratica medica, senza che queste esigenze di spontaneità rechino pregiudizio alla raccolta di dati preliminari sufficientemente completi. La gran disponibilità offerta dal-

lo psicoterapeuta adleriano non deve, comunque, mai consentire che venga meno il suo ruolo; egli deve saper bloccare ogni tentativo di prevaricazione, che il paziente può mettere in atto, sia pure inconsciamente, in qualsiasi momento, poiché l'*aspirazione alla superiorità*, che ciascun uomo porta in sé, in stretta correlazione con il *sentimento d'inferiorità*, potrebbe spingerlo a resistere al trattamento.

III. Il primo contatto

Ma partiamo dal *primo contatto con il soggetto*. Abitualmente questo avviene, nella pratica privata, per telefono e in modo diretto con l'operatore, mentre nel servizio pubblico è condizionato dall'intervento di altre persone: l'impiegata allo sportello o l'infermiera. Spesso, in quest'ultimo caso, l'assegnazione del terapeuta avviene addirittura d'ufficio. Comunque, io prenderò in considerazione unicamente il contatto diretto e, in particolare, la telefonata.

Chi ci sarà mai al di là dell'apparecchio? Certo, non lo possiamo vedere, lo possiamo soltanto ascoltare. Quante volte l'impressione prodotta dalla telefonata è poi completamente sovvertita nel momento in cui si prende realmente contatto con il paziente.

- *Dottore, sono la signora Tal dei Tali. Mi ha dato il suo nome la signora... siamo molto amiche. Mi ha parlato tanto bene di lei... Desidererei tanto che parlasse con mia figlia Luisa; per me è depressa e vorrei proprio che me la prendesse in cura.*

- Mi scusi, signora, quanti anni ha Luisa.

- Diciannove, ma...

- Mi dispiace, ma è indispensabile che mi contatti direttamente Luisa.

- *Ma Luisa è d'accordo.*

- Non importa, è indispensabile che lo faccia.

Forse a un profano potrebbe sembrare eccessivamente formale la pretesa di ascoltare, direttamente dalla persona in causa, il convinto bisogno di consultare un esperto. È questo, invece, un preliminare che faciliterà molto, in seguito, l'*accordo terapeutico*^{*}, che, come vedremo, sarà stipulato al termine dei primi

^{*} Il termine "accordo terapeutico" è da preferire all'espressione "contratto terapeutico", troppo estranea «alle valenze di solidarietà reciproca, attribuite dalla Psicologia Individuale al rapporto ideale fra operatore e analizzato» (13, p. 98).

colloqui informativi, e che ridurrà il livello della naturale *resistenza al trattamento*. Adler [1], infatti, ci ricorda ne *Il temperamento nervoso* che tutti i pazienti che intraprendono un trattamento portano con sé tale legame negativo e che ogni operatore attento sa cogliere in ogni analizzato [11]. Ne ripareremo a suo tempo trattando del *transfert* e del *controtransfert*.

Qualche giorno dopo arriva la telefonata di Luisa.

- Sono Luisa. Qualche giorno fa le ha telefonato mia mamma, perché vuole che io parli con lei.

- Quel che vuole la mamma non ci riguarda più di tanto... ma lei desidera parlare come me?

- Ma! Forse sì.

- Allora ci vedremo giovedì alle quattro.

IV. Il primo incontro: la motivazione

Luisa si presenta puntuale all'appuntamento. La prima operazione che compete, a questo punto, all'operatore è l'osservazione del nuovo paziente: la figura, l'aspetto, l'età dimostrata, l'abbigliamento, la postura, la mimica, la gestualità, l'atteggiamento, e così via.

Si tratta di una ragazza abbastanza alta, un po' robusta, dall'aspetto gradevole, sorride spontaneamente (il che contrasta con il sospetto di "depressione" avanzata dalla madre) e appare subito a suo agio. Veste normalmente: camicetta, golf e gonna (siamo in autunno da poco iniziato), scarpe basse a sandalo.

I temi, che dovranno essere affrontati nel corso del primo colloquio, sono essenzialmente tre. Il primo è la *motivazione del ricorso alla terapia*. È sempre necessario richiederla, anche se di solito il motivo addotto ha solo un ruolo di copertura della motivazione reale.

- Allora, Luisa, cos'è che non va?

- Mi sta prendendo in giro? Ma non mi vede?

- Che cosa dovrei vedere?

- Ma che sono così grassa! Vede, io ho sempre fame, mangio di tutto, anche la notte, quando tutti dormono, mi alzo, apro il frigo e quel che c'è me lo mangio.

- Le piacciono le cose buone, eh?

- *Perché mi da del lei? Mi dia del tu. No, quel che mangio non sono cose buone. In casa mia fanno tutti la dieta e nel frigo ci sono solo schifezze. Ecco io mangio solo schifezze.*

- Bene, d'accordo, come preferisci, ti darò del tu. E dopo che hai mangiato che cosa fai?

- *Me ne torno a letto a dormire. Al mattino, quando mia madre si accorge della piazza pulita che ho fatto di notte, va in crisi.*

- Dopo queste mangiate hai dei disturbi alla digestione?

- *Disturbi? Quali disturbi?*

- Che so io: nausea, vomito...

- *No, mai vomitato, ho sempre digerito tutto, purtroppo...*

V. La situazione attuale

Il secondo tema che si dovrà poi prendere in esame è la *ricostruzione del quadro della situazione attuale nell'ambito della vita di relazione*, i tre compiti vitali dell'uomo: l'*amore*, che comprende, oltre agli affetti anche la sessualità; l'*amicizia*, ossia la capacità di intessere validi rapporti sociali in un clima di compartecipazione emotiva e di cooperazione; il *lavoro*, che include qualsiasi forma di attività della mente. Per riassumere, è molto importante, quindi, acquisire ogni sorta di notizie sui rapporti affettivi e sessuali, sulle relazioni interpersonali e sulla capacità di realizzarle, sul lavoro, sullo studio e sugli interessi in tutti i campi.

- Mi vuoi parlare di te?

- *Che cosa vuole che le dica?*

- Che mi parli di te.

- *Che ho 19 anni? Che sono iscritta al 1° anno di Biologia?*

- Sì, così.

- Allora, ho 19 anni, sono iscritta al 1° anno di Biologia, ma non ho voglia di fare niente: non studio. E anche per questo mia madre entra in ansia. Sì, ho dato un paio di esami del primo bimestre prima dell'estate...

- Come sono andati?

- Ho preso 30, anzi in uno anche la lode, ma è perché sono fortunata. Io non studio, eppure... Pensi, la settimana scorsa ho fatto l'esame scritto di matematica per essere ammessa all'orale. Non riuscivo proprio a studiare, al punto che una mia amica, la Gisella... lo sa che la Gisella la conosce? Ebbene la Gisella ha voluto che studiassi con lei. Lei sì che è molto brava, ma io finivo con il creare disturbo.

- Come è andato questo esame scritto?

- Bene, sono stata ammessa all'orale.

- E a Gisella, come è andata?

- È stata sfortunata, non è stata ammessa all'orale. Io, invece, una fortuna sfacciata, sapevo due o tre cose e l'esame riguardava proprio quelle.

- Hai altri amici oltre alla Gisella?

- Sì, molti, molti...

- Maschi e femmine?

- Sì, sì, maschi e femmine.

- E come ti trovi con loro?

- Bene, benissimo!

- E il ragazzo, ce l'hai?

- Lei continua a prendermi in giro! Ma mi ha guardato? Chi vuole che si metta con me? Sì, io vado bene perché li faccio divertire... dicono che sono divertente... ma!

VI. *Anamnesi psicopatologica mascherata*

Il terzo e ultimo tema da affrontare nel corso del primo colloquio riguarda l'accertamento di un'eventuale patologia mentale. Ho definito a suo tempo quest'operazione *anamnesi psicopatologica mascherata*; mascherata, perché consiste nel raccogliere le stesse informazioni, che abitualmente si acquisiscono per mezzo dell'anamnesi psichiatrica tradizionale, senza darlo a vedere e con una considerazione diversa dei sintomi, che sono, invece, nel nostro caso, da interpretare come rivelatori di un conflitto psicodinamico. Per raggiungere lo scopo, le domande concernenti un eventuale disturbo psichico, sia personale che familiare, dovranno essere inserite in un colloquio discorsivo e diluite nel corso della seduta, per evitare che il soggetto le consideri troppo simili a quelle subite nelle consultazioni mediche specialistiche alle quali si è, con ogni probabilità, sottoposto prima di accedere alla psicoterapia.

- Prima di mandarti qui, la mamma aveva già parlato di te con qualcuno?
- *Che io sappia no, forse con le sue amiche. Non penso che mia madre sia preoccupata che io faccia la fine delle mie sorelle, anzi della mia prima sorella...*
- Che cos'ha tua sorella?
- *È stata tossicodipendente, si drogava. Ma a quei tempi ero ancora piccola e nessuno mi diceva niente.*
- E l'altra?
- *Oh, quella è solo una sfaticata...*
- Siete sempre state assieme?
- *Con questa rompiscatole sempre assieme, anche se non ho mai avuto con lei un gran rapporto.*
- Allora, Luisa, ci rivediamo?
- *Sì, certo. Anche se raccontare tutto di me mi mette un po' in agitazione. Ho paura di scoprire qualcosa che... non vorrei scoprire. Ma, ormai ho deciso. Quando ritorno?*
- Ci vedremo una volta alla settimana. Ti va bene questo orario?

La prima regola, veramente fondamentale perché il trattamento risulti produttivo è di *non effettuare mai pressioni sul soggetto in favore della scelta della terapia e di non scoraggiarlo accentuando le prospettive di rischio e d'insuccesso*. Altra norma importante è *chiedere al paziente un impegno e garantirgli il proprio* [13].

VII. *L'accordo terapeutico*

Alla fine del primo colloquio è poi indispensabile stipulare l'*accordo terapeutico*. L'accordo terapeutico non è un elemento differenziato, a sé stante, del trattamento, ma soltanto la fase conclusiva del primo colloquio. Questo patto, più comunemente definito "contratto" da altre Scuole, ha un preciso scopo: stabilire con il massimo rigore i punti d'intesa ai quali i due protagonisti della terapia dovranno attenersi.

Rimangono da affrontare, di solito, altri due punti essenziali: l'*orario*, con la frequenza delle sedute (e questo è stato fatto), e l'ammontare dell'*onorario*, con il relativo metodo di pagamento.

Nella situazione in esame, poiché il soggetto è una giovane non ancora autosufficiente dal punto di vista economico, il tema dell'onorario rimane un punto piuttosto delicato. In tale caso, chi è il vero utente? Il soggetto in trattamento o chi paga le prestazioni?

Fisserei, invece, l'attenzione soprattutto su due punti dell'intesa: la responsabilizzazione, da subito, del soggetto circa l'accettazione del trattamento e la determinazione del ruolo dei due protagonisti. L'accordo è di fatto consolidato dalla definizione dei tempi e del costo della terapia.

La perplessità relativa al timore di "*scoprire qualcosa che non si vorrebbe scoprire*", preoccupazione che sfiora il soggetto alla fine del colloquio, si dissolve ben presto di fronte alla necessità di capire. La *resistenza*, comparsa fuggacemente, è stata vinta proprio dal bisogno di liberarsi da una condizione sgradevole, bisogno divenuto ormai indifferibile, anche se conseguente ad un *piano di vita* progettato con determinazione e modellato con costanza nel tempo.

Per comprendere appieno il modello applicativo dell'operatore individualpsicologico, è necessario suddividere schematicamente il trattamento adleriano in tre momenti successivi.

Il primo momento, d'esclusiva competenza del terapeuta, è dedicato all'esplorazione e al riconoscimento dello Stile di vita del paziente, prassi che si attua con l'acquisizione dei dati relativi alla situazione attuale e alla famiglia d'ori-

gine, con l'analisi dei primi ricordi d'infanzia e con lo studio circostanziato di tutto il materiale utile allo scopo.

La seconda fase, d'importanza essenziale per il raggiungimento dell'*insight* e, quindi, per l'economia di tutto il trattamento, prevede che sia il soggetto stesso a prendere consapevolezza del proprio Stile di vita. Lo psicoterapeuta si astiene dal fornire indicazioni su quanto ha intuito della personalità del paziente, che deve, invece, riconoscere, attraverso un esame critico, le finzioni e gli errori che hanno condizionato il percorso della sua esistenza. Il secondo stadio si conclude, appunto, con l'individuazione dei fini ultimi fittizi e con lo smantellamento delle finzioni rafforzate, che hanno caratterizzato la loro linea progettuale.

Il terzo e ultimo momento dell'*iter* terapeutico riguarda la revisione che il soggetto deve apportare al proprio Stile di vita; egli, infatti, decide finalmente quali modifiche attuare per giungere al perseguimento del fine ultimo reale: si tratta di una fase molto delicata, durante la quale l'operatore deve offrire la massima disponibilità per accompagnare il paziente verso la meta che lo stesso si è prefissa [7].

VIII. *La costellazione familiare*

L'orientamento ambientalista e il *Gemeinschaftsgefühl*, il sentimento comunitario, fanno sicuramente della Psicologia Individuale Comparata la capostipite storica del filone delle Scuole di psicologia del profondo ad indirizzo socioculturale. L'intervento psicodiagnostico adleriano parte, quindi, di necessità, dallo studio della piccola, ma importantissima cerchia con cui il soggetto, dall'infanzia in poi, si è relazionato: *la famiglia d'origine*. Adler, infatti, ha rilevato quanto importanti siano i primi quattro, cinque anni nella formazione dello Stile di vita, che si struttura attraverso gli stimoli ricevuti nell'ambiente familiare e in seguito all'influenza dei modelli conviventi.

Bisogna, comunque, tenere conto che il paziente ci presenta le sue realtà, filtrate attraverso la propria valutazione soggettiva, che può deformarle, sia sotto la spinta delle emozioni evocate, sia di quelle vissute nel *setting*. In base a queste considerazioni, l'operatore, dovrà interpretare il materiale raccolto, valutando la precedenza assegnata dal soggetto a una piuttosto che a un'altra delle varie figure del nucleo familiare, le eventuali variazioni di registro linguistico usato nel descriverle, le ambivalenze, le contraddizioni, escludendo *ogni interpretazione semplificata e codificata da regole o imprigionata nel rigore fittizio della testistica*. Lo psicoterapeuta, affidandosi alla propria intuizione, dovrà formulare delle ipotesi che potranno essere poi confermate, modificate o smentite nel corso del trattamento.

- Luisa, il nostro cammino comincia ora. Come tuo compagno di viaggio devo, però, conoscerti a fondo, sapere tutto di te, comprendere i più minuti particolari della tua vita, essere informato sulle persone con le quali hai avuto e hai relazione... Ecco, immagina... si apre il sipario sulla storia della tua esistenza: tu sei la protagonista, ma chi sono quegli altri attori, i comprimari che recitano con te in questa prima parte della trama della tua vita? E ancora, più in là, quegli altri, mi vuoi dire chi sono?

- *La mia famiglia?*

- Sì, la tua famiglia.

- *La mia famiglia è composta dai miei genitori e da noi tre figlie, anche se mia sorella maggiore ora abita in Umbria e si sposerà a giorni. Prima che io nascessi, la mia famiglia ha vissuto negli Stati Uniti, per ragioni di lavoro di mio padre. Poi, al rientro sono nata io. Posso parlare prima delle mie sorelle?*

- Sì, certo, come credi.

- *Parlerò per prima di quella che conosco meno: Claudia, la maggiore. Ha 28 anni. Si è trasferita in Umbria quando io avevo 11 anni, per andare a vivere in una comunità. Adesso non sta più nella comunità, ma continua a lavorare per la comunità. Come le ho già detto, Claudia si sposerà a giorni e si laureerà a novembre in lettere moderne, a Urbino. Ha un carattere forte, è molto impulsiva, ma non sa serbare rancore. È anche molto creativa. Ha costituito con altre sue amiche una cooperativa per il restauro di arazzi antichi. Glieli mandano anche dall'estero. Purtroppo, ho poche occasioni d'incontro e di dialogo con lei. Comunque, sarò io il suo testimone alle nozze.*

Giulia, invece, è una roba incredibile. Ha 26 anni. Le ha provate tutte: Matematica, Scienze naturali, Informatica. Adesso si occupa di computer. Ufficialmente dovrebbe vivere in un appartamento proprio, ma in realtà te la trovi sempre per casa. Anche con lei non ho un gran rapporto. Io preferisco starmene da sola. Giulia ha un pessimo rapporto anche con mia madre: ha sempre fatto quello che voleva. Ora è in profonda crisi perché è senza ragazzo (a questo punto ride divertita). È proprio difficile da sopportare per il suo carattere. Noi tre sorelle ci assomigliamo molto fisicamente e spesso le persone ci scambiano l'una per l'altra. Questa è una cosa che mi infastidisce moltissimo; specie quando mi scambiano per Giulia.

- E i tuoi genitori?

- *Già, i miei genitori. Mio padre ha 56 anni, è laureato in chimica e attual-*

mente fa il consulente per la compra-vendita di macchinari per l'industria chimica per i paesi orientali. La sua attività la svolge in casa e, per questo, è sempre tra i piedi, anche se, per il suo lavoro, è spesso in viaggio... per la verità, di recente molto meno. Raramente l'accompagna la mamma, quando lei è in vacanza, naturalmente. Mio padre è alto e con gli occhi azzurri... è ancora un bell'uomo. Di solito non si occupa di quello che faccio, ma è troppo affettuoso! Vuole sempre il bacino... anche quando ci incrociamo per casa. A lui va bene tutto... in casa chi decide è la mamma... Mio padre ha un carattere molto paziente, ma... quando si arrabbia... non parla più. L'unica che le ha prese da lui è Giulia perché si ribella e ribatte. Non mi ha mai sgridato... per nessun motivo, neppure per lo studio. Mio padre è molto intelligente... evita i discorsi comuni, ma è sempre disponibile per i discorsi filosofici.

Mia mamma ha 54 anni. Anche lei è laureata in Chimica e insegna appunto questa materia in un istituto tecnico per chimici. I suoi allievi dicono che è molto severa. La cosa mi stupisce perché in casa non lo è per niente. Sino all'inizio della mia terza Liceo classico, la mamma è stata molto apprensiva nei miei confronti, forse perché pensava che io fossi come le mie sorelle, poi, visto che ero diversa ha lasciato perdere. Lo ha fatto sicuramente perché le sembravo troppo "amorfa"... per buttarmi fuori. Una cosa che mi dà molto fastidio è che mia mamma parla di me in modo elogiativo con tutte le sue amiche. Io poi lo vengo a sapere perché le figlie delle sue amiche, che sono mie amiche, me lo riferiscono. A mia mamma piace molto studiare... e lavorare. Ultimamente è un po' lamentosa, forse per gli acciacchi dell'età. Mia mamma è molto comprensiva e con lei ho un buon rapporto... ma quando sono sola, sto meglio. A Roma io abito da sola...

- A Roma?

- Sì, al rientro dagli Stati Uniti i miei hanno vissuto a Roma e poi si sono tenuti la casa. Ecco, quando non ne posso più, io me ne vado a Roma. Sotto al nostro appartamento abitano gli zii e mia cugina Elisabetta che ha quasi la mia età ed è iscritta a Giurisprudenza. È molto meglio di una sorella, della mia, sicuramente, parlo di Giulia, naturalmente; con lei mi trovo benissimo.

È molto importante a questo punto prendere in considerazione i personaggi della costellazione familiare presentati dal soggetto, l'ordine con cui vengono indicati, il tipo di descrizione e porsi i primi perché. Perché Luisa ha parlato prima delle sue sorelle che dei suoi genitori? E perché ha lasciato la madre per ultima?

Vediamo se siamo in grado di ottenere qualche informazione in più.

- Luisa, scrivi su questo foglio sotto padre e madre le parole o le frasi che ti

vengono alla mente, senza forzature e senza stare a pensarci troppo su; al centro della pagina annota, invece, quello che ritieni comune ad entrambi [13].

Ecco il risultato:

| <i>Padre</i> | <i>Interazioni</i> | <i>Madre</i> |
|---|--------------------------------|---|
| | <i>imbranati</i> | |
| <i>sopporta infantile viaggia si adatta a tutto intellettuale teorico</i> | | <i>comanda chiacchiera apprensiva sospettosa pratica e studiosa</i> |
| | <i>voglio bene ad entrambi</i> | |

Questa tecnica, suggerita da Francesco Parenti, utile, talora, per raccogliere ulteriori elementi non colti nel corso della descrizione verbale dei singoli personaggi della costellazione familiare, non aggiunge molto alle informazioni già acquisite, ma le conferma tutte, segnalando, in modo particolare, la buona affettività che lega Luisa ai genitori.

Dopo aver precisato la sua posizione di ultimogenita nell'ordine di nascita all'interno della fratria, composta esclusivamente da sorelle, (argomento sul quale ci soffermeremo fra qualche momento), Luisa inizia a descrivere le figure genitoriali, incominciando da quella del *padre*. A questo punto noi dovremmo domandarci, come si era chiesto Adler per Claire Macht: «*Il padre? E perché non la madre? La parola padre ha un significato particolare. Questa ragazza era molto vicina a suo padre. Che cosa può significare? Che è lui il preferito*» (3, p. 22). Come il padre di Claire, anche quello di Luisa è dolce e affettuoso (“*i bacini*”), ma poco pratico e poco attento alle provocazioni fatte dalla figlia con l'evidente scopo di verificare e di collaudare la qualità dell'amore paterno (“*non si occupa di quello che faccio*”, “*non mi ha mai sgridato*”).

La mamma, poi, così “*apprensiva*”! Ce n'è voluto prima che si accorgesse che questa figlia non era “*come le sorelle*”. Luisa ha dovuto dimostrarsi “*amorfa*” per convincere la madre che era diversa e far cessare le sue apprensioni. Che

fastidio, poi, questa mamma chiacchierona, viola la *privacy*, parla di lei con le sue amiche, elogiandola! Lei che si considera una grassona, svogliata e incapace, forse un po' fortunata, sì.

"Io voglio bene ad entrambi i miei genitori, ma sono un po' soffocanti. È molto meglio starsene da sola, a Roma; lì c'è la cugina Elisabetta con cui "mi trovo benissimo", "molto meglio di una sorella": lei è iscritta a Giurisprudenza, io a Biologia, quindi, nessun confronto!"

Prima di procedere nello studio degli altri elementi della costellazione familiare, c'è un'osservazione da fare sull'ordine di presentazione degli stessi da parte del soggetto. Luisa, nell'introdurre i vari personaggi, dichiara: *"Parlerò per prima di quella che conosco meno..."* e inizia descrivendo la sorella maggiore, per concludere con la mamma. Perché ha lasciato per ultima la mamma? È forse la mamma il componente della famiglia che conosce più a fondo?

La Psicologia Individuale dei tempi di Adler attribuiva grande importanza alla composizione della *fratria* e all'*ordine di nascita* dei fratelli [2]. Oggi, che le famiglie numerose stanno diventando sempre più rare, le coppie con un solo figlio rappresentano la maggioranza e quelle con più di due o tre figli sono addirittura eccezionali. Per effetto di tale situazione gli analisti e gli psicoterapeuti adleriani sembrano considerare meno questo importantissimo settore. In realtà, il vero motivo è da ricercare solo ed esclusivamente nella mancanza di materiale su cui applicare l'insieme organico delle regole e dei principi relativi a questo particolare ambito della costellazione familiare che, in ogni modo, tutti gli psicologi individuali hanno ben presente ogni volta che si verifica l'occasione di occuparsene.

Il metodo, che uso e che consiglio per un esame rapido e complessivo della *fratria* di un soggetto in trattamento, prevede che si tracci uno schema grafico sul quale appaiano simultaneamente le caratteristiche essenziali di ogni suo componente: la posizione nell'ordine di nascita, il sesso, l'età e la differenza in anni fra un elemento e quello successivo*.

Il soggetto in trattamento sarà riconoscibile attraverso il maggior corpo e il grassetto che contraddistinguono il segno caratteristico che differenzia il sesso.

Ecco come è raffigurabile la *fratria* della nostra paziente:

* Uno schema analogo a questo è stato presentato durante una dimostrazione effettuata a Zurigo nel 1979, nel corso del XIV Congresso Internazionale di Psicologia Individuale.

| | | | |
|----------------------------|----|----|----|
| <i>Ordine di nascita</i> | 1° | 2° | 3° |
| <i> sesso</i> | ♀ | ♂ | ♀ |
| <i>età</i> | 28 | 26 | 19 |
| <i> differenza in anni</i> | | 2 | 7 |

La fratria, esclusivamente rappresentata da femmine, offre immediati motivi di riflessione. Tra la primogenita e la secondogenita intercorrono solo due anni, mentre tra la secondogenita e l'ultima nata ne passano ben sette. Che questa non sia stata desiderata? Se tale dubbio avesse soltanto sfiorato la mente del soggetto, si sarebbero immediatamente creati tutti i meccanismi necessari (o comunque ritenuti tali) per assicurarsi l'accettazione da parte dei genitori. Quando Luisa iniziava il ciclo elementare, la maggiore delle sue sorelle frequentava le scuole superiori e la secondogenita era all'ultimo anno della medie. Di conseguenza, fra di esse non può esserci stato un gran rapporto al di fuori del quotidiano contatto domestico. Sappiamo, inoltre, dal primo colloquio, che quando Luisa compiva undici anni, la primogenita veniva allontanata da casa e mandata in una comunità, lontano, perché tossicodipendente. Rimanevano in casa Giulia e Luisa. Sempre dalle notizie raccolte, sappiamo che anche Giulia teneva un comportamento inquieto, che sollecitava le ire sia della madre che del padre: («*Giulia ha un pessimo rapporto con mia madre*», «*L'unica che le ha prese da lui [il padre] è Giulia, perché si ribella e ribatte*»).

IX. I primi ricordi

Per tentare di ricostruire al meglio lo *Stile di vita* del nostro soggetto ci verrà ora in aiuto l'*esplorazione dei primi ricordi d'infanzia*, tecnica che, se usata correttamente, assume le caratteristiche di un vero e proprio "test proiettivo". Adler definisce i primi ricordi infantili «prototipi dello Stile di vita», poiché essi delineano, oltre alle finalità remote dell'individuo, anche le sue finalità progettuali più immediate, alle quali, però, non è stato ancora consentito di raggiungere il livello di coscienza.

Freud, invece, considera i ricordi d'infanzia semplicemente come *ricordi di copertura*, in grado, cioè, di fare da schermo ai contenuti inconsci repressi di natura sessuale. In sintesi, per la Psicoanalisi, non conta *ciò che emerge* di un

ricordo, ma *ciò che rimane celato*. Adler, per contro, attribuisce al ricordo cosciente infantile un significato diametralmente opposto: esso *non cela* dei contenuti repressi, *ma svela* i tratti essenziali della personalità di un individuo. Si tratta dunque di due concetti in totale dissonanza e tali sono rimasti per molto tempo, sino a che, come riferiscono Gastone Canziani e Fulvia Masi [6] in un loro importantissimo lavoro apparso sulla Rivista di Psicologia Individuale, tra gli anni sessanta e settanta, due ricercatori di estrazione freudiana, Langs [8] e Mayman [9], separatamente, riconsiderando la teoria adleriana dei primi ricordi, giungono, attraverso una serie di ricerche statistico-sperimentali, a conclusioni diverse, ma favorevoli entrambe alla modalità d'indagine proposta dalla Psicologia Individuale.

Langs conferma la *validità dei primi ricordi come rivelatori di personalità*, mentre per Mayman essi non sarebbero altro che *espressioni di importanti fantasie attorno alle quali si organizza la struttura del carattere*. A prescindere dalla differenza dei risultati ai quali sono giunti i due ricercatori, è significativo il fatto che entrambi abbiano tenuto come punto di riferimento il concetto della dottrina adleriana dei primi ricordi e ne abbiano ribadito l'importanza.

L'esplorazione dei primi ricordi infantili, inserita nella fase iniziale del trattamento adleriano, subito dopo la raccolta delle notizie anamnestiche nel corso del primo colloquio e lo studio della costellazione familiare, è uno dei pochi momenti dell'analisi per cui la Scuola di Psicologia Individuale abbia formulato delle norme precise. In verità, le regole guida, più che da Adler, sono state indicate da alcuni suoi continuatori (13, p. 105).

Secondo Canziani e Masi, che hanno rielaborato nel loro studio lavori di Mosak [10] del 1975, perché i *primi ricordi coscienti d'infanzia* possano essere convenientemente decodificati, devono possedere i seguenti requisiti:

- a) *essere dei veri ricordi e non dei rapporti, intendendo per rapporto la sintesi ripetitiva di una serie di esperienze e per ricordo la presentazione di un singolo avvenimento, ben situato nel tempo;*
- b) *essere visualizzabili:* il soggetto, a occhi chiusi, dovrebbe poter rivivere la scena appena evocata;
- c) *riguardare circostanze banali della vita*, evitando, se possibile, che siano riferiti episodi concernenti eventi eccezionali, quali guerre, terremoti, grandi catastrofi;
- d) *essere collocabili entro uno spazio cronologico determinato* (gli otto anni d'età, secondo Mosak).

Su quest'ultimo punto ritengo necessario avanzare una riserva personale. Se il ricordo presentato dovesse oltrepassare, sull'onda di uno spunto finalistico cosciente, i limiti fissati per inserirsi nella fascia di età adolescenziale, esso dovrebbe essere considerato come il prodotto di un processo dinamico profondo, che l'operatore cercherà di decodificare nell'interesse del trattamento.

Ritengo poi necessari altri due rilievi. Il primo rifiuta l'assoluta esclusione dei "rapporti" dal processo interpretativo dei primi ricordi, perché è possibile che, in alcuni casi, un rapporto possa avere lo stesso ruolo emotivo di un ricordo e, di conseguenza, lo stesso valore diagnostico. Un secondo appunto concerne, invece, i "ricordi visualizzabili", cioè quelli che sono in grado di attivare la memoria visiva. La mia esperienza mi ha permesso di notare come spesso possano essere coinvolte, oltre che la memoria visiva, anche quella uditiva, gustativa, olfattiva e tattile, secondo le esigenze delle scene evocate.

In psicologia, la memoria è intesa come la capacità di rievocare un'immagine del passato e di riconoscerla. Si potrebbe dire, di conseguenza, che la memoria non è altro che l'insieme di quei fenomeni che si basano sulla cinetica dei ricordi e non, quindi, il luogo dove semplicemente ristagnano impressioni e sensazioni. Adler scorge nella memoria una funzione «cannibalica», in grado di «divorare» e di «digerire le impressioni». Però, non tutte le impressioni incamerate dalla memoria vengono conservate ed elaborate. Il grande selezionatore del materiale divorato è lo *Stile di vita*: ciò che gli risulta consono è accolto, mentre ciò che si rivela incompatibile è respinto e cancellato o solo in minima parte accantonato e custodito, per essere riproposto e riutilizzato, in caso di necessità, come esempio o come monito.

È proprio partendo da questa concezione di memoria che la Psicologia Individuale ha costruito la propria dottrina dei ricordi primari d'infanzia. Ogni ricordo, frutto di un evento accolto, è l'esito di un'impressione vagliata dallo Stile di vita. Talvolta, però, l'impressione può essere ridotta a un semplice stato d'animo, particolarmente quando risulta impossibile evocare dei ricordi trasformati in lievi e sfumate sensazioni emotive.

Poiché si è ormai acquisita da tempo la certezza che ogni essere umano ha in sé la facoltà di conservare l'aderenza al reale per mezzo di una relazione fisica e spirituale con il mondo che lo circonda, la Psicologia Individuale è giunta alla conclusione di come sia affascinante cercare e utilizzare i ricordi di un soggetto per interpretarli come elementi significativi del suo Stile di vita [4].

Analogamente ai ricordi, anche i sogni coinvolgono la memoria. Come nel caso del trovarobe di un teatro, l'apparato psichico dell'individuo va alla ricerca, nella memoria, delle impressioni custodite, per mettere a punto i significanti

necessari a comporre le allegorie destinate a occultare il contenuto simbolico del ricordo (o del sogno). Con il processo associativo sarà possibile, ripercorrendo a ritroso la strada del tempo, decodificare simboli e allegorie per rinvenire le impressioni a suo tempo digerite dallo Stile di vita.

La decodificazione dei primi ricordi utilizza il *modello analogico-intuitivo* suggerito da Adler, che valuta la struttura di un ricordo alla stregua di una *struttura allegorica*, così come allegorico è considerato sempre da Adler, come si è visto, il contenuto del sogno. Tanto il linguaggio onirico, quanto la narrazione del ricordo, nell'impossibilità di esprimersi attraverso concetti, si codificano in metafore e in allegorie in grado di fornire la copertura simbolica ai contenuti emotivi o conflittuali. Sarà compito dell'operatore provvedere all'analisi e alla comprensione dei simboli che trattengono sotto il livello di consapevolezza le finalità intime e irrefutabili del paziente.

Ecco come ho invitato Luisa a presentarmi i suoi primi ricordi.

- Oggi, Luisa, ti invito a fare con me un viaggio nel passato. Hai presenti le macchine del tempo? Di sicuro ne avrai viste in qualche film o avrai letto di come funzionano in qualche romanzo di fantascienza: un tizio entra nel marchingegno, muove una leva su e giù e la macchina lo porta avanti e indietro nel tempo, anche per secoli, a rivedere mondi del passato o a mostrarne altri di un lontano futuro. La nostra immaginaria macchina del tempo è molto più modesta: va esclusivamente all'indietro e al massimo di qualche decennio. Ritorna con la memoria al tuo passato a ripescare gli episodi più remoti, che forse credevi di aver dimenticato, rivivendoli e facendoli vivere anche a me, come se dovessi vederli proiettati su uno schermo. Non conta che siano avvenimenti di grande interesse, anzi, più banali sono e meglio è. Non ha importanza, poi, che me li presenti in ordine cronologico; devi anzi raccontarmeli così, come ti vengono alla mente: quella volta che... Bene, se credi, possiamo partire per il nostro viaggio nella tua infanzia.

Questi sono i primi ricordi d'infanzia di Luisa.

1° ricordo:

- *Il primo ricordo che mi viene in mente è di quella volta che avevo un bel vestito sotto il grembiolino bianco. La mamma mi suggerisce di farlo vedere alla maestra. Lo faccio e la maestra mi fa i complimenti. Allora facevo la 1^a elementare, oggi non farei più una cosa simile.*

Si è detto in precedenza che la Psicologia Individuale utilizza, per la decodificazione dei primi ricordi, il *metodo analogico-intuitivo*, cioè quel procedimen-

to che, muovendo dall'osservazione e dalla diretta esperienza e quindi dalla conoscenza di elementi noti, fa supporre che, nel concetto preso in considerazione, esistano significati simili. Affidandoci a questo criterio, cercheremo di formulare, con l'esplorazione dei primi ricordi del nostro soggetto, altre congetture e altre ipotesi da aggiungere a quelle già esposte in precedenza, così che alla fine ci tornino utili per la ricostruzione dello *Stile di vita* e, quindi, della personalità che stiamo studiando. È bene, ad ogni modo, ribadire che, per il momento, si tratta solo di supposizioni riservate al terapeuta; egli dovrà cercare la conferma in altri elementi che acquisirà nel corso del trattamento.

A quell'età, a sei anni, Luisa avrebbe mostrato il bel vestitino che stava sotto il grembiule, ora non più. Che cosa vuol dirci? Che sotto al grembiule c'è qualcosa che non va: il suo corpo. Luisa è diventata dismorfofobica: «*Ma mi ha guardato? Chi vuole che si metta con me?*».

2° ricordo:

- *Sempre alle elementari. Quella volta che un ragazzino pestifero mi spalma la testa con del sapone cremoso. La maestra lo vede e lo sgrida. A me piaceva molto fare la vittima... avevo un po' esagerato. Ora non faccio più la vittima e non sopporto neppure quelli che si comportano così.*

Fare la vittima... e perché? Ma per ottenere attenzione, allora dalla maestra, oggi dalla mamma: «*la mamma è stata molto apprensiva nei miei confronti*», per differenziarsi dalle sorelle, anticonformiste, ribelli ed emancipate.

3° ricordo:

- *C'erano i giochi della gioventù. Io ero molto brava nei 50 metri. Si deve correre la staffetta e mi fanno partire per seconda. A me la cosa dà molto fastidio. Le migliori erano le quarte, quelle che partivano per ultime. Io, nella corsa, supero tutte le seconde... ma con le quarte, come sarebbe andata? Ora non competo più... in niente.*

Parafasando a rovescio il marchese de Coubertin, per Luisa l'importante non è partecipare, è vincere! Piuttosto che subire lo smacco è meglio fingersi incapaci, rinunciare alla competizione: «*non ho voglia di fare niente, non studio*». È molto meno grave essere giudicati indolenti e pigri, piuttosto che maldestri e incapaci [12].

4° ricordo:

- *Forse avevo 4 o 5 anni. Non avevo mai avuto paura del buio, prima, eppure*

quella volta ho sperimentato il terrore. Allora abitavamo in una villa isolata. C'era una grande vetrata e dietro la vetrata una stanza buia e poi le scale. Provavo sempre una sensazione sgradevole a passare di lì. Era sera ed eravamo soli in casa, papà ed io. Papà era uscito in giardino a fare qualcosa. Ho sentito una voce uscire da una cassapanca che stava nel locale buio ed è in quell'istante che ho provato un grande sgomento.

L'età del soggetto e l'unicità dell'evento portano subito a escludere che si tratti di un episodio allucinatorio. È sicuramente più probabile un'angoscia da abbandono: «*eravamo soli in casa papà ed io. Papà era uscito in giardino...*». Oggi, Luisa vuol far credere di amare la solitudine, ma non è vero: «*quando sono sola, sto meglio*», ma non è vero: «*gli amici sono tanti, a Roma c'è la cugina Elisabetta... e poi, ci sono la mamma, il papà...*».

5° ricordo:

- Era l'ultimo anno d'asilo. Portavo le scarpe correttive, allora. Ci fanno uscire a giocare sulla sabbia e le scarpe mi si riempiono tutte di granellini di sabbia. Ero disperata! Ma arriva la mamma e, insieme, si va a comprare dei sandali.

Infatti, la mamma è la salvezza. È lei che libera dalla disperazione generata dall'inferiorità ("le scarpe correttive").

6° ricordo:

- I primi giorni d'asilo. Piangevo immusonita, ma la mamma non si commuove e mi lascia lì. Una bambina mi dice: «Se piangi, non ti sarò più amica». Ricordo ancora quella bambina. Così, non ho pianto più. Comunque, all'asilo ci sono andata poco, per i continui mal di gola.

Eppure, anche la mamma l'ha abbandonata, non si è commossa neppure davanti al suo pianto. Ma, alla fine, è Luisa che ne esce vincitrice ("all'asilo ci sono andata poco"). Se "i continui mal di gola", fossero di natura psicosomatica, si potrebbe configurare quel tipo di compensazione che la Psicologia Individuale definisce "controcostrizione" [13].

7° ricordo:

- Nel giardino della prima villa in cui abbiamo abitato, non quella in cui viviamo adesso: quella della cassapanca con la voce. Avrò avuto circa sette anni. Ero sempre sola, ma mi immaginavo di avere tanti bambini come amici. Ma questo è un brutto ricordo... mi sentivo squallida... la realtà era ben altra.

Che lo star sola non sia un bisogno sincero e soddisfacente per Luisa è ribadito da questo ricordo. Talora, purtroppo, in carenza di una realtà appagante, bisogna rifugiarsi nell'immaginazione, ma la finzione è squallida, se è sostitutiva di una necessità concreta.

8° ricordo:

- Questo, invece, è un momento proprio bello! Io e mia sorella fuori, davanti alla casa a prendere il sole. Arriva la mamma con le ciliege. Come le ho gustate! Ogni primavera ci riprovo, ma buone come quelle non ne ho trovate più.

Ancora la mamma: interviene a risolvere le situazioni critiche (“*le scarpe correttive piene di granellini di sabbia*”), conforta nei momenti di “disperazione” e, come un’apparizione magica, si manifesta offrendo doni meravigliosi e irripetibili. Purtroppo, però, i tempi sono cambiati.

9° ricordo:

- Natale! Alla sera preparavo il cappuccino per Babbo Natale infreddolito. Al mattino c'erano i regali e anche le impronte degli scarponi di Babbo Natale sulla cenere del caminetto. Ma la cosa che mi colpiva di più era notare che il cappuccino era ancora lì: Babbo Natale non se lo beveva mai!

Babbo Natale sembra rifiutare ripetutamente il cappuccino preparato da Luisa. Avrebbe dovuto gustarlo, “*infreddolito*” com'era. Evidentemente, avrà pensato Luisa, non so offrire cose che possano essere apprezzate dagli altri. E poi, in subordine, ci deve essere sotto un imbroglio, tanto la cosa appare incomprensibile.

10° ricordo:

- Sempre prima dei sette anni. Eravamo in campeggio a Punta Ala. Mi ero persa. Sono andata in direzione e loro mi hanno riaccompagnato alla nostra roulotte. Non è stata una grande emozione: mia madre non si era neppure accorta che ero sparita.

Ma la mamma, in circostanze particolari, può “non accorgersi” della situazione critica in cui può trovarsi Luisa: deve darsi da fare lei stessa, anche ricorrendo ad altri, se vuol risolvere il problema contingente.

11° ricordo:

- La mamma, però, è molto apprensiva! Quando non tornavo a casa abbastanza presto, andava a cercarmi dai vicini. Una volta, rientrando, trovo i vici-

ni allarmati che mi dicono: "tua mamma ti sta cercando!".

«Non vorrei essere fraintesa – si affretta a precisare Luisa – *“la mamma è molto apprensiva”* nei miei confronti ed entra subito in grave stato d'allarme se esco dal suo controllo».

X. *L'interpretazione dei primi ricordi*

La decodificazione del linguaggio simbolico di Luisa in questa prima fase dell'indagine psicodiagnostica consente già di ricostruire alcuni punti essenziali del suo *Stile di vita*.

1. Immagine dismorfofobica di sé, per cui il soggetto pensa e agisce sulla base di tale rappresentazione.
2. L'idea autoinferiorizzante, porta di conseguenza il soggetto alla *finzione rafforzata* della ricerca della solitudine e del rifiuto della competizione, che mortificano, entrambe, le sue reali possibilità.
3. La non accertata bulimia altro non è che lo strumento utilizzato per confermare l'immagine mentale dismorfofobica.
4. La capacità affettiva, potenzialmente valida, è, per il momento, chiaramente espressa solo nei confronti delle figure genitoriali e delle amicizie, non essendo ancora matura per un rapporto sentimentale.
5. Infatti, nonostante la vantata ricerca (sicuramente fittizia) della solitudine, si percepisce la buona disponibilità del soggetto alla relazione interpersonale (i molti amici), ma anche al rapporto privilegiato (la cugina Elisabetta).
6. Si segnala, in subordine, qualche velato, fugace accenno a tratti fobici di personalità.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Newton Compton, Roma 1981.
2. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *La conoscenza dell'uomo*, Newton Compton, Roma, 1994.
3. ADLER, A. (1928), *Die Technik der Individualpsychologie*, tr. fr. *Le journal de Clai-*

re Macht, Belfond, Parigi 1981.

4. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, Newton Compton, Roma 1997.
5. ADLER, K. A. (1967), La psicologia individuale di Adler, in WOLMAN, B. L., *Psychoanalytic Techniques*, tr. it. *Manuale delle tecniche psicoanalitiche e psicoterapeutiche*, Astrolabio, Roma 1974.
6. CANZIANI, G., MASI, F. (1979), Significato dei primi ricordi infantili: loro importanza nella diagnosi e nella psicoterapia con particolare riguardo all'età evolutiva, *Riv. Psicol. Indiv.*, 11: 15-34.
7. ELLEMBERGER, H. F. (1970), *The Discovery of Unconscious*, tr. it. *La scoperta dell'inconscio*, Boringhieri, Torino 1976.
8. LANGS, R. J. (1965), First Memories and Characterologic Diagnosis, *Jour. nerv. ment. Dis.*, 141: 318-320.
9. MAYMAN, M. (1968), Early Memories and Character Structure, *Jour. proj. tech.*, 32: 303-316.
10. MOSAK, H. H. (1975), Early Recollections as a Projective Technique, in "On purpose", *Collected Papers A. Adler Institute*, Chicago: 60-75.
11. PAGANI, P. L. (1993), Subdole resistenze, *Riv. Psicol. Indiv.*, 33: 11-16.
12. PAGANI, P. L. (1999), L'imperfezione: un vuoto incolmabile, in CANTONI, C., MUNNO, D., PAGANI, S., VOLPE, C. (a cura di), *Il complesso di inferiorità della psicoterapia*, SIPI, Milano.
13. PARENTI, F. (1983), *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.

Pier Luigi Pagani
Via delle Forze Armate, 260/9
I-20152 Milano

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. Dichiara 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 constatare 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 (civiltà) 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

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 Heisterkamp, 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 mètte 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 scatenano 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 dalle 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

Su “Bolscevismo e Psicologia” di Alfred Adler

MARCO MARZOLINI

Summary – ABOUT “BOLSHEVISM AND INDIVIDUALPSYCHOLOGY” BY ALFRED ADLER. Immediately after the end of the First World War, A. Adler takes the opportunity to outline his own idea of socialism, which is founded on a peaceful, humanitarian and ethic vision of the emancipation of mankind. Actually he aims to apply the principles of Individual Psychology to social psychology and political issues. A condemnation of Bolshevism follows: the violent ways of revolutionary policy are considered as a collective expression of will of power and therefore a “tragic mistake”. Adler’s political position is close to those revisionist and reformist tendencies, which were majority, at that time, inside the Second International. The modern reformist socialism, as distinguished from communism, had its own origin largely in the revisionist movement of the late 19th century. Many socialist thinkers began to doubt the indispensability of revolution and to revise other basic principles of Marxism. Led by the German writer Eduard Bernstein, they declared that socialism could best be attained by reformist, parliamentary, evolutionary and educational methods.

Keywords: SOCIALISM/REFORMISM, SOCIAL FEELING, VIOLENCE

I. Premessa

Alfred Adler si era avvicinato e appassionato alle idee socialiste fin dalla giovinezza. Già nel 1896-97 egli lavora, come medico volontario, presso il Policlinico di Vienna, un’istituzione benefica sorta per l’assistenza gratuita ai lavoratori. Dal 1902 al 1911 fa parte del gruppo psicoanalitico che si riunisce intorno a Freud. Da studente frequenta i circoli socialdemocratici viennesi e in questi gruppi conosce la futura moglie Raissa Timofeevna Epstein, ebrea moscovita venuta a Vienna per compiere gli studi.

Tramite Raissa, che già in patria era entrata in contatto e simpatizzava con il movimento rivoluzionario russo, Adler incontra a Vienna alcune figure di spicco, in fuga dalle persecuzioni zariste, prima fra tutte Lev Trotskij, stabilitosi esule nella capitale austriaca nel 1907. La moglie di Trotskij era amica di Raissa Adler. Il futuro capo dell’Armata Rossa ricorderà, tra l’altro, nella sua auto-

biografia, come il suo principale collaboratore alla “Pravda”, A. A. Joffe (in seguito noto diplomatico sovietico), sofferente di nevrosi, seguisse in quel periodo un trattamento psicoanalitico presso il “noto medico viennese” Alfred Adler [11].

La frequentazione con gli intellettuali rivoluzionari russi e la partecipazione agli incontri politici di carattere socialdemocratico, negli anni immediatamente precedenti la guerra, costituiscono per Adler occasione d’approfondimento e di dibattito sulle prospettive del socialismo e sulle questioni sociali. In quegli anni egli sostiene a più riprese la necessità che le terapie siano offerte da un servizio sociale gratuito per i lavoratori e tende a rivolgersi a un tipo d’utenza del tutto inedito per la pratica psicoanalitica, il proletariato urbano, che si va organizzando nei sindacati, nelle cooperative e nei partiti socialdemocratici.

All’indomani della conclusione dell’armistizio di Rethondes (11 novembre 1918), che pone formalmente fine all’immane tragedia della prima guerra mondiale, il giovane potere sovietico si trova a dover contrastare drammaticamente, in Russia, l’offensiva controrivoluzionaria sostenuta dalle potenze straniere [10].

In quei giorni Alfred Adler pubblica sull’*Internationale Rundschau* di Zurigo un’articolata riflessione sugli esiti della guerra e della rivoluzione d’Ottobre; a un bilancio sulle conseguenze più immediate di quegli eventi epocali segue, nello scritto, una serie di considerazioni, di portata e prospettiva ben più ampia, che tracciano sia l’evoluzione del pensiero adleriano in campo sociale, sia la sua concezione complessiva della civiltà umana, delle prospettive della convivenza e del destino della specie.

Egli risale fino ai principi generali della sua antropologia filosofica, cui concorrono, in una fase straordinaria della storia del Novecento, ma anche della vita di Adler, tutte le radici della sua formazione, dall’intensa e travagliata esperienza psicoanalitica, all’adesione, su posizioni moderate e riformistiche, alla Socialdemocrazia, alla pratica, durante la guerra, come medico militare presso alcuni reparti psichiatrici.

Se il conflitto mondiale e i movimenti rivoluzionari che esso suscita costituiscono una formidabile cesura non solo nella vita dei popoli d’Europa, ma anche nelle concezioni sociali, nelle forme ideologiche, nelle visioni e nelle strategie politiche, a tale deflagrazione storica non può rimanere insensibile il fondatore della Psicologia Individuale.

Risulta allora interessante, muovendo dagli spunti offerti da “Bolscevismo e Psicologia”, considerare il percorso intellettuale e umano di Adler di fronte al dramma della guerra e della rivoluzione e riflettere su come, in lui, le concezioni psi-

cologiche e antropologiche s'intreccino con le opzioni politiche, su come conseguentemente si sviluppino quelle posizioni e su quali elementi maturi la condanna adleriana del Bolscevismo e, più in generale, del marxismo rivoluzionario [2].

II. *L'adesione alla Socialdemocrazia*

Alfred Adler, nato in una famiglia di commercianti ebrei d'origine ungherese, è precocemente attratto da ideali d'umanesimo e universalismo. Sulla base di tali sentimenti sembra fondarsi la sua conversione, a trentaquattro anni, al protestantesimo, religione ritenuta più conforme alle proprie convinzioni e che gli permette di partecipare alla vita culturale europea.

In quegli stessi primi anni del Novecento compaiono, sulla stampa socialista austriaca, numerose pubblicazioni del giovane Adler, firmate con vari pseudonimi, in un clima d'impegno e di mobilitazione, che feconda l'*humus* umano e sociale su cui sorgerà anche la sua teoria psicologica [12].

Nel trentennio che precede lo scoppio della prima guerra mondiale, le organizzazioni del movimento operaio conoscono, come mai prima in Europa, uno sviluppo straordinario. L'Internazionale socialista può contare, nel 1912, oltre 3.300.000 iscritti in tutto il mondo. Nel 1914, la Socialdemocrazia tedesca, ormai assunta a modello politico e organizzativo per tutto il movimento socialista internazionale, registra più di un milione d'iscritti, possiede ottantanove quotidiani e numerose riviste che vantano un milione e mezzo d'abbonati (il quotidiano più importante, il *Vorwärts*, ha 165.000 lettori). Oltre ai centodieci deputati al *Reichstag*, il partito ha duecentoventi rappresentanti nei Landtag provinciali e 12.000.000 consiglieri provinciali.

A tali successi organizzativi ed elettorali, si accompagna un'evoluzione politica di portata cruciale, una svolta profonda che segnerà il destino successivo del movimento: in quegli stessi anni si sviluppano, infatti, all'interno dei maggiori partiti costituenti la Seconda Internazionale (la formazione più consistente e autorevole è la Socialdemocrazia tedesca) le correnti revisioniste, che presto guadagnano, nello scontro con le minoranze più "radicali", la maggioranza del consenso tra gli iscritti.

Nel Partito tedesco spiccano alcuni dirigenti, primo fra tutti Eduard Bernstein (1850-1932), che si assumono, a partire dai primi anni del Novecento, il compito teorico e politico di sottoporre ad ampia revisione i principi fondamentali del marxismo. Essi tendono a sostituire alla concezione rivoluzionaria una posizione riformista e gradualista, che sostiene la possibilità di una trasformazione progressiva e pacifica della società capitalistica, attuabile attraverso l'in-

gresso, non rivoluzionario e per tappe successive, dei rappresentanti del movimento operaio all'interno delle istituzioni esistenti, perseguito e realizzato con metodi legali [7].

L'aforisma di Bernstein "Il fine è nulla, il movimento è tutto", assurgerà a vero e proprio motto del revisionismo riformista. Il dibattito in seno all'Internazionale su tale questione sarà serrato, d'alto tenore teorico e comunque gravido di conseguenze per l'orientamento che i partiti socialisti terranno in seguito, soprattutto per le responsabilità che si assumeranno nell'appoggiare l'entrata in guerra dei rispettivi Paesi. I Partiti socialdemocratici divenuti "riformisti" finiranno, infatti, in Germania, in Austria, in Francia ed in altri paesi coinvolti nel conflitto mondiale, per approvare, nei rispettivi Paesi, i crediti di guerra nell'agosto 1914, contribuendo così al disfacimento della Seconda Internazionale. Buona parte della dirigenza riformista, tra cui lo stesso Bernstein, condurrà in seguito una vivace battaglia contro il leninismo e lo stato sovietico [8].

Le basi materiali dell'evoluzione riformista nella politica socialdemocratica sono peraltro chiaramente individuabili: i paesi più avanzati d'Europa conoscono, nel trentennio che precede la prima guerra mondiale, uno sviluppo straordinario in ogni settore. L'espansione delle capacità produttive dell'industria, le grandi conquiste in campo scientifico e tecnologico, l'estendersi di condizioni di vita migliori, in certi casi di benessere, a strati sempre più ampi della popolazione, comprese diverse categorie di lavoratori, condizionano i gusti e il costume e alimentano convinzioni e ideologie nuove. Acquista plausibilità la percezione di un progresso ininterrotto e pacifico del capitalismo, eventualmente correggibile ed emendabile nei suoi aspetti meno accettabili sul piano sociale. Si diffonde l'ottimismo della *belle époque*, il frivolo vezzo salottiero che conquista il senso comune popolare.

Anche nelle organizzazioni politiche proletarie finiscono inevitabilmente per prevalere le posizioni riformistiche, corroborate tra l'altro, oltretutto dai successi elettorali dei socialisti, dall'assenza protratta, sul suolo d'Europa, di conflitti armati tra le grandi nazioni che per secoli si erano accanitamente combattute [7].

Alfred Adler non è spettatore passivo di tali eventi; posto di fronte a una società che gode di uno straordinario sviluppo, ma continua a dibattersi nelle contraddizioni che lo sviluppo stesso genera, matura un ideale d'emancipazione e di progresso generale, che trova nel socialismo, o almeno nella sua particolare concezione di socialismo, la forma ideologica di una forte aspirazione ideale [4]. L'esito stesso della guerra diventa una drammatica lezione storica; nel bilancio che ne propone Adler all'indomani dell'armistizio, la disastrosa disfatta degli Imperi centrali può ora alimentare e radicare nei popoli una nuova, inedita tensione all'universalismo: «*Noi Tedeschi stessi siamo animati da*

un forte sentimento di collettività che si stende oltre i confini e prosegue in uno speranzoso sentire di "far parte dell'umanità"» (2, p. 7).

Del programma socialista egli è attratto dall'aspetto pacifico, umanitario e non violento. Anche all'interno della "Società per la psicologia individuale", da lui fondata nel 1911 con un gruppo di collaboratori quasi tutti aderenti al Partito socialdemocratico austriaco, egli si mantiene costantemente su posizioni moderate [12]. Del marxismo rivoluzionario, che condanna, egli non sembra aver compiutamente scandagliato tutti i fondamenti teorici e analitici, eludendo, in particolare, il nesso che sussiste tra maturazione imperialistica del capitalismo ed inevitabilità della guerra; Adler si mostra, da sempre, più toccato dai richiami ideali alla pacificazione generale.

Il dissenso che egli manifesterà, dopo la rivoluzione russa, verso il Bolscevismo ha quindi origini remote: si fonda, infatti, su un'opposizione originaria e di principio a ciò che egli considera i "metodi violenti di lotta", in quanto tali intrinsecamente incompatibili con il socialismo [2].

Il moderatismo adleriano nell'alveo della sua adesione al socialismo (egli fu anche per qualche tempo, negli anni giovanili, membro effettivo del Partito socialdemocratico austriaco) non sembra peraltro configurarsi come un'adesione esplicita, di schieramento deciso su basi politico-teoriche definite, alla corrente revisionista e gradualista, maggioritaria a quell'epoca nella Seconda Internazionale [7].

Nella documentazione di cui disponiamo, i termini precisi dell'intenso dibattito teorico di quegli anni, nonché il nodo centrale della contrapposizione strategica tra marxismo rivoluzionario e riformismo, appaiono allontanarsi dai temi adleriani. Più che attraverso un'opzione dichiarata e consapevole alle formulazioni teoriche e alle direttive politiche del revisionismo, il "riformismo" di Adler si esprime come vicinanza ideale e, almeno per alcuni aspetti, come affinità di fatto con tale corrente.

Mentre elabora la separazione da Freud, Adler matura anche un ulteriore, progressivo distacco dall'originaria *Weltanschauung* marxiana; diventa primario per lui l'approdo a un nuovo credo psicologico ed ad una propria teoria dell'uomo. La visione della società di Adler resterà comunque segnata da una forte passione per l'emancipazione umana, costantemente presente anche lungo il percorso di revisione della posizione politica.

Al contrario, la concezione freudiana della società è espressione diretta della propria matrice positivista e naturalistica, nonché delle tendenze ideologiche tipiche della borghesia ebraica medio-alta viennese. È una visione sostanzialmente pessimistica della convivenza sociale, per cui l'emancipazione umana

non è mai attuabile attraverso una pratica sociale, ma eventualmente grazie a un'ascesa individuale verso la consapevolezza e la sublimazione. Di fronte ai grandi mutamenti sociali del Novecento, l'ebreo ateo e antireligioso Freud ristagna sull'ineluttabilità fatalistica e destoricizzata dell'immutabilità della "natura umana" e quindi della società; rifiuta pregiudizialmente il marxismo, poiché delle due componenti della civiltà umana (società e cultura), solo la seconda, per Freud, può essere dominata [6].

Quando egli afferma che vi sono tre cose impossibili, curare, educare e governare, finisce per estraniarsi dai processi reali di produzione, riproduzione e trasformazione attraverso i quali ogni società si storicizza. Sarà, peraltro, opportuno ricordare come nelle scarse considerazioni esplicite sul marxismo che troviamo nell'opera di Freud, egli ne confessi, da una parte, una conoscenza sommaria; e come dall'altra, forse proprio a seguito di quella, dimostri di accogliere l'impropria (ma frequente nella storia del Novecento) accezione volgarizzata del marxismo, che finisce per confondere la dialettica materialistica con una sorta di semplice determinismo meccanicista: *«Presumo che su questo argomento ne sappiate più di me e che da tempo abbiate preso posizione pro o contro il marxismo. Le indagini di Karl Marx sulla struttura economica della società e sull'influsso dei diversi modi di produzione in ogni campo della vita umana hanno acquistato nel tempo un'incontestabile autorità [...]. È stata così scoperta una serie di nessi e di implicazioni, prima quasi completamente ignorati. Ma non si può ipotizzare che i motivi economici siano i soli a determinare il comportamento dell'uomo nella società»* (6, pp. 279-281).

Nella formulazione compiuta della Psicologia individuale, l'essere individuale è definito dall'appartenenza a un ordine generale, naturale e sociale a un tempo. Se Adler ha accettato il principio della sopravvivenza del più idoneo, rivoltandolo nel suo contrario, la supremazia del più debole, è stato in procinto di accogliere la sfida lanciata dal darwinismo sociale come giustificazione ideologica "naturale" della società divisa in classi.

Puntualizzerà bene in proposito Kurt A. Adler nel 1993: *«Freud sosteneva che le organizzazioni, la morale sociale e le consuetudini si fossero imposte sugli istinti e che la loro rimozione lungo la strada dello sviluppo della civiltà fosse la causa della nevrosi. Adler, al contrario, considerava tutto l'ordinamento sociale e le organizzazioni necessarie per il dominio della natura e per una maggiore libertà dell'uomo. Credeva altresì che la causa della nevrosi si dovesse individuare nella perdita dell'integrazione sociale, nel fallimento del sentirsi uniti con gli altri e con l'umanità»* (3, p. 51).

La sensibilità di Adler per le questioni sociali, particolarmente in campo sanitario, assistenziale e pedagogico, lo porterà, soprattutto dopo la guerra, ad ac-

centuare il carattere umanitario ed "educativo" della propria posizione [9]. Il riferimento materialistico proprio dell'antropologia filosofica marxista diverrà marginale, mentre la questione politica relativa alla conquista del potere da parte del Partito di classe del proletariato apparirà nella riflessione adleriana in funzione polemica, nella condanna della "affermazione delle idee socialiste attraverso la violenza". A tali premesse s'ispira inequivocabilmente il giudizio espresso in *Bolscevismo e Psicologia*.

III. *Politica, psicologia e guerra: un rapporto inevitabile e intricato*

Nella concezione di Adler la "sete di potere" è una patologia, potremmo dire una psicopatologia del vivere sociale, quanto la "voglia di potere" del singolo è un aspetto della psicopatologia individuale.

Quando c'è salute mentale, il "senso sociale" (*Gemeinsinn*) ed il "sentimento sociale" (*Gemeinschaftsgefühl*) interagiscono armonicamente con l'esercizio della direzione politica della comunità. Questi concetti, espressione della *natura sociale* dell'uomo, costituiscono l'idea chiave della Psicologia Individuale [4].

In *Bolscevismo e Psicologia* emerge con chiarezza quanto questa cornice concettuale fornisca ad Adler non solo la base delle formulazioni generali della sua psicologia, ma anche il riferimento esplicativo della realtà sociale, nonché la chiave di lettura e di giudizio sugli avvenimenti drammatici della prima guerra mondiale, con cui egli si confronta, alla fine del 1918, poco dopo la fine del conflitto.

Il testo adleriano sembra risentire, sullo sfondo, del clima di contrapposizione tra socialismo riformista e marxismo rivoluzionario, che lo scoppio e gli esiti della guerra avevano drammaticamente acuito. L'immane massacro costituiva, in sede di bilancio, il dato storico reale, tragico e dimostrativo, sul quale le opposte correnti, già presenti prima del conflitto in seno al movimento operaio, ribadivano antitetivamente le proprie posizioni [2].

Lenin, i Bolscevichi russi impegnati nella strenua difesa della rivoluzione, le correnti di sinistra in seno ai partiti socialisti occidentali, vedevano confermata, con la guerra, la tesi dell'inevitabilità dello scontro distruttivo tra potenze capitalistiche, che la maturazione imperialistica, con l'acuirsi delle sue crisi per la spartizione delle sfere d'influenza, portava con sé [10]. Nella prospettiva strategica di Lenin, la deflagrazione bellica costituiva, inoltre, l'occasione storica, la "crisi rivoluzionaria", che avrebbe consentito all'organizzazione rivoluzionaria internazionale del proletariato, se sufficientemente preparata, di assumere il potere, a partire dall'"anello debole" (l'arretrata Russia) per giungere al "cuore dell'imperialismo" (i Paesi europei più avanzati) [13].

I socialdemocratici riformisti (che, come ricordato, avevano in Germania e in Austria approvato la politica bellica dei propri Paesi) riconducevano, al contrario, la guerra a un insieme piuttosto variegato di motivazioni: un evento connesso a un insufficiente controllo democratico sugli Stati (o su alcuni Stati), una persistenza di politiche di potenza non ancora superata, o, nelle correnti più riconosciute, l'espressione di una legittima difesa nazionale condotta da popoli aggrediti, come sostenuto, tra gli altri, anche dall'autorevole socialdemocratico russo G. Plechanov [8].

K. Kautsky, austriaco, massimo dirigente della Socialdemocrazia internazionale dell'epoca, giungerà a ritenere la guerra mondiale un passaggio necessario verso una nuova era pacifica del capitalismo, contrassegnata da un'enorme attenuazione delle contraddizioni del capitalismo stesso e da una progressiva tendenza al disarmo generale. Non mancheranno anche le posizioni di giustificazione della guerra, vista come "lezione" storica rigeneratrice [7].

A tali indirizzi di pensiero sembra accostarsi Adler nell'apertura del suo testo, per quanto risultino pienamente conservate quella peculiarità e quell'autonomia di impostazione, che gli derivano da tutta la teoria individualpsicologica: *«Le leve del potere sono state strappate a noi Tedeschi. Abbiamo rinunciato al dominio sugli altri popoli e vediamo senza invidia e senza rancore come i Cechi, gli Slavi del Sud, gli Ungheresi, i Polacchi, i Ruteni si rinforzino nella loro potenza statale e si risvegliano per una nuova vita indipendente. Volati via in un attimo sono tutti i sentimenti d'odio del passato, artificialmente coltivati contro i compagni dell'Intesa a cui offriamo sentimenti fraterni anche se sentiamo dolorosamente e con dispiacere che alcune asperità e qualche aggravamento della carestia sarebbero da evitare»* (2, p. 7).

L'esperienza della guerra rafforza in Adler le posizioni già maturate prima del 1914: della prospettiva socialista egli rifiuta il carattere, sostenuto dal marxismo, di esito rivoluzionario del conflitto materiale aperto tra borghesia e proletariato e tra potenze imperialistiche tra loro [8]. Si oppone alla "volontà di potenza" che tale concezione inevitabilmente veicolerebbe, poiché ogni forma di dominio, in ogni contesto storico, è la negazione del senso comunitario. Del socialismo egli esalta, all'opposto, l'aspetto d'espressione compiuta del senso comunitario stesso, di superamento ed emancipazione generale dall'avidità di potere e dall'ambizione personale. Ricorre direttamente a Marx, cui già aveva attribuito significative scoperte psicologiche, per sostenere tale antitesi tra socialismo e potere: *«Solo nel socialismo il senso comunitario, inteso come esigenza inderogabile di ogni forma di convivenza umana pacifica, è rimasto ultimo scopo e fine. Tutti i geniali utopisti socialisti, che cercavano e trovavano sistemi teorici, mettevano istintivamente, come tutti i grandi riformatori dell'umanità, il mutuo aiuto al di sopra della lotta per il potere. E Karl Marx*

scoprirebbe nello scuro meccanismo della vita psichica la lotta collettiva del proletariato contro il dominio di classe, innalzandola per l'eternità a livello di consapevolezza e mostrando una strada che conduce verso l'ultima conseguenza del sentimento di comunità» (2, p. 9).

Adler coglie pertanto una continuità sostanziale che unirebbe, secondo una linea ininterrotta, la tradizione utopistica del primo socialismo al marxismo, o meglio ad alcuni aspetti della dottrina marxista che egli ritiene espressione di tale continuità. Viene sostanzialmente disconosciuto il salto radicale che separa il tentativo di Marx ed Engels di fondare una concezione del socialismo a partire unicamente dall'analisi rigorosa dello sviluppo della società capitalistica, nelle sue determinazioni storiche e materiali, rispetto alla modellistica astratta e idealizzante dei pensatori del socialismo premarxista.

La concezione adleriana del socialismo approda, quindi, peraltro coerentemente, a una visione etico-sociale, umanitaria e pedagogica dell'azione politica, fortemente influenzata, in tutti i suoi aspetti dai fondamenti generali della individual-psicologia: *«Il sentimento d'inferiorità del proletariato che, nella lotta per l'esistenza, cercava una forma di superamento del superatore, in realtà agiva come pungolo e come stimolo costante, trovando l'organizzazione migliore e i metodi economici più convenienti. Forse una conoscenza più approfondita delle relazioni economiche ha creato e cementato queste nuove organizzazioni? [...] Non dobbiamo, piuttosto, mettere in rilievo l'unificante base del suo modo di pensare, di sentire e di volere, o il rafforzato senso di giustizia dell'umiliato che, nel proprio inalienabile partecipare alla vita comunitaria, si radica nella logica immanente della convivenza umana?» (2, p. 12).* La dinamica del riscatto sociale si profila come declinazione ed estensione del processo d'emancipazione individuale.

IV. Il giudizio sul Bolscevismo

Il merito specifico della strategia bolscevica, basata sulla trasformazione della guerra imperialista in guerra rivoluzionaria, non risulta esplicitamente trattato da Adler, così come la teoria marxista della violenza, già formulata da Engels nell'*Anti-Dühring* [5] e riconsiderata da Lenin. La concezione marxista della politica si è formata nella critica al soggettivismo. Il movimento economico storico-naturale, che contiene tutti i fattori del conflitto tra le classi, è già presente, oggettivamente, nella dinamica sociale. Sono pertanto le intrinseche contraddizioni dello sviluppo capitalistico a generare inevitabilmente le guerre e le crisi sociali. Queste crisi tendono a ripetersi ciclicamente, con tutto il loro carico di distruzione, ma costituiscono, nello stesso tempo, quelle rare "occasioni storiche" che il Partito del proletariato, se ne è all'altezza, può sfruttare per il superamento rivoluzionario della forma economico-sociale capitalistica [8].

La strategia di Lenin esclude di introdurre *soggettivamente* una qualche forma di violenza nella politica, ma sfrutta consapevolmente l'enorme massa di violenza partorita dalla guerra imperialistica, per trasformarla, dirigendola, in potenziale rivoluzionario. L'esercizio della violenza appare del tutto accessorio nell'azione rivoluzionaria, il cui successo è determinato dalla maturità oggettiva raggiunta da vasti processi sociali di massa e non dalla maggiore o minore quota di violenza applicabile volontaristicamente alla lotta politica [13].

Nel 1918 Adler non ha ancora compiutamente definito una propria concezione dell'aggressività umana; ma le premesse delle successive formulazioni sono largamente rintracciabili in *Bolscevismo e Psicologia*. Si sta già perfezionando una teoria individualpsicologica dell'aggressività, pulsione primaria indipendente dalla *libido*. La visione olistica e finalisticamente orientata dell'individuo fa sì che l'aggressività si proponga come istanza primaria con funzione unificatrice nei confronti delle altre istanze psichiche [1].

Se il "socialismo", che è radicato profondamente nel senso comunitario, rappresenta il primordiale suono dell'umanità, il "bolscevismo" ne rappresenta una sorta di suicidio. L'assunzione di un metodo rivoluzionario, che attraverso l'applicazione della violenza, abolisce le istituzioni esistenti e pretende di imporre una nuova forma sociale attraverso la dittatura, non può che condurre alla negazione del sentimento sociale e costituire inevitabilmente un "tragico errore".

In questo giudizio si può cogliere il nesso strettissimo che si stabilisce tra la Psicologia Individuale (con le finalità esplicite che essa si pone in campo educativo e sociale) e la posizione politica di Adler: il socialismo è una pratica sociale fondata su una *Weltanschauung* complessiva, una visione generale dell'umanità come entità collettiva in cui agiscono le stesse forze che, pur in forme diverse, governano la vita mentale individuale [2].

Per Adler, la cui visione della trasformazione sociale è da sempre permeata dallo spirito e dalla volontà riformista, l'azione rivoluzionaria prima e la dittatura politica poi, per come sono state intraprese nella pratica bolscevica, non possono che essere ricondotte all'"ebbrezza di potere" soggettiva. È la patologia sociale dell'aggressività, omologa alla relativa patologia individuale, che deforma la pulsione aggressiva da funzione unificatrice a funzione disgregatrice [1].

«Nelle anime impreparate degli uomini si mette automaticamente in movimento quel terribile meccanismo, per cui agli attacchi provenienti da una parte si risponde, dall'altra parte, con contrattacchi senza curarsi dello scopo ultimo rappresentato dal bene della comunità, ma esclusivamente dal fatto che è minacciata la reciproca volontà di potenza» (2, p. 11).

Pertanto, poiché la strategia rivoluzionaria bolscevica fa della conquista violenta del potere politico il cardine della propria azione, (oltreché la conseguenza coerente delle proprie premesse teoriche [9]), essa finisce solo per rientrare nelle innumerevoli forme, che da sempre la storia umana ha conosciuto, di "gioco d'aspirazione al potere", tra persone e gruppi. La concezione adleriana sposta quindi radicalmente il nucleo strutturale del conflitto, attorno al quale la stessa prospettiva socialista può assumere un senso. La sua visione ha il carattere pedagogico ed idealistico dell'azione riformatrice in campo sociale [9]: non è la lotta tra le classi, in quanto prodotto oggettivo del modo di produzione capitalistico, il fatto storico che *primariamente* pone le premesse, in senso materialistico e per le crisi rivoluzionarie che determina, del suo stesso superamento.

Per Adler la conquista violenta del potere, e la presunzione di imporre, attraverso la dittatura politica, il socialismo, si rivelano la negazione del socialismo stesso. «*Chi non è ancora sopraffatto dall'ebbrezza di potere si chieda se c'è da aspettarsi, su questa strada, l'unificazione dell'umanità e il rinvigorismento del sentimento sociale*» (2, p. 11).

Le ragioni che ispirano e legittimano l'azione socialista non derivano da un carattere storico specifico della modernità (lo sviluppo capitalistico che genera lo scontro secolare tra borghesia e proletariato, ma pone anche le basi materiali per la nuova società), ma da un'aspirazione ideale generale e sostanzialmente destoricizzata. Adler non disconosce invero l'esistenza oggettiva della lotta di classe in tutta la storia umana, ma non coglie (ed ecco l'incolmabile divergenza con il marxismo rivoluzionario) la rilevanza strategica della specifica lotta tra le classi espressa dal capitalismo contemporaneo, in funzione del passaggio al socialismo.

La sua visione della lotta politica si focalizza piuttosto sulla contrapposizione etica tra aspirazioni comunitarie e volontà di potenza, volontà di cui sia il capitalismo che il Bolscevismo russo costituirebbero solo le espressioni più recenti di una lunga serie storica. In particolare «*la direzione imboccata dal Bolscevismo costituisce un ostacolo allo sviluppo del sentimento sociale e, quindi, un tragico errore*» (2, p. 14).

Ne consegue, coerentemente, l'auspicio di una prassi non rivoluzionaria, ma psicoeducativa del socialismo, rivolta, oltreché all'intera società, a quei "vecchi amici, un tempo bravi compagni di strada" sedotti dall'impulso di potere (lo spunto polemico di Adler nei confronti della minoranza rivoluzionaria in seno alla Socialdemocrazia è evidente).

«*Un mezzo per richiamarli alla ragione può essere solamente la memoria del miracolo dei sentimenti comunitari, che è nostro dovere generare e che l'uso*

del potere non consente. Per noi, invece, la strada da intraprendere e la strategia da seguire derivano fundamentalmente dal nostro scopo principale: la cura e il rinforzo dei sentimenti comunitari» (2, p. 11).

I fondamenti della posizione politica e sociale di Adler si richiamano direttamente ai risultati ottenuti dalla ricerca individualpsicologica, che già prima della guerra sosteneva il conseguimento futuro di un sistema di vita basato sul rafforzamento del realismo, sulla responsabilità e sull'eliminazione dell'odio latentemente serpeggiante fra gli uomini attraverso la consuetudine a cooperare.

Come è noto, Adler terrà fede a tale ispirazione anche nel dopoguerra, allorché, dopo un periodo di disordini sociali, i socialdemocratici austriaci saranno temporaneamente al potere, puntando, tra l'altro, ad un vasto programma di riforme sociali. Verranno rinnovati gli ordinamenti scolastici e Adler si dedicherà, in quegli anni, alla fondazione e allo sviluppo di servizi di consultazione per insegnanti, di centri medico-pedagogici, i giardini d'infanzia e di altre istituzioni [12]. Ma nel luglio 1927 la rivolta operaia di Vienna sarà repressa con un massacro; il nuovo governo imporrà una svolta autoritaria e, qualche anno prima dell'improvvisa morte di Adler, sarà l'avvento del nazismo a mettere drasticamente fine a quella stagione.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1908), *Der Aggressionstrieb im Leben und in der Neurose*, tr. it. La pulsione aggressiva nella vita e nella nevrosi, *Riv. Psicol. Indiv.*, 1999, 46: 5-14.
2. ADLER, A. (1918), *Bolschewismus und Seelenkunde*, tr. it. Bolscevismo e Psicologia, *Riv. Psicol. Indiv.*, 2000, 47: 7-14.
3. ADLER, K. A. (1993), *Socialist Influences on Adlerian Psychology*, tr. it. L'influenza esercitata dal pensiero socialista sulla psicologia adleriana, *Riv. Psicol. Indiv.*, 1997, 42: 43-56.
4. ELLENBERGER, H. F. (1970), *The Discovery of the Unconscious*, tr. it. *La scoperta dell'inconscio*, Boringhieri, Torino 1976.
5. ENGELS, F. (1878), *Anti-Dühring*, tr. it. *Anti-Dühring*, Editori Riuniti, Roma 1974.
6. FREUD, S. (1932), *Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*, tr. it. *Introduzione alla Psicoanalisi (Nuova serie di lezioni)*, in FREUD, S., *Opere*, Vol. XI, Boringhieri, Torino 1979.
7. FRÖLICH, P. (1924), *10 Jahre Krieg und Bürgerkrieg, I. Der Krieg*, tr. it. *Guerra e politica in Germania 1914-1918*, Pantarei, Milano 1995.

8. LENIN (1918), *Государство и Революция*, tr. it. *Stato e Rivoluzione*, Newton Compton, Roma 1971.
9. MARASCO, E. E., SAMTLEBEN, U. (1995), Da Adler a Adler prima della Psicologia Individuale. Il maestro in qualità di medico e il medico come educatore, *Riv. Psicol. Individ.*, 38: 53-71.
10. SERGE, V. (1951), *Mémoires d'un révolutionnaire 1901-1941*, tr. it. *Memorie di un rivoluzionario 1901-1941*, Edizioni e/o, Roma 1999.
11. TROTSKIJ, L. (1930), *Mein Leben*, tr. it. *La mia vita*, Mondadori, Milano 1961.
12. VEGETTI FINZI, S. (1986), *Storia della psicoanalisi, autori, opere, teorie, 1895-1985*, Mondadori, Milano.
13. WALTER, G. (1962), *Lénine*, tr. it. *Lenin*, Dall'Oglio, Milano 1974.

Marco Marzolini
Via Montegrappa, 9
I-20090 Cesano Boscone (MI)

Il racconto come luogo d'incontro con l'altro

GIORGIO LECCARDI

Summary – THE TALE AS PLACE OF “MEETING” WITH THE OTHER. The man is essentially a social being as he is a being endowed with word, with an oral language. These two peculiarities creatively meet in the tale that, before everything, is a to tell ourselves to someone. The story appears therefore a fundamental way of the daily meeting with the other. The attempt is that to analyze in general the tale as moment of meeting with the other-from-itself and within the psychotherapeutic relationship.

Keywords: TALE, SETTING, SOCIAL FEELING

I. Il racconto e l'analisi

«Non sei fregato completamente finché hai una buona storia da parte e qualcuno a cui raccontarla». Così Max, con in mano la custodia dove tiene riposta accuratamente la sua fidata tromba, apre il racconto narrato ne “La leggenda del pianista sull’oceano”. Inizia a narrare la sua storia, quella “buona”, e così, poco per volta, si ritrova, non si perde del tutto, non è “fregato completamente”. Raccontando riesce, alla fine, a non vendere la sua tromba e, come una moderna Sharazad, a non lasciarsi sfuggire la propria vita, rinviando il momento della morte, in questo caso non fisica, ma esistenziale.

All’interno di un rapporto analitico può sembrare paradossale, a volte, interrogarsi su *chi effettivamente sia il paziente e chi il terapeuta, su chi dei due stia in realtà curando e su che cosa significhi lo stesso concetto di “cura”*. Una cosa, però, è abbastanza certa: il terapeuta e il paziente sono immersi in un racconto. Ma ci domandiamo: «*Chi racconta, a chi racconta, perché racconta, che cosa racconta, perché proprio “ora” e in “questo contesto?”*». Tutti gli incontri tra due o più individui e, in modo particolare, tutti gli incontri tra un “terapeuta” e un “paziente” implicano la *costruzione fittizia di una storia*.

II. *La Psicologia Individuale e il sentimento sociale*

In tutti gli scritti di Alfred Adler, che rappresenta il capostipite del modello socioculturale, ritroviamo costanti riferimenti all'ineluttabile natura relazionale dell'uomo, in quanto uno dei fondamenti della Psicologia Individuale consiste nel considerare l'individuo come un *essere sociale*. Altri autori hanno, in seguito, ripercorso i sentieri già battuti da lui. Basaglia ricordava la necessità della *relazione con l'altro* come modalità di ingresso nel mondo [8] e, in sintonia con questa lettura, appare anche il pensiero di Lévinas, che considera la relazione come primaria, così come il movimento che la sottende, considerazione che si viene a costituire come una «eterologia, impegnata a fare della relazione con l'Altro la struttura stessa della realtà» (11, p. 254). La struttura ultima dell'essere risulta essere, dunque, l'assetto societario.

Alcuni temi sviluppati da Lévinas palesano interessanti punti di contatto con il pensiero di Adler. Il filosofo lituano opera, ad esempio, una netta distinzione tra *bisogno e desiderio*. Il bisogno deriverebbe da una *mancanza* propria del soggetto, da una sua carenza che lo spinge a cercare ciò di cui è *mancante* e che, una volta ottenuto, determina sazietà e soddisfazione. Tale mancanza esprime una condizione di *minus* a cui segue, per compensazione, un'*aspirazione alla superiorità*, che mira a un soddisfacimento personale, a un benessere esclusivamente individuale che «contrasta sempre con la cooperazione» (6, p. 72).

Lévinas mette in evidenza, però, come questa forma di compensazione individuale non sia di per sé risolutiva, in quanto manifesta la solitudine ontologica dell'uomo quale espressione stessa dall'esistere: l'atto stesso di esistere, il puro fenomeno d'essere, neutrale, impersonale lasciano l'uomo nella condizione di *malessere*, di *mal d'essere*. Da ciò la necessità d'evasione, la necessità di uscire da tale esistenza anonima. Lévinas sviluppa il suo pensiero nella direzione di un viaggio, un cammino in cui si delinea l'"evasione" che porta dall'esistenza all'esistente (l'uomo) e, attraverso la dinamica del *desiderio*, all'*altro*, anche se in Lévinas l'altro, che è principalmente volto, volto il cui accesso è dato dall'etica, sarebbe anche il luogo dove si rispecchia l'accesso all'idea di Dio.

Il *desiderio* si configurerebbe come movimento diretto verso l'*altro* da parte di un *soggetto* che fuoriesce così dalla propria condizione d'isolamento, dominata dalla dinamica del bisogno e della sua soddisfazione. Nel *desiderio* si ritrova, quindi, vivo il *sentimento sociale*, come responsabilità per altri, essere per altri, che è «capace di far cessare il brusio anonimo e senza senso dell'"il y a"» (16, p. 72).

Il movimento verso l'altro costituisce «la *fine dell'ipseità autosufficiente del medesimo*, *fine* del miraggio della "deiformità"» (5, p. 64), riconoscimento

della fondamentale importanza degli altri, della loro imprescindibilità e, così, ingresso nel mondo abitato [8].

III. *Il racconto come base esistenziale della condivisione*

Alla luce delle precedenti considerazioni, occorre affrontare il rapporto evidenziato tra esistenza e racconto. Per tutta la vita, giorno dopo giorno, ognuno di noi continuamente *si racconta*. Non trascorriamo ovviamente la vita solo a raccontarci: sarebbe riduttivo e semplicistico anche solo ipotizzarlo, dal momento che pensiamo, elaboriamo progetti su noi stessi e su coloro con cui viviamo, sperimentiamo sensazioni, sentimenti, passioni, interveniamo concretamente nel mondo con le nostre azioni.

Tutto ciò che facciamo, ma prima ancora la nostra stessa *presenza*, hanno certamente importanza per gli altri, un certo rilievo per la loro esistenza, basti pensare alla nascita di un bambino il quale, solo per il fatto di esistere, sconvolge radicalmente la famiglia in cui viene a trovarsi, famiglia che, anzi, “nasce” proprio con lui. Tutto ciò che è fatto assume un significato per gli altri, un valore sociale: si potrebbe azzardare che qualsiasi cosa diventa *reale*, nel momento in cui è condivisa con altri, nel momento in cui se ne fa “dono” a un altro: «le cose di cui nessuno sa e che non lasciarono delle tracce, non esistono» (21, p. 473).

Si può condividere un'azione, un desiderio, anche solo un pensiero fuggevole col semplice *fare* qualcosa insieme a un altro, ma ciò, tuttavia, genera, o può generare, equivoci e incomprensioni, può rimanere di per sé incomprensibile fino al momento in cui non è codificato in un linguaggio comune, in un codice universalmente condiviso, anche se non necessariamente verbale.

Condividere, ossia *dividere con altri*, ma anche, più liberamente, *rendere visibile ad altri in un modo comune al mio*, richiede dunque una codificazione, una spiegazione. Cos'è, però, lo *spiegare*, se non quell'atto con cui quanto è accartocciato, piegato, contorto su se stesso, capovolto più e più volte, viene disteso? Con lo spiegare si tolgono le pieghe, pieghe che interrompono il discorso scritto su un immaginario foglio e gli fanno assumere pose strane, improvvise, discordanti con quanto era prima, rendendolo illeggibile. Pieghe che sono quei segni, quei limiti che non *permettono più di mantenersi sullo stesso piano*, perché si viene capovolti, dirottati per seguire il succedersi di quei piani in cui si presenta il foglio, di quei piani immaginari, metaforici che prende il discorso. Lo spiegare è dunque l'aprire il foglio, lo svelare, il livellare, il *porre tutto e tutti sullo stesso piano*, il mondo di chi racconta e il mondo di colui che ascolta. Se questo groviglio viene alla fine sciolto, se i piani vengono riallinea-

ti, se i due interlocutori sono riportati allo stesso livello, ciò avviene grazie alle parole, al racconto stesso che svela.

Sempre più, dunque, il racconto appare come il primo, fondamentale, modo di condividere il proprio pensiero, i propri atti, ciò che siamo insomma. Permette di condividere e di chiarire, così come può essere rappresentato dallo *spiegare* una mappa, rendendo disponibile anche all'altro la stessa cartografia. Permette di fondare una comunicazione, la cui radice, che esprime il concetto fondamentale d'unione, vicinanza, non è casualmente la stessa di comunione, comunità. Se però comunicare, raccontare, ha a che fare con lo spiegare, ciò implica anche un cercare di dare senso a qualche cosa che di per sé non lo ha, o lo ha solo per colui che parla. In tal caso non è tuttavia fruibile se non da questi nel suo personale *uni-verso*, dove tutto ha *un solo verso*, il suo appunto, e non dagli altri insieme a cui abita il mondo.

Dare tale senso, l'aprire la mappa con i suoi punti cardinali, i simboli e i segni bene in evidenza, è dunque possibile solo in quanto vi è una condivisione, in quanto il che di cui si parla è inscritto in un codice condiviso, in un *linguaggio* comune. La "mappa" deve riportare indicazioni chiare per tutti quelli che la stanno usando, altrimenti non serve a nulla, se non a creare ulteriore confusione. Il linguaggio, quindi, «affonda le sue motivazioni nella vita comunitaria» (3, p. 45) ed è ciò che consente il pensiero logico, che necessita di valori universalmente validi. Il codice scelto può essere il più diverso: gesti, parole, sguardi.

Quotidianamente utilizziamo anche una comunicazione non verbale, ma l'uomo, per come lo conosciamo ora, è un uomo "parlante" e ciò proprio perché usa la parola. L'uso della parola non differenzia l'uomo dagli animali solo perché essa è una forma peculiare di comunicazione, ma perché caratterizza in modo specifico l'*essere* uomo, essere inteso sia come *sostantivo* che come *verbo*, uso della parola che non è una caratteristica aggiunta, accessoria, contingente, in quanto costitutiva dell'uomo in quanto tale. Dopo che l'essere umano ha cominciato a parlare, anche le comunicazioni di tipo non verbale rimandano a idee, concetti, rappresentazioni, definizioni che sono tali proprio in quanto poste in essere dalle parole, proprio perché sono parole.

Non è possibile dunque svincolarsi dalla parola, parola che viene anche utilizzata per cercare di dare una forma precisa a ciò che in realtà può essere a fatica schematizzato, risultando dunque spesso inadeguata. Dio, infinito, universo, ma anche amore, gioia, dolore, pesantezza, nausea, sono tutte parole, che cercano di definire quanto non può esserlo o perché è qualcosa d'altro rispetto alle categorie di pensiero umano, comunque dipendente dal linguaggio, o perché riguarda un vissuto soggettivo, intimo, in perenne movimento e che non conosce soluzione di continuità [9]. Il *che* di cui si parla, nel momento stesso in cui

viene espresso è, ma è in modo infedele, privato in realtà della propria essenza poiché limitato dalla parola. Il linguaggio ha dunque senso perché mette in comunicazione individui e per fare ciò sono necessari valori universalmente validi. Questa è, tuttavia, una finzione d'uso e nell'utilizzo di un codice universale, standardizzato, si perde una parte consistente dell'informazione che è insita nella soggettività di chi parla e di chi ascolta.

L'uso di un codice universale non certifica, infatti, non potendola assicurare, la perfetta corrispondenza tra ciò che viene detto e ciò che viene inteso. Chi parla e chi ascolta sono individui, l'uno diverso dall'altro che attribuiscono al codice utilizzato e, più in generale, alla realtà, significati che sono ovviamente personali: «Ma il guaio è che voi, caro, non saprete mai né io vi potrò mai comunicare come si traduca in me quello che voi mi dite [...] Abbiamo usato, io e voi la stessa lingua, le stesse parole. Ma che colpa abbiamo, io e voi se le parole, per sé, sono vuote. Vuote, caro mio. E voi le riempite del senso vostro, nel dirmele, e io nell'accoglierle inevitabilmente, le riempio del senso mio» (19, p. 33).

Ogni racconto risulta essere quindi una traduzione, è un *tra-durre*, che peraltro è anche un *tra-dire*, il messaggio originale, che non verrà mai completamente chiarificato [8], e che resterà, più o meno, nell'ombra. «Una concezione o una maniera particolare di vedere un fatto non coincide mai col fatto in se stesso [...] ciascuno si struttura in rapporto alla visione più o meno distorta, che si è formato delle cose» (4, p. 163). Ciò non toglie, tuttavia, che non si può non dire che raccontare è connaturato all'uomo. Tutti noi lo facciamo, siamo "uomini parlanti". Come si diceva, il raccontare è *esistenziale*.

IV. *L'ascolto come dono*

Quando si racconta, però, si racconta sempre ad un altro, anche fosse l'interlocutore interno al quale sono rivolti i pensieri che compaiono nella propria testa. Ecco che allora uomo, relazione, parola, socialità, faccia a faccia non possono essere se non uno con l'altro. Uno rimanda per forza all'altro. L'uomo non può svincolarsi dalla parola, come dall'altro. Ciò può accadere nella patologia, ad esempio nell'esperienza nevrotica e in maniera più netta in quella psicotica, dove, a fronte di una distorsione del rapporto di realtà più o meno grave, sono alterate la relazione con l'altro e la comunicazione.

Gli uomini, quindi, raccontano. Ascoltano, è vero, ma l'ascolto non è una pausa silenziosa tra le parole, un ricevere passivo ciò che viene detto da altri, bensì è un preludio, è parte di un movimento per cui ci si sente obbligati a restituire la parola accolta. Si offre all'interlocutore l'opportunità di "ricominciare la danza", secondo quella dinamica del *dono-contro dono* [12] che incarna lo

scambio simbolico, tipico delle civiltà primitive e che rivive nella nostra società ormai raramente, in poche occasioni, una delle quali è però il dialogo. In questa dinamica più che il contenuto del racconto ciò che conta è il raccontare stesso, è il dire più che il detto [16]. È la relazione.

Il racconto *pre-suppone*, infatti, che ci sia qualcuno ad ascoltarlo, o meglio, *dal momento che vi è un altro*, allora è possibile raccontare, si è obbligati, non si può farne a meno. Si potrebbe dire anzi che *dal momento che esiste un altro* allora l'uomo è dotato di parola (3, p. 45). «Il linguaggio non è un fenomeno aggiunto all'essere-per-altri: è originariamente l'essere per altri» [...]. «Il linguaggio [...] presuppone originariamente un rapporto con un altro soggetto; è nell'intersoggettività dei per-altri, non è necessario inventarlo, perché è già dato nel riconoscimento dell'altro» (20, p. 423).

Tutto questo rimanda al *rispetto* per l'altro. Rispetto come considerazione che l'altro possa non sapere ciò che chi parla conosce, ciò che lo ha portato a pensare o a fare qualcosa. È considerare che l'altro possa, dunque, essere *diverso* da chi racconta, che i due possano ancora essere su due piani diversi. È il tollerare tale diversità, tale mistero che resta fundamentalmente incomprensibile, non *comprendibile*. È tolleranza, ma anche coraggio, senza i quali non è possibile entrare in relazione con l'altro, ma, eventualmente, solo con un *alter ego*: «La solitudine vi spaventa. E che fate allora? V'immaginate tante teste. Tutte come la vostra. Tante teste che sono anzi la vostra stessa. [...] E questo vi conforta e vi fa sicuri» (18, p. 26). È tolleranza che richiama l'amore non come ricerca della fusionalità, in cui l'altro può, alla fine, essere rinchiuso nei propri schemi, assimilato a sé stessi, e diventare ciò che si desidera, ma amore in cui l'altro rimane *altro da sé* [16]. Non è possedere l'altro, non è renderlo *strumento* del proprio mondo, oggetto al servizio della volontà di potenza.

Ecco che il racconto, o meglio il *raccontarsi*, diviene atto creativo per eccellenza, segno tangibile del sentimento sociale che permette, come fondamento della socialità, il *riconoscimento* dell'altro, il contatto rispettoso con ciò che non si è. È *rispetto* e *riconoscimento*.

V. Il racconto per se stessi e la volontà di potenza

È tuttavia indubbio che, per uno squilibrio tra sentimento sociale e volontà di potenza, certi racconti possano nascere invece da un esagerato desiderio di controllo, possesso e, in definitiva, dominio sull'altro. Alla luce di quanto è emerso questi racconti appaiono, però, essere l'antitesi stessa del raccontarsi. In questi casi non ci si trova realmente di fronte a un racconto, a un dialogo, bensì a un monologo che, se racconto è, è racconto privato di una delle sue

parti fondanti: l'altro che ascolta. Racconto al limite, se ancora di racconto si tratta. Racconto che, come monologo, diviene una modalità di autocompiacimento, *autocelebrazione*, *autoconferma*, in quella che è una "battaglia" personale che ha come finalità il dominio sull'altro, la cristallizzazione in una posizione di autorità, di potenza, l'arroccamento difensivo nell'incomunicabilità per la paura di veder trapelare la propria insicurezza.

Ecco allora il trovarsi di fronte a elaborate costruzioni intellettuali, il raccontare *cose dell'altro mondo*, così che chi abita *questo* mondo non possa comprendere, *così* che non abbia dunque nulla da rispondere e sia lasciato *senza parole* per ribattere. «Ecco il parlare in termini incomprensibili, così da realizzare l'opposto della comunicazione, della comunione, della comunità, così da realizzare altre relazioni transitive *io-mondo*, *io-oggetto*, in cui l'altro diviene oggetto che si possiede, che si controlla, che si domina, atteggiamento tipico della disposizione nevrotica» (1, p. 97). Nel monologo, nel racconto per sé stessi e a sé stessi, non si incontra l'altro, bensì *una cosa tra le cose del mondo*, del proprio mondo. È evidente che questo parlare, questo monologare non è raccontare, dal momento che ciò presuppone la condivisione originaria del proprio mondo con quello dell'altro, riconosciuto e rispettato come altro. Monologare appare più come un "deserto dei tartari", in cui i Tartari non arriveranno mai per il fatto stesso di aver interposto il "deserto".

«Mai banalizzare le cose che si ascoltano, mai dare risposte (ovvie) a domande complesse e problematiche, mai seguire i propri sentieri discorsivi e non adattarsi immediatamente a quelli (alle svolte) che una paziente [...] indica e propone, mai lasciare intravedere stanchezza e indifferenza, o farsi tradire dalla fretta di concludere» (9, p. 53).

VI. *L'incontro analitico tra rispetto e riconoscimento*

Vi sono fondamentalmente due modi di fare psichiatria, di occuparsi di psicologia del profondo, di considerare i pazienti che richiedono un aiuto per un proprio disagio. Il primo è l'atteggiamento oggettivante, che cerca di comprendere, di rinchiudere in sé, di standardizzare, di definire, di opporre. Il secondo è quello proprio delle psicologie "soggettive" tra cui principalmente la Psicologia Individuale e la psichiatria fenomenologica [7]. Come conferma l'attributo stesso, ci si rivolge a un soggetto. Questi è visto come totalità, come un tutto, inducendo un atteggiamento più duttile.

Il paziente non diviene un oggetto di studio o d'analisi, ma prima di tutto un interlocutore dotato di libero arbitrio, di una condizione esistenziale degna perlomeno della stessa considerazione di quella del terapeuta. Ecco che di nuovo

il *rispetto* e il *riconoscimento* divengono reali fondamenti dell'incontro con l'Altro da sé, col paziente che soffre, chiede aiuto e che non ha certo bisogno che la propria condizione esistenziale venga ridotta o banalizzata a semplici formule precostituite o che lo si consideri solamente come un "inconscio" da interpretare, ma chiede almeno di venire riconosciuto come uomo, con le sue aspettative e le sue irrazionalità che non sempre e non per forza possono essere inquadrare e comprese secondo i propri schemi.

Al contrario di quanto avviene in medicina, quando un paziente giunge raccontando i propri sintomi, non ci si trova solo di fronte a una malattia, ma innanzitutto a un racconto di vita. Il paziente racconta il proprio stile di vita nelle sue multiformi espressioni e il primo compito non è certo quello di guarirlo, non subito, ma quello di permettergli di essere almeno riconosciuto per quello che è attraverso l'inizio di un dialogo. La pratica del colloquio vis-à-vis, che ha caratterizzato da subito l'approccio terapeutico proprio della Psicologia Individuale, non è solo un accorgimento tecnico. Racchiude in sé come elemento fondante, o quantomeno dovrebbe racchiuderlo, l'incontro con l'altro, «*incontro con il volto dell'altro, che è prima di tutto volto "parlante" [...]. È prima di tutto un non porre distanze, un non parlare a monologhi del paziente poiché il terapeuta ascolta solo sé stesso. È, invece, la possibilità di dialogare e, una volta aperto il dialogo, una volta che si risponde al volto dell'altro, non si può non rispondere dell'altro*» (16, pp. 102-103), non è possibile non esserne responsabile.

VII. *Il racconto analitico come finzione duale*

In quest'ottica, assumendo il *rispetto* e il *riconoscimento* come dimensioni preliminari e necessarie, l'«incontro analitico può essere inteso come un pretesto, un evento *finzionale a due* costruito per raccontare e raccontarsi la propria trama individuale, il proprio "mito" personale, per porsi in rispettoso ascolto del proprio sé e nello stesso tempo di quello altrui» (18, p. 35), consapevoli di essere l'uno intimamente coinvolto dall'altro.

Ecco che di fronte a questo *altro da sé* è fondamentale come si pone il terapeuta, se consente il dialogo o se *de-termina* una frattura tra il suo mondo, il suo stile di vita e quelli del "paziente", forse nel convincimento che quelle dinamiche che osserva in quest'ultimo non lo riguardino intimamente. Il rischio è di dimenticarsi che «una seduta ridondante di termini tecnici, eccessivamente dotta, può essere appagante per l'uomo di cultura, per colui per il quale ha valore tutto ciò che stupisce. Ma l'uomo che soffre ha bisogno di essere illuminato da parole semplici e profonde [...] L'analista non può comunicare efficacemente sul piano terapeutico se si pone sul piedistallo» (17, p. 106).

Il vero stupore non dovrebbe nascere come semplice curiosità voyeristica da soddisfare in rapporto con ciò che è nuovo e che, in fondo, non riguarda l'osservatore. Dovrebbe al contrario implicare un rapporto etico caratterizzato da rispetto e ascolto, maturati nel contatto con ciò che vi è di totalmente altro da sé, nell'incontro con un altro uomo. In questo processo dinamico duale e in perenne via di costruzione, è dalla "condivisione" delle rispettive logiche dei due individui, determinata dal gioco di "seduzione" [18], di svelamento reciproco e di abbandono delle proprie difese, che si crea quell'entità ulteriore il cui valore non è dato solo dalla somma dei due partecipanti e che permette il progresso, il dinamismo e, forse, la cura. Appare dunque assurda, illogica e forse controproducente una modalità di intervento esclusivamente razionalizzante e intellettualizzante, un'analisi delle dinamiche del paziente che non sia preceduta dalla condivisione di cui si diceva sopra, con l'attesa miracolistica che il *sapere* da solo possa determinare il cambiamento.

Il percepire da parte dei pazienti la possibilità di poter essere attesi alla soglia che essi stessi avevano deciso di creare, rispettando i loro tempi e modi di essere, le loro caratteristiche apre loro spiragli di speranza e d'incoraggiamento che sono determinanti per la buona riuscita di un trattamento, qualunque esso sia. Nelle circostanze in cui questo non avviene il rischio è di vedere i "pazienti" andarsene, scivolando via mestamente, a volte arrabbiandosi, ancora una volta senza essere riusciti a raccontare la loro storia, quella "buona", avendo mancato ancora una volta l'occasione per non perdersi del tutto.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1912), *Über der nervösen Charakter* tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, 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 1994.
4. ADLER, A. (1930) *The Education of Children*, tr. it., *Psicologia dell'educazione*, Newton Compton, Roma 1993.
5. ADLER, A. (1931), *What Life Should Mean To You*, tr. it. *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. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La psicologia individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.

8. BASAGLIA, F. (1981), Alcuni aspetti della moderna psicoterapia: analisi fenomenologica dell'“incontro”, in *Scritti I 1953-1968. Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia*, Einaudi, Torino.
9. BORGNA, E. (1997), *Le figure dell'ansia*, Feltrinelli, Milano.
10. CITATI, P. (1996), *La luce della notte*, Arnoldo Mondadori, Milano.
11. FORNERO, G. (1996), Lévinas: dal medesimo all'altro. L'etica come filosofia prima, in ABBAGNANO, N., *Storia della filosofia*. Vol. IX. La filosofia contemporanea 3, TEA, Milano.
12. GALIMBERTI, U. (1983), *Il corpo*, Feltrinelli, Milano.
13. LEVINAS, E. (1947), *De l'existence à l'existant*, tr. it. *Dall'esistenza all'esistente*, Marietti, Casale Monferrato 1986.
14. LEVINAS, E. (1947), *Le temp et l'autre*, tr. it. *Il tempo e l'altro*, Il Melangolo, Genova 1987.
15. LEVINAS, E. (1982), *De l'evasion*, tr. it. *Dell'evasione*, Eliotropia, Reggio Emilia 1984.
16. LEVINAS, E. (1982), *Ethique et Infini. Dialogues avec Philippe Nemo*, tr. it. *Etica e infinito*, Città nuova, Roma 1984.
17. MEZZENA, G. (1999), *Momenti magici di Percorsi Analitici. Dai “primi ricordi” di Alfred Adler alla “rivoluzione copernicana” della psicologia del profondo*, Quaderni della “Rivista di Psicologia Individuale”, Sipi, Milano.
18. PAGANI, P. L., FERRIGNO, G. (1999), Transfert e controtransfert nel setting adleriano, *Riv. Psicol. Indiv.*, 46: 27-42.
19. PIRANDELLO, L. (1925), *Uno, nessuno e centomila*, Arnoldo Mondadori, Milano 1992.
20. SARTRE, J. P. (1943), *L'être et le néant*, tr. it. *L'essere e il nulla*, Il Saggiatore, Milano 1997.
21. SVEVO, I. (1923), *La coscienza di Zeno*, Newton Compton, Roma 1991.

Giorgio Leccardi
Via Sardegna, 7
I-24127 Bergamo

Arte e Cultura

Il “paziente” Robert Musil

MARIA ANTONIETTA TRAMONTI

Summary – THE “PATIENT” ROBERT MUSIL. The work concerns a little known circumstance of the life of Robert Musil, the famous Austrian writer (Klagenfurt 1889-Geneva 1942) known above all for its masterpiece *Der Mann ohne Eigenschaften*, *The man without quality*, initiated in 1898, published in its initial part in 1930 and in 1933 and in its final, incomplete and posthumous part, in 1943. The author is particularly concerned with a critical period of the mental welfare of the great literate, which happened during the layout of his famous composition, and which has imposed a psychotherapy by Ugos Lukacs, an adlerian analyst of Jewish-Hungarian origin, student of Alfred Adler.

Keywords: ROBERT MUSIL, ANALYSIS, TREATMENT

I. Premessa

Robert Musil: scrittore austriaco nato nel 1880 e morto nel 1942. Con Proust, Joyce, Kafka, Roth, Rilke, Mann, Hofmannsthal rinnova la grande letteratura del '900.

A lui si deve uno dei romanzi più importanti del nuovo secolo: *L'uomo senza qualità*. Lo scorso anno*, il centenario della nascita di Musil ha comportato una serie di celebrazioni che ne hanno rinfrescato il successo. In coincidenza del centenario, Einaudi ha pubblicato i *Diari* di Musil, avvenimento editoriale atteso da tempo.

Sull'onda di questo interesse, ho letto i *Diari* e riletto il romanzo. Questa breve premessa per dare ragione della circostanza che ha dato il via a questa comunicazione.

* Il 1980 per l'Autrice. [N. d. R.]

Se i congressi hanno anche il senso di rendere omaggio a colui nel cui nome li si indice, la mia intenzione è proprio questa: rendere omaggio ad Adler.

II. *Come mai attraverso Musil?*

Perché in tempi in cui la produzione letteraria è parsa quasi incapace di prescindere da allusioni sotterranee o da riferimenti espliciti alla psicoanalisi di Freud, sicché «peni invidiati» ed «Edipi non risolti» sembra ne siano divenuti ingredienti onnipresenti, Musil è uno scrittore che invece non solo si è giovato della terapia adleriana, ma si è anche chiaramente ispirato, nel suo romanzo, alla dottrina di Adler.

Una nota a piè di pagina del Quaderno 28 dei *Diari* avverte che «Verso la fine degli anni 20, Robert Musil, dietro consiglio dell'amico Bela Balazs, ricorse alle cure del medico ungherese Ugo Lukacs (1879-1939), allievo di Alfred Adler, per superare gli ostacoli psicologici che gli impedivano il lavoro; la terapia ebbe pieno successo». (Oskar Maurus Fontana, *Erinnerungen an Robert Musil*, LWW 336).

Il De Angelis, che riporta questa notizia e questo giudizio, pare poi dimenticarsene. Quando nella *Introduzione* segnala che i *Diari* ad un certo momento mutano nei contenuti e nei toni, e offrono annotazioni quotidiane e concrete che mal si situano nella scrittura di Musil, e che, soprattutto, stabiliscono «un rapporto esterno e contrappositivo con la struttura del romanzo in corso», non ha l'aria di ricordare che questo momento coincide con il periodo del rapporto analitico Musil-Lukacs.

Effettivamente, le note registrate ora nei *Diari* sono diverse da quelle precedenti, ma questa diversità trova il suo senso nell'ambito della strategia terapeutica del Lukacs, uno dei cui compiti è proprio quello di rieducare Musil, così pericolosamente versato all'astrattezza, a prestare attenzione al concreto e alle circostanze quotidiane.

Quanto al fatto che in questi Quaderni Robert Musil parli delle sue vertigini, della acrofobia che lo affligge, dei sogni che fa, del fatto che, come gli ha fatto notare il Lukacs, «al coraggio fisico corrisponde pusillanimità intellettuale» e che questo è il suo «difetto personale» (Tecnica sub-specie Lukacs), è comprensibile che il critico letterario trovi tutto ciò disorientante. Ma a chi abbia conoscenza della psicologia adleriana e della terapia individualpsicologica, queste note parlano e parlano proprio nel linguaggio del rapporto terapeutico, e ne indicano l'*iter*.

L'*iter* si fa ancor più manifesto se, con grande attenzione alle date, si seguono gli effetti salutari dell'incontro Musil-Lukacs nel romanzo:

- prima di tutto il blocco creativo è del tutto superato, tanto che il 26 agosto 1930, il primo volume è dato alle stampe e nel marzo del 1933 esce anche il secondo volume;
- secondariamente, ma la constatazione è ancora più importante, sono proprio del '29-'30-'31 i capitoli in cui l'ispirazione adleriana è più incontestabile, quelli che giustificano una eventuale rilettura anche del seguito de *L'uomo senza qualità* in chiave adleriana. Sono di questo periodo i capitoli a partire dai quali si verifica nel romanzo quel mutamento a cui fino ad ora non è stata, credo, data una persuasiva giustificazione.

Tutti i più sagaci critici asseriscono che «ad un certo punto» *L'uomo senza qualità* cambia. Tutti segnalano lo Jato esistente fra il primo e il secondo volume. Il Cases (al quale si deve l'introduzione a *L'uomo senza qualità*), con precisione maggiore, lo situa nel capitolo 115 del primo volume.

Io credo, invece, che lo si debba individuare nel capitolo 113, quello in cui Ulrich conversa con Hans Sepp, capitolo la cui tematica riesplode nel famosissimo capitolo 116.

Il capitolo 116 ha un titolo che agli adleriani risulta subito molto significativo: «I due alberi della vita e la necessità di un segretario generale della precisione e dell'anima».

Nei due alberi della vita che Musil chiama rispettivamente «forza» e «amore», gli adleriani possono, infatti, riconoscere senza sforzo la «volontà di potenza» e il «sentimento sociale»: le due strutture portanti della psicologia di Adler.

Come ribadisco, tutti segnalano un cambiamento, sia nei Diari sia nel romanzo, ma nessuno connette questo cambiamento con la terapia adleriana che Musil ha in corso.

III. Cosa cambia nel romanzo?

Cambia ancor più vistosamente della vicenda, il protagonista. Il protagonista è Ulrich, l'*alter-ego* letterario di Musil che, sull'arazzo storico del periodo precedente la prima Guerra Mondiale, trascina la sua nevrosi in esperienze di vita e in relazioni umane, nessuna delle quali lo coinvolge davvero; anzi, esse gli accentuano il senso di non-appartenenza, di estraneità, di dolorosa diversità e «distanza».

Quella di Ulrich è la stessa nevrosi che abita Musil, e ha tutte le caratteristiche segnalate da Adler nelle sue opere «Il Temperamento Nervoso» e «Prassi e Teoria della Psicologia Individuale», opere delle quali Musil ebbe sicura conoscenza:

- Indecisione;
- Carattere autentico del pensiero;
- Auto osservazione esasperata e tesa;
- Aspirazione ipercompensativa all'ideale;
- Crudeltà esercitata attraverso il sarcasmo;
- «Distanza» mascherata da astrale eleganza;
- Coscienza di avere avvertito in sé e negli altri soltanto in rarissime occasioni «un alito di amore vagabondo», come Musil stesso scrive;
- e soprattutto quell'*ermafroditismo psichico* (come lo chiama Adler), da cui ha tratto origine la sua nevrotica *protesta virile*.

Il capitolo 116 è il vero e proprio capitolo dell'*insight*. È in questo capitolo, infatti, che si realizza l'improvvisa e lacerante rivelazione non solo della condizione nevrotica che accomuna Musil ad Ulrich, ma anche delle motivazioni che la hanno indotta.

Qui Ulrich e Musil prendono coscienza che il loro mancato adattamento alla vita, l'infelicità e le inquietudini che hanno loro impedito di seguire con convinzione ed appagamento le vie intraprese, quel condurre un'esistenza indefinita senza vedere il nesso fra gli accadimenti e il loro lo, si devono ad una sostanziale incapacità di amare: se stessi e gli altri.

L'albero della forza, nel suo «duro groviglio» è alto e rigoglioso; quello dell'amore, povero e stento, «non si vedeva più, e solo da certi, segni si capiva che c'era ancora».

Nel capitolo 116, quindi, la «tranquilla disperazione» senza apparenti perché, di cui Musil ed Ulrich erano preda, diviene disperata consapevolezza.

Se Adler avesse avuto capacità poetiche, avrebbe certamente amato l'immagine della vita che si biforca nei due alberi, ma nel disarmonico sviluppo degli «alberi» di Ulrich, avrebbe immediatamente visto lo stigma della nevrosi.

Per Adler, infatti, la «volontà di potenza» e il «sentimento sociale», forza e amore, devono procedere insieme sostanziandosi a vicenda, sicché il sentimento sociale stimoli nell'uomo il desiderio di dare il meglio di se stesso e la volontà di potenza trovi nel sentimento sociale la direzione e il senso delle sue conquiste.

Per Adler la nevrosi ammala la psiche dell'uomo soltanto allorché la volontà di potenza trova il suo fine in se stessa e diviene la soverchiante e sola struttura di una vita che ha perso il suo orientamento positivo e amorevole.

A partire dal capitolo 116 del romanzo, e a partire dal tempo in cui esso fu scritto (dai Diari risulta che esso fu iniziato il 13 Gennaio 1930), si snodano quelle che amo definire. in ossequio ad Adler, le pagine del coraggio.

Del *coraggio*, perché coraggiosamente Musil (e con lui Ulrich) prende atto di ciò che l'analisi va smascherando: le finzioni di cui si è fatto schermo, i falsi scopi, le mète fittizie che hanno guidato le sue scelte, le compensazioni abnormi che rischiano di fargli consumare la sua volontà di potenza nell'isolamento e nella sterilità, la terribile infelicità della sua infanzia, i rapporti familiari malati e così via.

Significativamente Ulrich si avvia a quella che Musil chiama «inversione di rotta» (titolo dell'ultimo capitolo del primo volume) e si avvia ad una straordinaria esperienza d'amore – finalmente un po' d'amore – incentrata sulla figura di Agathe.

Essa lo impegna totalmente poiché, per la prima volta, Ulrich vive «tutto intero» un'esperienza. Ciò lo induce a rompere i rapporti col suo mondo di prima (Azione Parallela, Moosbrugger, Sessualità senza amore), poiché ad essi egli aveva partecipato senza partecipazione, con la distratta periferia del suo essere.

Il modo di essere di Ulrich muta:

- il sarcasmo cede a una bonaria ironia;
- il fascino della violenza cede a quello dell'amore;
- la concezione negativa dell'umanità e dei suoi fini, a una positiva;
- la revocabilità delle «soluzioni parziali», all'esigenza di soluzioni definitive;
- la nevrotica violenza della sua "protesta virile" scompare.

Il modo di essere di Ulrich ne *L'uomo senza qualità* muta perché la terapia adleriana ha successo, e quindi muta prima di tutto lo "stile di vita" di Musil.

IV. Torniamo alla terapia. Come mai Musil si indirizza a una terapia adleriana?

Abita a Vienna, «la città delle quattro psicologie», e sceglie proprio un'analisi adleriana. Perché?

Perché ci sono indubbi motivi di sintonia fra Musil e Adler ancora prima che essi si incontrino attraverso la mediazione del terapeuta Lukacs.

Sono analoghe alcune matrici culturali, identici alcuni interessi:

- Nietzsche, soprattutto, ma anche
- Avenarius* e Mach**;
- La psicologia della Gestalt;
- La coscienza della insufficienza del principio di casualità, e così via.

In più, c'è una chiara ragione in negativo: Musil è molto scettico nei confronti di Freud alla cui dottrina non crede. La accomuna, infastidito, a quella di Jung, nella definizione di «psicologie fantastiche», che riecheggia quella data da Adler esattamente negli stessi termini.

Quanto al «complesso edipico» di freudiana matrice, esso scatena addirittura il sarcasmo di Musil. Ma ciò ha giustificazione nel suo personale rapporto con la madre.

Si noti, però, che le sue non sono le simpatie o antipatie talvolta gratuite del non addetto ai lavori, perché Musil, a una prima laurea in ingegneria meccanica, fece seguire una seconda laurea in psicologia.

La scelta fra gli adleriani di Lukacs, tenuto conto che essa fu propiziata da Bela Balacs, scrittore amico di entrambi, lascia presumere che sia avvenuta perché Lukacs dovette essere ritenuto in grado, anche per cultura e temperamento, di fronteggiare un paziente come Musil.

A provare la giustezza della scelta ci sono l'esito della terapia e il fatto che nel 1936, quando Musil attraversa una nuova crisi, si rivolge di nuovo a lui (conto di dimostrare in altra occasione, che anche in questa circostanza il romanzo risente della terapia e della dottrina di Adler).

Il fatto che Musil riprenda a scrivere con vigore e persuasione non lascia dubbio sull'abilità del Dott. Lukacs, il quale dimostrò la prima e fondamentale intelligenza instaurando con Musil, paziente di eccezione, un rapporto eccezionale, per nulla ortodosso e connotato anzi da palesi violazioni delle regole analitiche: si accompagnò a lui nei salotti e nei caffè viennesi e lasciò posto nei

* Vasilij Petrovi Avenarius, narratore russo (1839-1923). E autore di popolari opere per l'infanzia e di brevi romanzi che furono aspramente criticati per la loro tendenza antinichilista. [N. d. R.]

** Ernst Mach, fisico e filosofo austriaco (1838-1916). Interessa qui, soprattutto per il suo scritto del 1900: *Die Analyse der Empfindungen und das Verhältnis des Physischen zum Psychischen*. L'analisi delle sensazioni e il rapporto della realtà fisica con quella psichica. [N. d. R.]

loro dialoghi a una arguzia e a una cordialità amichevole e calda, quale forse Musil non aveva ancora sperimentato nella sua torturata vita.

Sta di fatto che è in modo per nulla traumatico che Musil si fa speleologo di se stesso e diviene progressivamente consapevole delle cause lontane e delle finalità nevrotiche che condizionano il suo modo di scrivere. Riconosce le sue paure, le sue somatizzazioni, il suo «orgoglio tremolante», come lo avrebbe chiamato Adler, il carattere ipercompensativo della sua pulizia o quello della fantasia. Annota sorridendo: «ero considerato un bimbo ostinato. Sono arrivato quasi a 50 anni prima di accorgermi che non era una lode»; ed è quasi divertito quando interpreta i suoi sogni, che sono sogni da manuale adleriano.

Ritrova, soprattutto, i suoi *primi ricordi* ai quali, come si sa, Adler annette una importanza grandissima, in quanto essi, portatori come sono di remote visioni del mondo e di se stessi in esso, consentono l'incontro fra impressioni passate e tecniche compensative presenti, e denunciano il nostro modo di essere al quale hanno dato direzione e al quale offrono rafforzamento.

Fra i primi ricordi, quello del «ratto» di una bambina al tempo del giardino di infanzia. Nella bambina rapita c'è l'anticipazione di Agathe e lo stesso ineludibile bisogno di amore.

Non mancano anche pagine di autentica sofferenza che segnalano l'esistenza di momenti dolorosi nell'analisi.

L'episodio della «punizione solenne», per esempio, è forse il più drammatico fra quelli che Musil recupera come appartenenti alla sua cupa infanzia (Diari, Q. 33 pag. 1428) ed è, a mio avviso, tale da dare ragione, già di per sé, dell'«ermafroditismo psichico» di Musil e della sua nevrosi (si noti che il capitolo terzo del secondo volume dell'U.S.Q. è incentrato proprio sul tema dell'ermafroditismo e che Ulrich in esso fa riferimento a un «amico psicologo col quale era in rapporti personali»: Lukacs chiaramente).

A proposito della «punizione solenne» vale la pena di segnalare che Musil, la cui fantasia poetica ben raramente si discosta dal suo «vissuto», e che d'abitudine regala a Ulrich le sue esperienze e la sua storia, in tre grandi occasioni rompe la simbiosi biografica che esiste fra lui e Ulrich: a proposito della madre, della «punizione solenne», e del legame che lo univa al padre, legame la cui natura è, nel romanzo, diversa da quella che legò nella vita Robert ad Alfred Musil.

Sono questi tre i temi che io ritengo più dolorosi della vita di Musil e quelli ai quali concretamente si deve riportare l'origine della nevrosi dello scrittore austriaco.

Il fatto che egli nel romanzo li taccia è significativo e non privo di conseguenze agli effetti della interpretazione che la critica dà su di lui.

Ulrich compare a 32 anni, è orfano di madre fin dalla più tenera infanzia, non ha subito la «punizione solenne», lascia spazio nella sua vita al padre solo quando questi muore.

Proprio il silenzio che circonda nel romanzo questi tre temi, che io ritengo costitutivi del nucleo più straziato dell'essere di Musil, può dare giustificazione, infatti, della interpretazione dei critici sull'U.S.Q. e sul suo autore.

Non diversamente da altri scrittori, soprattutto mitteleuropei, Musil il è considerato una voce della *nevrosi del suo tempo*: il tempo della crisi dei valori, dell'avvento della nuova scienza e delle sue arditezze ripudianti il vecchio e rassicurante principio di causalità, il tempo della fine delle illusioni in una pace durevole, il tempo del crollo dell'impero asburgico, il tempo della grande filosofia tedesca del primo '900, inquietante fino a toccare le cupezze heideggeriane.

A mio avviso *Musil è invece interprete nel romanzo solo di se stesso e della sua personalissima nevrosi*.

Al massimo, «la nevrosi dei tempi» poté rinnovare e amplificare quella che apparteneva al suo privato.

Del resto, egli è colpito da sintomi nevrotici per la prima volta a sette anni, quando cioè il mondo è ancora racchiuso entro le mura domestiche. Ed entro le sue, l'aria non è molto respirabile.

Credo quindi che, per capire a fondo la nevrosi di Ulrich, bisognerebbe «innettarlo» sul terreno dell'infanzia e dell'adolescenza di Musil, sui rapporti violenti con la madre, su quelli ambigui col padre, e così via. La lettura del Diario è indispensabile per capire il romanzo e nel Diario è indispensabile «vedere» la terapia adleriana per trovare poi riscontro nell'U.S.Q.

Fra tutti i germanisti di cui io abbia letto gli scritti dedicati a Musil, l'unico che riconosca la profonda ammirazione dello scrittore per Adler è Aloisio Rendi. Questo però non impedisce neppure a lui, che pur non ignora il fatto che Musil si sottomise a terapia, di chiedersi come mai si sia verificato un mutamento così radicale nel romanzo e nei Diari, visto che né vi erano stati «influssi esterni», né «l'impulso di un particolare avvenimento o di una specifica esperienza spirituale» che lo giustificasse

Neanche lui, quindi, vede il nesso con l'analisi adleriana. Arriva anzi a negare che Adler abbia potuto influenzare Musil o il corso del romanzo, visto che, per

esempio, il secondo volume narra dell'amore improbabile che Ulrich vive con la sorella Agathe che lo stesso Musil intuì non essere lontano da una sorta di «autismo».

Aloisio Rendi ha l'aria di chiedersi se il Musil del secondo volume non sia divenuto ancora più nevrotico di prima e ancor più lontano dalla realtà.

La straordinaria perspicacia e competenza di Aloisio Rendi renderebbero assai allarmante la sua osservazione se:

- non esistessero capitoli del tipo del 116 del primo volume e del terzo del secondo volume, che rivelano con incontestabile nettezza la ispirazione adleriana;
- lo stesso Musil non avesse scritto, per esempio, nel suo Diario, nel Q. 28, "Inizio dell'Archivista con la descrizione esasperata della terapia individualpsicologica", nota che non richiede particolari decodificazioni, visto che la «individualpsicologia» è quella di Adler;
- l'amore per Agathe non stesse a significare, proprio nel rispetto della teoria sull'"ermafroditismo psichico" di Adler, il tentativo che Ulrich fa di vivere anche la sua popolarità femminile, quella tenera e amorevole alla quale la popolarità maschile, ipercompensativamente espressa nella «protesta virile», non aveva lasciato spazio;
- quindi vivere con Agathe (nel cui nome l'étimo greco addita la bontà) non significasse per Ulrich conquistare a sé l'altra metà del proprio essere (ricordarsi «I due alberi della Vita»);
- una volta riconquistata la propria unità, Ulrich non avvertisse il limite di questo così detto "autismo" e non decidesse di reinserirsi nella società, nella concretezza della vita e nel suo fluire;
- quindi non fosse verificabile che, come il cambiamento dei *Diari* si spiega con una tattica terapeutica che Lukacs suggerì e Musil mise in atto con successo, così il cambiamento del romanzo si spiega col mutamento del modo di essere di Musil e di Ulrich lungo le linee auspiccate dalla linea adleriana.

Molti infine, quasi a dimostrare che Musil non è mai stato guarito dalla sua nevrosi, ricordano il periodo di quasi totale isolamento vissuto in Svizzera prima che morisse. Ma non ricordano che Musil è in esilio, in luogo di lingua diversa dalla sua, che la povertà più squallida lo tormenta, che c'è la guerra, che isolamento e solitudine non sono la stessa cosa e che la sua è la fervida solitudine per nulla patologica, di chi ha finalmente raggiunto la convinzione di dover espletare il suo compito di poeta con impegno e generosità, con «sentimento sociale».

Recensioni

SCHACTER, L. D. (1996), *Searching for the memory. The Brain, the Mind, and the Past*, tr. it. *Alla ricerca della memoria, Il cervello, la mente, il passato*, Einaudi, Torino 2001, pp. 396

Il testo di Daniel L. Schacter¹, professore di Psicologia, che studia la memoria da oltre trent'anni, testo purtroppo tradotto solo quest'anno a cinque anni dalla prima edizione americana, è veramente affascinante, non tanto per la parte scientifica quanto per le innumerevoli esemplificazioni, documentate da ricchi richiami. L'Autore si chiede cosa sia veramente questa capacità che ci fa rivivere immagini e sensazioni del passato e ci permette di compiere le più banali azioni di ogni giorno, che vanno dal leggere, dall'andare in bicicletta al riconoscere gli amici.

Chi non ricorda il paese di Macondo, creato da Gabriel Maria Marquez², col-

pito dalla pestilenza dell'oblio, e il personaggio di Buendia che studia una macchina per poter salvare le tracce del passato dei compaesani, perché "la memoria è vita"?

«Quasi tutti noi, se non nei momenti un po' seccanti in cui ci sfugge qualcosa o qualcuno di nostra conoscenza perde la memoria, stentiamo a renderci conto che quasi ogni nostro comportamento o discorso dipende dall'azione efficace e senza intoppi dei nostri sistemi mnestici» (p. XII).

Che cosa c'è di "vero" nei nostri ricordi? Sono immagini scolpite in un punto del cervello o *files* archiviati come in un computer, come pensavano i cognitivisti, senza dare risalto all'esperienza soggettiva? Come facciamo a richiamare queste immagini scolpite?

All'Autore viene così in mente il capolavoro di Marcel Proust, *La ricerca del tempo perduto*³, con la sua ossessione per il passato e la convinzione che la verità delle nostre esperienze

può essere compresa solo con l'approfondire tempo e memoria. Ci sembra interessante quando Proust, dopo essere travolto da un senso di benessere, cerca di rievocare in modo consapevole, partendo dal profumo e dal sapore di una madeleine, quei piccoli dolci francesi a forma di conchiglia, un episodio dell'infanzia, il buongiorno alla zia Leonie, nella sua stanza da letto.

Il potere della memoria è illustrato anche dai quadri di un pittore di origine italiana, Franco Magnani, che trasferitosi adolescente a Los Angeles, dopo una strana malattia con febbre e delirio, cominciò a dipingere in modo ossessivo il paese toscano nativo, con una precisione incredibile di particolari.

Sia Magnani che Proust, con le loro reminiscenze senza fine, sembrano essersi ridotti a vivere quello che Oliver Sacks⁴ chiama «una sorta di mezza esistenza nel presente».

Secondo alcuni neurobiologi la ricca esperienza umana del ricordo non potrà mai essere sostituita dalla scienza informatica, anche se Spielberg sembra pensare diversamente nel suo ultimo film *I. A. Intelligenza artificiale* in cui il piccolo David, un "mecca" (bambino meccanico) immerso ormai da 2000 anni nel mare di una New York invasa dall'acqua per l'effetto serra, riesce, con l'aiuto di nuovi bronzei ed allungati abitanti della terra, a far rivivere per un giorno la madre "umana" che l'aveva abbandonato in un bosco, grazie ai ricordi e ai sentimenti immagazzinati nel suo cervello artificiale. Spielberg sembra voler dare il messaggio che la razza

umana non sa più amare e che affetti e ricordi sopravviveranno solo grazie ai bambini meccanici.

Ora non si crede più che «la memoria sia una facoltà a sé stante o unitaria della mente... ma composta da una varietà di processi e di sistemi distinti e separabili. Ciascun sistema dipende da una particolare costellazione di reti cerebrali, che coinvolgono diverse strutture neurali, ognuna delle quali svolge un ruolo ultra specializzato all'interno del sistema» (p. XV).

Tecnologie avanzate come *RMF* (risonanza magnetica funzionale) e *PET* (tomografia a emissione di positroni) permettono di vedere il cervello mentre pensa, ricorda, prova emozioni, codifica poiché il flusso ematico nei lobi frontali o nell'ippocampo cambia, soprattutto di fronte a eventi nuovi o a forme impossibili da classificare.

Secondo i ricercatori, come già accennato, abbiamo una memoria a breve termine o di lavoro, che serve, per esempio, a codificare per breve tempo un numero, ed una memoria a lungo termine, divisa in due sottosistemi, episodica e semantica. Per accrescere la possibilità di apprendere e di ricordare un dato, un'esperienza, dobbiamo realizzare una profonda codifica elaborativa.

Affrontando il problema della memoria non possiamo tralasciare gli studi di Richard Semon⁵, dimenticato per lungo tempo, che distinse tre aspetti di *mneme*, che chiamò *engrafia* (codifica dell'informazione nella memoria), *engramma* (traccia mnestica che conserva nel tempo gli effetti dell'esperienza) ed *euforia* (processo

di recupero del ricordo).

Delle sue idee è rimasto vivo l'*engramma*, ripreso da Endel Tulving⁶ nel concetto noto come principio di specificità della codifica.

«Una persona pensa a un evento e lo codifica in un modo specifico, che determina quanto s'inserisce nell'*engramma*, mentre la probabilità che l'evento sia successivamente rievocato dipende dal grado di riproduzione o coincidenza tra i processi di codifica e di recupero» (p. 50).

Il nostro ricordo "esplicito" dipende dalla accuratezza della codifica elaborativa più accessibile agli indizi di recupero e questo è importante per comprendere noi stessi, per capire meglio chi siamo.

Per Morris Moscovitch⁷ i sistemi frontali e l'ippocampo concorrono a due diversi tipi di recupero, uno associativo, l'altro forzato o strategico, che comporta una lenta perlustrazione della memoria. Un danno al sistema mediale temporale compromette solo la memoria delle esperienze recenti.

In linea di massima per le interferenze di nuovi, simili "depositi" i ricordi diventano sempre meno accessibili e l'*engramma*, a poco a poco diviene più nebuloso. L'oblio sembra essere una risposta economica alle richieste della memoria: meglio dimenticare gli *engrammi* che non utilizziamo mai. Diverso è il tipo d'oblio che deriva dall'abuso di alcolici poiché la carenza di vitamina B distrugge il diencefalo, che è connesso al lobo temporale.

La memoria non solo è fallibile, ma opera anche delle distorsioni: i nuovi

ricordi subiscono l'influenza dei vecchi.

Freud stesso, dopo le prime idee iniziali, cambiò opinione sui resoconti ottenuti con l'ipnosi e considerò confabulazioni di fantasia le storie d'abusi sessuali.

La stessa corte della Florida giudica inattendibili le testimonianze ottenute sotto ipnosi da soggetti che, durante una terapia, hanno riacquisito ricordi d'abusi sessuali, evidenziando l'influenza degli analisti non solo nel generare, ma anche nel mantenere una rievocazione distorta.

Perché le persone racconterebbero certe esperienze se non c'è un *engramma* corrispondente? Si è raggiunta l'idea che l'ambiente di recupero e il luogo di origine del ricordo abbiano importanza.

Questo spiega, secondo me, perché persone differenti possano dare dello stesso episodio un racconto molto diverso. Infatti, i testimoni oculari spesso non sono attendibili. Basta seguire qualche testimonianza riportata dai quotidiani. Una donna, vittima di violenza, scambiò un noto psicologo, che, per sua fortuna aveva un alibi di ferro, per il suo violentatore, solo per averlo visto quel giorno in televisione. La capacità di richiamare l'informazione è importante per distinguere i ricordi dalle fantasie. Le persone con lesioni cerebrali ai lobi frontali bambini in età prescolare, di cui è nota la non ancora raggiunta maturazione dei lobi, hanno difficoltà nell'ancorare il ricordo all'origine: spesso un'imbeccata durante un interrogatorio espone a false rievocazioni.

Purtroppo vi sono storie tragiche legate a false rievocazioni. Responsabile dell'amnesia nelle vittime d'abusi potrebbe essere non la repressione, ma la dissociazione. «Si tratta dell'incapacità di integrare i vari aspetti dell'esperienza che finisce per impedire di ricordarla esplicitamente» (p. 282).

Illuminante è il caso di Ann, che recuperò in terapia il ricordo di abusi inflitti dai genitori durante riti satanici. I genitori caddero dalle nuvole: nei filmati di famiglia Ann appariva una bimba piena di vita, anche se c'era stata la separazione dei genitori. Il suo terapeuta affermò che non importava che i racconti fossero veri e disse che «Viviamo tutti nell'illusione, in una specie d'irrealtà» (p. 284). Anche il caso di Diana lascia perplessi. Durante la psicoterapia, ascoltando la così denominata "parte bambina" che era in lei, aveva creduto che la madre avesse tentato di ucciderla e che una sorellina di pochi giorni fosse stata sacrificata ad una setta.

Negli anni Novanta, negli U.S.A., le accuse d'abuso, basate su un recupero *mnestico* non corrispondente alla realtà, colpirono un numero tale di famiglie che i parenti imputati formarono la *False Memory Syndrome Foundation*.

Alla radice di pseudo ricordi ci possono essere errori di codifica. Quando ci succede qualcosa di molto doloroso possiamo anche cercare di non pensarci perché il ripasso facilita il ricordo dell'esperienza. Per questo consciamente si può reprimere un trauma infantile, ma gli eventi di ba-

se restano impressi, anche se vi possono essere oblio e distorsione: un'amnesia completa in concreto non esiste.

Naturalmente ogni abuso rappresenta un caso a sé e non va trattato con leggerezza. Il problema nasce nel caso in cui terapeuta e paziente cominciano a pensare che un determinato sintomo rifletta un abuso dimenticato. Non c'è da meravigliarsi se il paziente comincia a produrre immagini e pensieri collegati, come avvenne in un disturbo "ossessivo-compulsivo". Anche il desiderio di "compiacere" l'analista può lo stesso effetto. «La memoria implicita va presa con le molle e richiede attenti confronti e ragionamenti sistematici» (p. 296), scrive Schacter, e in ciò sono d'accordo con lui poiché certe pratiche terapeutiche rischiose non vanno utilizzate.

Interessanti sono i capitoli sulle vere amnesie, sulle tracce che svaniscono. Commovente è il caso di Frederick, buon giocatore di golf, cui era stato diagnosticato un Alzheimer allo stadio iniziale e che, di conseguenza, stava perdendo la memoria di lavoro, unico segno di malattia, finché non compare il deterioramento totale delle facoltà intellettuali. L'Autore decise di andare a giocare con lui, ma Frederick era incapace di ricordare un tiro appena fatto o un episodio della partita, nonostante i suggerimenti. Drammatico fu il momento in cui il dottor Schachter passò di nuovo a prenderlo, dopo una settimana. Il paziente disse d'essere nervoso perché da qualche tempo non giocava e, soprattutto, perché

non aveva mai giocato con lui. Schacter non ebbe il coraggio di commentare.

Anche l'encefalite da *herpes* produce amnesie, purtroppo non recuperabili. Gene poteva descrivere, ad esempio, l'esatta procedura per sostituire una gomma d'automobile, ma non ricordava di averne mai cambiato una. Aveva perso totalmente la memoria episodica e parzialmente quella semantica, legata ad una porzione del lobo temporale.

In certi casi le persone hanno invece gravi *deficit* della memoria semantica, mentre l'episodica funziona correttamente. I pazienti inconsapevoli della loro amnesia, sono caratterizzati da un *deficit* frontale e questa inconsapevolezza può essere un bene: permette di vivere più serenamente. Senza essere amnesici, anche noi possiamo essere non consapevoli del mondo nascosto della "memoria implicita"; possiamo essere influenzati, direi in modo quasi meccanico, da una vecchia esperienza.

Un caso famoso è quello di uno dei Beatles, George Harrison, quando musicò *My Sweet Lord* che ricalcava in qualche punto *He's so fine*, di un altro gruppo musicale. Il giudice decretò che il cantante «violava il limite di quello che era per la corte la copia involontaria di ciò che era presente nella memoria subconscia di Harrison» (p. 176).

Anche a Freud successe qualcosa del genere con Fliess a proposito della teoria sulla bisessualità, presente in ogni persona. A questo punto viene in mente l'episodio recente del regista Nanni Moretti, accusato di plagio

da una scrittrice inglese per alcuni contenuti del bel film *La stanza del figlio*.

Casualità, memoria implicita? Pensieri, sentimenti, comportamenti ne sono permeati, ma «interpretare sentimenti e modi di fare come manifestazioni della memoria implicita rischia di essere pericoloso perché i fattori che li determinano sono tanti» (p. 201).

Lo studio della memoria implicita è utile per comprendere come i pazienti amnesici, appositamente addestrati, possano imparare senza renderse ne conto. Sembrano dotati di una visione cieca che non ha rapporto con istinti, desideri repressi e sembrano inoltre essere agevolati da indizi lessicali di esperienze recenti, anche se non riescono a rievocarle. Se la memoria procedurale non è compromessa il loro ricordare delle operazioni in successione nasce da un effetto "priming" (facilitazione), che non dipende dalla memoria episodica, ma forse dalla memoria semantica o da un altro sistema mestico non ancora chiarito. La vista di una parola accresce il *priming* visivo e per questo l'Autore ritiene che l'effetto dipenda da un sistema mnestico basato sulla percezione; infatti aree cerebrali diverse si attivano durante l'analisi visiva e semantica di parole conosciute.

L'effetto *priming*, ad esempio, è stato sfruttato per far mantenere a Barbara, giovane paziente amnesica di soli 26 anni, il posto di lavoro nella sua ditta. Con un assiduo lavoro di oltre un anno, a poco a poco la giovane donna non ha avuto più bisogno di suggerimenti iniziali per inserire dati nel

computer ed è anche diventata sempre più veloce, riuscendo a padroneggiare oltre 250 simboli e codici.

Un capitolo è dedicato ai ricordi significativi sotto il profilo emotivo, ai *flash* che improvvisamente spuntano nella nostra mente e riteniamo impressi per sempre nel nostro cervello; non sembrano tuttavia riprodurre fotograficamente la scena originale e non sono esenti da errori di ricostruzione. Secondo Lenore Terr⁸ il ricordo traumatico è spesso più preciso di altri e «le distorsioni...vanno attribuite soprattutto agli errori percettivi commessi nel momento in cui si verifica l'evento, causati dallo stress dell'episodio scioccante» (p. 220). Quanti di noi hanno visto in televisione l'11 settembre 2001 lo sconvolgente attacco aereo alle *Twins Towers* e quanti, quando è caduto l'*Airbus*, il 12 novembre non hanno rivissuto emotivamente la prima tragedia?

Si è diffusa la voce che un altro grattacielo fosse caduto e fossero morte ancora migliaia di persone.

Ultimamente si è data molta importanza all'amigdala, piccola struttura incuneata nel lobo temporale, di cui è chiaro il ruolo nei ricordi emotivamente carichi. Riceve gli input di altre strutture cerebrali e aiuta a regolare ormoni dello stress, quale l'epinefrina, che, eccitando, rinforzano il ricordo.

Talvolta, quasi per paradosso, il trauma si accompagna a vaste amnesie psicogene, temporanee, che inducono a "fughe". Una certa percentuale di queste amnesie si ricollega a precedenti traumi organici o a lesioni cerebrali. L'Autore porta l'esempio di un

uomo soprannominato dai compagni Lumberjack che, ricoverato in ospedale, sembrava ricordare solo un'isola felice della sua vita, l'anno in cui aveva lavorato, benvenuto da tutti, per un'agenzia di recapiti. Il suo disturbo sparì la sera stessa del ricovero, vedendo un funerale in televisione. Lumberjack si ricordò che il nonno, unica persona importante della sua vita, era morto alcuni giorni prima e, così, in poco tempo, riuscì a ricostruire il proprio passato.

Nei casi di amnesia psicogena bisogna prendere in considerazione anche il fatto che la persona possa fingere, per un suo tornaconto, ad esempio giudiziario, di non ricordarsi più nulla. Il "non ricordo" equivale al "non capisco" di molti bambini, un meccanismo di difesa per non assumersi responsabilità o evitare compiti gravosi. L'ultimo capitolo dell'opera di Schacter riguarda la memoria degli anziani, un capitolo che presto o tardi riguarderà tutti i lettori, quando saranno accusati di vivere nel passato per avere conforto in ricordi idealizzati. Quanto è fragile la memoria che invecchia?

Se paragoniamo la memoria esplicita degli anziani con quella degli studenti universitari il risultato non è a favore dei primi se si rievocano liberamente delle parole, ma se si devono riconoscere parole familiari il divario non esiste. La massa cerebrale si restringe verso i sessanta/settant'anni, i ventricoli pieni di fluido s'ingrossano, il flusso ematico nella corteccia e l'assorbimento di ossigeno diminuiscono, ma la perdita di neuroni è trascurabile, al contrario di quanto av-

viene nei casi di Alzheimer.

Se dimentichiamo dove abbiamo messo gli occhiali, le chiavi dell'auto o il nome di una persona non è un problema: il problema sorge quando dimentichiamo il nostro nome o di avere un'auto.

Sono i cambiamenti dei lobi frontali, da cui dipende la memoria dell'ordine temporale che spiegano perché gli anziani abbiano più difficoltà nel rievocare che nel riconoscere e siano esposti a certi tipi di distorsione: per questo non sono affidabili come testimoni. In genere il *priming*, forma implicita di memoria, resiste al passare del tempo e la memoria semantica si mantiene meglio dell'episodica; una persona anziana, se sa giocare bene a scacchi, studia le mosse con la stessa efficacia di un giovane.

Non è vero che sia inutile insegnare qualcosa di nuovo agli anziani: possono acquisire anche nuove conoscenze implicite complesse, come l'uso del computer, ma sono più lenti dei giovani.

L'invecchiamento riduce tuttavia l'incidenza dei *flash* perché diminuisce la capacità di fissare eventi emotivi; forse per questo gli anziani amano ricordare episodi di un lontano passato e si è visto che quelli che «tendono a rivisitare il loro passato sono meno esposti alla depressione e mostrano maggiori segni di salute mentale degli altri» (p. 324).

Gli anziani sanno raccontare storie complesse, che già conoscono, con più efficacia dei giovani. Nelle società primitive era riservato a loro il compito di tramandare oralmente la cultura della tribù, conciliando il pas-

sato col presente e guidando le nuove generazioni verso il futuro. Presso i Celti i druidi erano anche i saggi delle tribù e avevano il compito di tramandare le leggi tribali. La preparazione dei neofiti si protraeva per anni in quanto dovevano imparare tutto a memoria, non avendo testi scritti. Per il druido sapiente *Divitiacus* ebbero ammirazione sia Cesare che Cicerone⁹. Ora i ricordi risiedono nelle memorie elettroniche, non nella testa di anziani narratori, ma, non credo, come afferma l'Autore, che il ruolo dell'anziano si sia così notevolmente ridotto. Posso dirlo per esperienza: proprio l'altro giorno, al premio Gozzano di poesia, ho visto l'incanto che un vecchio giornalista ottantenne, Renato Giuntini, esercitava su un piccolo gruppo di universitari, seduti per terra ai suoi piedi; se sei un abile narratore universitari e bambini del 2001 si distolgono dal computer per sentire, con meraviglia, quello che hai da raccontare del tuo lontano passato.

NOTE

¹ Daniel L. Shacter è professore di Psicologia alla *Harvard University*. Questo libro è stato selezionato tra i migliori libri dell'anno nel 1996 e ha ricevuto il *William James Book Award* della "American Psychological Association" nel 1997.

² Scrittore colombiano contemporaneo, che divenne famoso con *Cent'anni di solitudine*. Fu insignito del Nobel per la letteratura nel 1982.

³ Scrittore francese, nato a Parigi nel 1871. Condusse una vita apparentemente

snobistica, raccogliendo in realtà materiale per la *Ricerca del tempo perduto*. Lasciò incompiuto un romanzo autobiografico.

⁴ Sacks, O., psichiatra, ha scritto *Un antropologo su Marte*, Adelphi, Milano 1995.

⁵ Semon, R. (1923), *The mneme, Mnemic Psychology*, London, George Allen & Unwin.

⁶ Endel Tulving è stato insegnante di Schacter. Ha fatto numerose ricerche e

pubblicazioni sulla memoria semantica, episodica e sul *priming*.

⁷ Collaboratore di E. Tulving e di D. L. Schacter.

⁸ Psicologa, ricercatrice, ha scritto *Il pozzo della memoria*, Garzanti, Milano 1996.

⁹ Guerra, R. (1999), *Antiche popolazioni dell'Italia Preromana*, Aries, Padova.

(Alberta Balzani)