

Questioni fondamentali di psicoterapia^(*)

C. G. Jung

Nei testi di medicina di alcuni anni fa, sotto il titolo « Terapia », al fondo di una lista di cure e prescrizione farmacologiche, si poteva trovare anche il termine « Psicoterapia ». Cosa esattamente si dovesse con ciò intendere, restava avvolto in una eloquente oscurità. Cosa significava? Ipnosi, suggestione, persuasione, catarsi, psicoanalisi, trattamento adieriano, autogenes training, o che altro? Questo elenco può dare un'idea dell'indistinta molteplicità di opinioni, di orientamenti, di teorie e di metodi, che andavano tutti sotto il nome di « psicoterapia ».

Quando un nuovo continente disabitato viene scoperto, non vi sono confini, né nomi, né vie, ed ogni pioniere che vi ponga piede ha una diversa storia da raccontare al suo ritorno. Qualcosa di simile sembra sia accaduto quando i medici si avventurarono per la prima volta nel nuovo continente chiamato **Psiche**. Uno dei primi esploratori, cui dobbiamo alcuni resoconti più o meno intellegibili, è Paracelso.

Il suo sconcertante sapere, non privo talvolta di visioni anticipatrici, si esprimeva peraltro in un linguaggio impregnato dello spirito del XVI Secolo. E' un linguaggio che abbonda non soltanto di idee demonologiche e alchimistiche, ma di neologismi paracelsici, la cui florida esuberanza compensava il segreto sentimento d'inferiorità, connesso al bisogno di autoaffermazione del loro avversato e non a torto incompreso creatore.

L'era della scienza, che ebbe il suo vero esordio nel XVII Secolo, gettò via con la zavorra anche le perle della saggezza medica di Paracelso. Solo due secoli più tardi sorgeva una nuova e del tutto diversa forma di empiria, la teoria mesmeriana del magnetismo animale che proveniva in parte da esperienze pratiche che oggi attribuiremmo alla suggestione, in parte dall'antica tradizione alchimistica.

Lavorando su questa linea, i medici dell'età romantica volsero poi il loro interesse al sonnambulismo, gettando così le basi per la scoperta clinica dell' isteria.

Ma doveva trascorrere ancora quasi un secolo prima che Charcot e la sua scuola iniziassero a dare un assetto concettuale a questo campo d'indagine. Dobbiamo poi a Pierre Janet una più approfondita e più esatta conoscenza dei sintomi isterici e ai due medici francesi Liébeault e Bernheim, cui si unì più tardi August Forel in Svizzera, una indagine e una descrizione sistematiche dei fenomeni della suggestione.

Con la scoperta di Breuer e Freud dell'origine affettiva dei sintomi psicogeni, la nostra conoscenza della loro causa fece un decisivo passo innanzi nell'ambito della psicologia. Il fatto che immagini mnestiche, a forte tonalità affettiva e al di fuori della coscienza, siano alla base del sintomo isterico, condusse immediatamente al postulato di uno **strato inconscio** di accadimenti psichici. Questo strato mostrava di essere non **somatico**, com'era incline a supporre la psicologia accademica di allora, bensì **psichico**, in quanto si comportava esat-

tamente come ogni altra funzione psichica cui venga meno la consapevolezza e che non abbia perciò più connessione con l'io. Ciò vale per i sintomi isterici, come Janet ha dimostrato quasi contemporaneamente a Freud, ma indipendentemente da lui. Ma mentre Janet supposeva che il venir meno della consapevolezza fosse da attribuirsi a qualche specifica debolezza, Freud pose in evidenza che le immagini mnestiche che producono i sintomi sono caratterizzate da una sgradevole tonalità affettiva. La loro scomparsa dalla coscienza poteva così facilmente venire interpretata come **rimozione**.

Freud, dunque, considerava i contenuti eziologici « incompatibili » con le tendenze della coscienza. Questa ipotesi era sorretta dal fatto che i ricordi rimossi provocano spesso una censura morale, e ciò proprio a motivo della loro natura traumatica o moralmente ripugnante.

Freud estese la teoria della rimozione all'intero campo delle nevrosi psicogene, con grossi risultati pratici. Anzi andò anche oltre, fino a farne una chiave interpretativa della cultura nel suo insieme. Con ciò si spinse entro l'ambito della psicologia generale, che era stata fin allora assegnata alla sfera della filosofia.

La psicologia pratica dei medici salvo pochi termini tecnici e alcuni criteri metodologici non era stata fin qui capace di mutuare gran che dai filosofi: e così la psicologia medica. Nell'imbattersi in una psiche inconscia propria all'inizio della sua carriera, si trovò letteralmente di fronte al vuoto. Il concetto di inconscio, salvo poche lodevoli eccezioni, era colpito d'anatema da parte della psicologia accademica, e perciò i fenomeni della coscienza restavano l'unico oggetto possibile della ricerca psicologica. La collisione fra la nuova psicologia medica e la psicologia generale allora dominante fu perciò considerevole. D'altra parte, le scoperte freudiane erano ugualmente una sfida e un ostacolo all'orientamento puramente somatico dei medici. E tali rimasero nei 50 anni che seguì

rono. Fu necessario che dall'America giungesse l'indirizzo della cosiddetta medicina psicomantica, perché nuovi elementi si aggiunsero al quadro. Ciò nonostante, la psicologia generale non è ancora stata capace di trarre le necessarie conclusioni dal fatto dell'inconscio.

Ogni cammino in un nuovo territorio è sempre accompagnato da certi pericoli, in quanto il pioniere, in tutte le sue imprese, deve fare affidamento sull'armamentario che si trova ad avere con sé. Nel nostro caso, egli ha la sua preparazione in medicina somatica, la sua formazione generale e la sua visione del mondo che si fonda principalmente su presupposti soggettivi, in parte caratteriologici e in parte sociali.

Le sue conoscenze mediche gli consentono di inquadrare correttamente gli aspetti somatici e biologici del materiale con cui ha che fare; la sua formazione generale gli dà la possibilità di formarsi una idea approssimativa della natura del fattore della rimozione; e infine la sua visione del mondo lo aiuta a porre il suo sapere specialistico su di una base più ampia e ad inserirlo in un tutto più vasto. Ma quando la ricerca scientifica s'inoltra in una regione tuttora inesplorata e perciò sconosciuta, il pioniere deve sempre avere presente che un altro esploratore, che ponga piede sul nuovo continente in una località diversa e con apparecchiature diverse, può altresì schizzarne un quadro completamente diverso.

Così è accaduto a Freud: il suo discepolo Alfred Adler ha sviluppato una concezione che conferisce alla nevrosi una fisionomia molto diversa. Non è più l'impulso sessuale, o il principio del piacere, che domina il quadro, bensì l'istinto di potenza (auto-affermazione, « protesta virile, « volontà di dominio »).

Come io ho mostrato in un caso concreto (1) entrambe le teorie possono venire applicate con successo ad un medesimo caso; inoltre è un fatto psicologico ben noto che i due impulsi si bilanciano e che l'uno generalmente sottende l'altro. Adler è

(1) in: «Two Essays on Analytical Psychology». Collected Works, Vol.7. pagg. 16-55.

rimasto altrettanto unilaterale quanto Freud, d'accordo entrambi che non soltanto la nevrosi, ma l'uomo stesso può venire spiegato dal suo lato d'ombra, cioè nei termini della sua inferiorità morale.

Tutto ciò prova l'esistenza di un'equazione personale, di un pregiudizio soggettivo che non è mai stato sottoposto a critica. La rigidità con cui entrambi hanno aderito alle loro posizioni denota, come sempre, il bisogno di compensare una segreta incertezza, un dubbio inferiore. I fatti, come vengono descritti dai due ricercatori, sono abbastanza giusti, se presi « cum grano salis », ma è possibile interpretarli nell'un modo e nell'altro, per cui sono entrambi parzialmente in errore o, piuttosto, si completano a vicenda.

La lezione che può trarsi da tutto ciò è che in pratica sarebbe meglio considerare entrambi i punti di vista.

La ragione di questo primo dilemma della psicologia medica sta presumibilmente nel fatto che i medici si sono trovati un terreno incolto sotto i piedi, dato che la psicologia corrente non aveva nulla di concreto da offrire loro. E perciò nel momento in cui hanno cercato degli strumenti sono stati rigettati indietro verso i loro pregiudizi soggettivi.

Per me, questa situazione si è risolta in un urgente bisogno di esaminare i tipi di atteggiamento che gli esseri umani in generale adottano nei confronti dell'oggetto (qualunque esso sia). Sono così giunto a postulare diversi tipi, ciascuno dei quali dipende dalla predominanza dell'una o dell'altra funzione orientativa della coscienza, e ho ideato in via di ipotesi uno schema entro cui i vari atteggiamenti possono venire situati distintamente.

Dallo schema risulterebbe che sono teoricamente possibili non meno di otto atteggiamenti. Se a questi aggiungiamo tutti gli altri presupposti più o meno individuali, risulta evidente che non esiste più limite ai punti di vista possibili, e che tutti hanno una loro giustificazione, almeno soggettiva.

Di conseguenza, una analisi critica dei presupposti psicologici su cui si basano le teorie umane diventa una inderogabile necessità. Questo, purtroppo, non è stato ancora riconosciuto da tutti; altrimenti certi punti di vista non potrebbero venir difesi con tanta ostinazione e cecità. E' possibile comprendere perché ciò avvenga solo quando si considera cosa in effetti è il pregiudizio soggettivo: generalmente un prodotto costruito con cura nella cui fattura è andata tutta l'esperienza di una vita intera. E' la psiche individuale che si scontra con l'ambiente. Nella maggior parte dei casi, dunque, il pregiudizio è una variante soggettiva di una esperienza umana universale, ed è proprio per questo che un'attenta autocritica e un accurato confronto sono necessari se vogliamo dare ai nostri giudizi un fondamento più universale. Ma quanto più ci basiamo sui principi della coscienza nel cercar di adempiere a questo compito essenziale tanto maggiore diventa il pericolo di interpretare in quei termini i dati di esperienza e di fare, per un eccesso di teoria, violenza ai fatti. La nostra esperienza psicologica è ancora troppo recente e di portata troppo limitata per permetterci di elaborare delle teorie generali.

Il ricercatore ha bisogno di molti più fatti che lo illuminino sulla natura della psiche prima che possa cominciare a pensare a proposizioni universalmente valide.

Per il momento dobbiamo attenerci alla norma che una proposizione psicologica può avanzare diritti ad una qualche significatività solo se anche l'opposto del suo significato può essere accettato come vero.

Pregiudizi personali e teoretici sono gli ostacoli più seri sulla via del discernimento psicologico. Essi possono, peraltro, venire eliminati con un po' di buona volontà e una certa capacità di « insight ». Freud stesso accettò il mio suggerimento che ogni medico dovesse sottoporsi ad una analisi didattica prima di occuparsi a scopo terapeutico dell'inconscio dei suoi pazienti. Tutti gli psicoterapeuti in-

telligenti che riconoscono la necessità di una presa di coscienza dei fattori eziologici inconsci sono d'accordo su questo punto. E' poi abbastanza ovvio, e continuamente confermato dall'esperienza, che ciò che il medico non riesce a vedere in se stesso, o non riuscirà a vederlo neppure nel paziente, o lo vedrà ingigantito in lui; e per giunta incoraggerà quelle cose verso cui egli stesso inconsciamente propende, e condannerà tutto ciò che aborrisce in se stesso. Allo stesso modo che, a buon diritto, ci si aspetta che le mani del chirurgo siano immuni da infezione, si deve esigere con insistenza che lo psicoterapeuta sia in grado di esercitare in ogni momento un'adeguata autocritica: un dovere che addirittura si impone quando si cimenta contro insuperabili resistenze del paziente, che potrebbero anche essere giustificate. Lo psicoterapeuta dovrebbe ricordare che il paziente è lì per essere curato e non per verificare una teoria.

Non esiste alcuna teoria, in tutto il campo della psicologia clinica, che non possa in qualche caso risultare profondamente errata. In particolare, l'idea che le resistenze del paziente non siano in alcun caso giustificate, è completamente erronea. La resistenza potrebbe benissimo significare che il trattamento si regge su delle ipotesi sbagliate.

Mi sono soffermato un po' a lungo sul tema della analisi didattica perché di recente ci sono state rinnovate tendenze a riaffermare l'autorità del medico in quanto tale, e a inaugurare così un'altra era di psicoterapia **ex cathedra**: tendenza che non differisce in nulla da certe tecniche antiquate di suggestione, la cui inadeguatezza è da lungo tempo risultata evidente. (Ciò non significa che la terapia suggestiva sia in ogni caso controindicata.) Lo psicoterapeuta intelligente sa da anni che ogni trattamento complesso è un processo individuale **dialettico**, al quale il medico partecipa, in quanto persona, nella stessa misura del paziente. In ogni discussione di questo tipo la questione se il medico abbia altrettanto « insight » nei suoi processi

psichici quanto se ne attende dal suo paziente ha naturalmente grande importanza, specie in riferimento al « rapporto », o relazione di reciproca fiducia, da cui in definitiva dipende il successo terapeutico. Il paziente cioè può ricavare la propria sicurezza inferiore soltanto dalla sicurezza del suo rapporto col medico, in quanto essere umano.

Il medico può imporre la propria autorità, con risultati discreti, su persone facilmente manipolabili. Ma di fronte a occhi critici un simile comportamento è facile che mostri la corda.

Per questo stesso motivo il prete, predecessore del medico nel ruolo di terapeuta e psicologo, ha in larga misura perduto la sua autorità, quanto meno presso le classi colte.

I casi difficili, dunque, sono un vero cimento per entrambi medico e paziente. Il primo dovrebbe prepararsi per quanto è possibile attraverso una approfondita analisi didattica. Non che questa sia un mezzo ideale o assolutamente certo per scongiurare abbagli e proiezioni, ma almeno dimostra l'esigenza di autocritica e può rinforzare la tendenza dell'analista in questa direzione. Nessuna analisi è in grado di bandire per sempre ogni forma di inconsapevolezza. L'analista deve continuare ad apprendere indefinitamente, e mai dimenticare che ogni nuovo caso porta alla luce nuovi problemi e così attiva nuovi contenuti inconsci, mai prima d'ora costellati. Possiamo dire, senza troppa esagerazione, che una buona metà di ogni trattamento che vada veramente in profondità consiste nell'analisi che il terapeuta fa di se stesso, perché solo nella misura in cui egli riesce a veder chiaro in se stesso riesce a far luce sulla problematica del paziente. Nulla di male quindi s'egli avverte che il paziente lo colpisce o addirittura lo ferisce: i colpi che subisce danno la misura del potere che egli ha di curare. Questo, e null'altro, è il significato del mito greco del medico ferito (2).

I problemi di cui ci stiamo occupando non si presentano nel campo della psicoterapia « minore », quella in cui il medico può cavarsela con suggerimenti.

(2) Kerényi K. Der gottliche Arzt; Studienbuber Asklepios und Seine Kultstätte. Basel, 1948

menti, consigli, o adeguate spiegazioni. Ma le nevrosi o le situazioni « borderline », in pazienti intelligenti e con personalità complesse, richiedono spesso quella che si chiama una psicoterapia « maggiore », cioè il procedimento dialettico. Per poterlo condurre con una qualche prospettiva di successo, tutti i presupposti soggettivi e teoretici devono essere — nella misura del possibile — eliminati. Non si può trattare un Maomettano sulla base delle credenze cristiane, né un Parso con l'ortodossia ebraica, né un Cristiano con la filosofia pagana del mondo antico, senza introdurre dei pericolosi corpi estranei nel suo organismo psichico. Questo genere di cose lo si pratica abitualmente e non sempre con cattivi risultati; ciò nondimeno si tratta di una condotta la cui legittimità mi sembra enormemente dubbia. Io penso che un trattamento inteso a conservare sia il più indicato. Non si dovrebbe, se possibile, distruggere alcuno dei valori che non si sono dimostrati decisamente dannosi. Cercare di sostituire una visione cristiana del mondo con una materialista è — a mio avviso — altrettanto errato che cercare di contestare un convinto materialista. Questo semmai è il compito del missionario, non del medico.

Molti psicoterapeuti, a differenza di me, sostengono che i problemi attinenti la visione del mondo e della vita non entrano per nulla nel processo terapeutico. Secondo loro, i fattori eziologici sono tutti una questione di psicologia puramente personale. Ma se esaminiamo questi fattori più da vicino, ci accorgiamo che le cose stanno diversamente. Prendiamo, ad esempio, l'impulso sessuale, che gioca un ruolo così determinante nella teoria freudiana. Questo impulso, come ogni altro impulso, non è una acquisizione personale, bensì un dato obbiettivo e universale che non ha nulla che fare con i nostri personali desideri, aspettative, opinioni, decisioni. E' una forza del tutto impersonale, e tutto ciò che possiamo fare è cercare di venire a patti con essa con l'aiuto di giudizi e soggettivi e attinenti la visione del mondo. Di questi giudizi,

solo quelli di carattere soggettivo (e solo parte di essi) appartengono alla sfera personale; gli altri derivano dalla corrente della tradizione e dalle influenze ambientali, e soltanto una esigua frazione di essi si è formata attraverso una scelta personale e consapevole. Come mi trovo plasmato da influenze sociali esterne e obbiettive, allo stesso modo vengo plasmato da forze interne ed inconscie che io ho sussunto sotto il termine di « fattore soggettivo ». L'uomo di atteggiamento estrovertito si fonda essenzialmente sui rapporti sociali; l'altro, l'introverso, essenzialmente sul fattore soggettivo. Il primo è in larga misura inconsapevole della componente soggettiva e la considera insignificante; in realtà ne ha paura. Il secondo ha poco o nessun interesse per i rapporti sociali; preferisce ignorarli, poiché li avverte onerosi o addirittura terrificanti. Per l'uno, il mondo dei rapporti esterni è ciò che più conta, l'oggetto del suo desiderio; l'altro è soprattutto interessato al suo modo inferiore d'essere, alla sua sostanza inferiore.

Quando ci mettiamo ad analizzare la personalità, ci accorgiamo che l'estroverso si fa una nicchia nel mondo dei rapporti a spese dell'inconscio (della sua soggettività); mentre l'introverso, nel realizzare la sua personalità, commette gli errori più grossolani nella sfera sociale e vi si comporta nel modo più assurdo. Questi due atteggiamenti assai tipici sono sufficienti a mostrare in modo sostanzialmente diverso dalla tipologia fisiologica di Kretschmer come sia difficile costringere gli esseri umani e le loro nevrosi entro la camicia di forza di una singola teoria.

Di regola, i presupposti d'ordine soggettivo sono del tutto inconsci al paziente e, purtroppo, anche al medico, così che quest'ultimo è troppo spesso tentato di trascurare il vecchio adagio **quod licei Jovi, non licet bovi**, ossia ciò che giova all'uno nuoce all'altro, e in questo modo tende ad aprire porte che sarebbe meglio chiudere, e viceversa. La dottrina medica rischia, alla pari del paziente, di restare vittima dei suoi presupposti soggettivi,

anche se in misura minore, dal momento che, almeno, essa è il risultato di un lavoro comparativo su un gran numero di casi e ha pertanto estromesso le varianti eccessivamente individuali. Questo tuttavia non vale, se non in misura minima, per i pregiudizi del suo ideatore. Benché il lavoro comparativo possa un po' mitigarli, tali pregiudizi infatti conferiranno certe tonalità alle sue attività mediche e imporranno certi limiti. Di conseguenza, l'uno o l'altro impulso, l'una o l'altra idea finirà col porsi come il limite e col diventare un falso | principio su cui si regge o cade l'intera ricerca.

In questo quadro, tutto può essere correttamente osservato e logicamente interpretato, secondo il presupposto soggettivo: e questo fu senza dubbio il caso di Freud e di Adler. Tuttavia, malgrado ciò, o forse proprio a causa di ciò, ne risultano concezioni opposte, e palesemente inconciliabili, come abbiamo visto. La ragione sta ovviamente nel presupposto soggettivo che sceglie ciò che lo conferma e scarta ciò che lo contraddice.

Lungi dall'essere l'eccezione, situazioni del genere sono anzi di norma nella storia della scienza. Chiunque accusi la moderna psicologia medica di non essere capace di trovare un accordo tra le sue teorie, dimentica che nessuna scienza può conservare la sua vitalità senza divergenze teoriche. In questo caso il disaccordo è sempre stimolo a porsi nuove e più profonde domande. Anche in psicologia. Il dilemma Freud-Adler trova la sua soluzione nell'accettazione di principi divergenti, ciascuno dei quali ha posto l'accento su un particolare aspetto del problema totale.

Di qui in avanti si danno molte possibilità di ulteriore ricerca. Fra le più interessanti, è il problema del tipo di atteggiamento « a priori » e delle funzioni che lo sottendono. Fu questa la linea seguita dal test di Rorschach, dalla psicologia della Gestalt e dagli altri vari tentativi di classificare le differenze tipologiche. Un'altra possibilità, che mi sembra ugualmente importante, è lo studio dei fattori attinenti la visione del mondo (**weltanschaulichen**)

Fattoren) che — come abbiamo visto — hanno così fondamentale importanza per l'atto di scegliere e di decidere. Tali fattori devono essere presi in considerazione non solo nell'eziologia della nevrosi, bensì anche nella valutazione dei risultati analitici. Freud stesso annetteva grande importanza alla funzione della « censura » morale, come una delle cause della rimozione, e giunse persino a ritenere la religione uno dei fattori neurotizzanti che danno sostegno alle infantili fantasie di desiderio. Vi sono, inoltre, presupposti attinenti la visione del mondo che si vuole giochino una parte decisiva nella «sublimazione»: categorie di valore che si ritiene siano d'aiuto o di remora al processo di integrazione, nel piano di vita del paziente, delle tendenze emerse dall'analisi dell'inconscio. Penso che debba annettersi un grandissimo significato allo studio di questi cosiddetti fattori attinenti la visione del mondo non solo in relazione all'eziologia, ma — ciò che più conta — in relazione alla terapia e alla necessaria **ricostruzione della personalità**, come Freud stesso confermava, sia pure soltanto negativamente, nei suoi ultimi scritti. Larga parte di questi fattori fu da lui denominata « super-io », che è la somma di tutte le credenze collettive e di tutti i valori trasmessi consciamente dalla tradizione. Essi costituiscono, come la Torah per l'Ebreo ortodosso, un sistema psichico solidamente munito, sovraordinato all'io e causa di numerosi conflitti.

Freud osservò anche che l'inconscio produce talvolta immagini che possono definirsi soltanto come « arcaiche ». Esse si trovano più particolarmente in sogni e in fantasie. Egli cercò pure di interpretare o amplificare « storicamente » tali simboli, come ad esempio nello studio del tema delle due madri in un sogno di Leonardo da Vinci (3). Ora è un fatto risaputo che i fattori che compongono il « super-io » corrispondono alle « représentations collectives » che Lévy-Bruhl ha postulato a fondamento della psicologia dell'uomo primitivo. Queste ultime sono idee generali e categorie di

(3) S. Freud, Leonardo da Vinci.
A Psychosexual study of an
Infantile Reminiscenze. Londra,
1947

valore che hanno origine nei temi primordiali della mitologia e governano la vita psichica e sociale del primitivo al modo stesso che le nostre vite sono governate e plasmate dalle credenze, concezioni, e valori etici in base ai quali siamo stati cresciuti e regoliamo il nostro cammino nel mondo. Essi intervengono quasi automaticamente in tutti i nostri atti di scelta e di decisione e sono alla opera nella formazione dei concetti. Con un po' di riflessione, dunque, siamo praticamente sempre in grado di dire perché facciamo qualcosa e su quali presupposti generali si fondano i nostri giudizi e le nostre decisioni. Le false conclusioni e le errate decisioni del nevrotico hanno effetti patogeni perché sono, di norma, in conflitto con questi presupposti. Chiunque riesca a convivere senza conflitti con questi presupposti è integrato nella società altrettanto bene quanto il primitivo che prende gli insegnamenti tribali per norma assoluta di condotta.

Ma quando un individuo, a seguito forse di una qualche anomalia personale di fondo (non importa quale), smette di conformarsi al canone delle idee collettive, verrà molto probabilmente a trovarsi non soltanto in conflitto con la società, ma in disaccordo con se stesso, in quanto il super-io rappresenta in lui un altro sistema psichico. In tal caso diventerà nevrotico e sopraggiungerà una dissociazione della personalità che, se trova un adeguato sostrato psicopatico, può giungere fino alla completa frattura di essa, cioè fino alla personalità schizoide e alla schizofrenia. Tale caso è il paradigma della **nevrosi personale**, per la quale una spiegazione in termini personalistici è del tutto sufficiente, poiché, come sappiamo per esperienza, per curarla basta demolire le false conclusioni e le errate decisioni del soggetto. Una volta corretto il suo errato atteggiamento, il paziente può integrarsi di nuovo nella società. La sua malattia altro non era, infatti, che il prodotto di una certa « debolezza », congenita o acquisita. In casi del genere sarebbe un brutto errore cercare di modificare

qualcosa nell'idea fondamentale, la « représentation collective ».

Ciò varrebbe soltanto a gettare il paziente ancor più a fondo nel suo conflitto con la società, incoraggiando la sua debolezza patogena.

All'osservazione clinica pare risultino due diversi tipi di schizofrenici: un tipo astenico (da cui il termine francese **psychasténie**) e un tipo teso, in cui il conflitto è attivo. Lo stesso può dirsi dei nevrotici.

Il primo tipo è rappresentato dal genere di nevrosi che può spiegarsi in termini puramente personalistici, poiché è una forma di disadattamento imputabile a una debolezza della persona. Il secondo tipo è rappresentato da individui che **potrebbero** adattarsi senza troppa difficoltà e ne hanno dato prova. Ma per una ragione o per un'altra non possono o non vogliono adattarsi e non riescono a capire perché il loro particolare modo di adattarsi non renda loro possibile una vita normale, quando a loro avviso tale vita dovrebbe pur essere entro i limiti della possibilità.

La ragione della loro nevrosi sembra stare nel fatto che essi hanno qualcosa al di sopra della media, un surplus che non trova sfogo adeguato. C'è allora da spettarsi che il paziente sia consciamente o — nella maggior parte dei casi — inconsciamente critico delle concezioni e delle idee accettate dai più. Freud stesso sembra abbia incontrato esperienze simili, altrimenti non si sarebbe sentito costretto ad attaccare la religione, dal punto di vista clinico, per il suo essere la pietra angolare delle fondamentali credenze dell'uomo. Ciò facendo egli era perfettamente coerente con le sue premesse, per quanto si possa non essere d'accordo con lui, poiché la religione non solo non è nemica del malato ma è addirittura un sistema di cura psichica, come traspare dal termine cristiano « cura d'anime » ed altresì dall'Antico Testamento (4).

Sono soprattutto le nevrosi del secondo tipo che pongono il terapeuta di fronte a problemi di questo

(4) Per esempio: Salmi 147,3 e Giobbe 5, 18.

genere. Ci sono inoltre non pochi pazienti che, per quanto non abbiano una nevrosi riconoscibile clinicamente, si rivolgono al medico a motivo di conflitti psichici e di varie altre difficoltà di vita, e gli portano problemi la cui risposta richiede inevitabilmente una discussione di questioni fondamentali.

Tali persone spesso sanno benissimo — cosa che il nevrotico raramente giammai sa — che i loro conflitti hanno a che fare con il fondamentale problema del loro atteggiamento, e che questo si ricollega a certi principi o idee d'ordine generale, cioè con le loro convinzioni religiose, etiche o filosofiche. Proprio a motivo di questi casi la psicoterapia deve estendersi molto al di là dei confini della medicina somatica e della psichiatria, entro regioni che appartennero un tempo a sacerdoti e filosofi.

Nella misura in cui preti e filosofi non svolgono più alcun compito in questo senso o la loro competenza a svolgerlo è stata loro negata dalla società, si può valutare quale enorme vuoto lo psicoterapeuta è talvolta chiamato a colmare, e quanto remote al vivere comune siano diventate religione da un lato e filosofia dall'altro. Si biasima il parroco perché si sa sempre in anticipo cosa stia per dire, ed il filosofo perché mai dice alcunché che giovi in pratica. Lo strano si è che entrambi — salvo rare, sempre più rare eccezioni — nutrono scarsa simpatia per la psicologia.

Il significato positivo che il fattore religioso può conservare nella prospettiva filosofica di un uomo non impedirà certo che talune concezioni e interpretazioni perdano vigore e divengano obsolete, in conseguenza dei mutamenti dei tempi, delle condizioni sociali e dello sviluppo della consapevolezza umana. Gli antichi mitologi, su cui in ultima istanza ogni religione si fonda, sono espressione, a quanto oggi ci sembra, di accadimenti ed esperienze psichiche interiori, e per mezzo di una « anamnesi » ritualistica consentono alla coscienza di mantenere il suo legame con l'inconscio, che sem-

pre continua a produrre le immagini primordiali. Queste immagini danno adeguata espressione allo inconscio, e i movimenti istintivi di esso possono in tal modo venir trasmessi alla coscienza senza intralci, sì che questa non perda contatto con le sue radici istintive. Se tuttavia talune di queste immagini divengono inattuali, se, cioè, perdono ogni connessione intelleggibile con la coscienza contemporanea, allora i nostri atti consci di scelta e di decisione perdono il collegamento con le loro radici istintive e ne consegue un parziale disorientamento, perché il nostro discernimento viene a perdere ogni sentimento di sicurezza e di certezza e non vi è più alcuna forza emotiva a sostegno della decisione. Le « *représentations collectives* » che congiungono l'uomo primitivo alla vita dei suoi antenati o ai fondatori della sua tribù, sono un ponte verso l'inconscio anche per l'uomo civilizzato che vedrà in esse, se credente, il mondo delle divine presenze. Oggi questi ponti sono in condizioni di parziale rovina, e il medico non è in grado di sorreggere quelli che, più gravemente colpiti, sono responsabili del disastro. Egli sa che ciò è imputabile soprattutto ad un mutamento secolare dell'intera situazione psichica, così com'è accaduto più di una volta nella storia dell'umanità. Di fronte a tali trasformazioni il singolo è impotente.

Il medico può soltanto osservare e cercare di comprendere i tentativi di restaurazione e di cura che la natura stessa compie. L'esperienza da tempo ha mostrato che fra conscio e inconscio esiste un **rapporto di compensazione**, e che l'inconscio cerca sempre di restituire la parte conscia della psiche alla sua integrità, fornendole le parti di cui è carente e impedendo così una pericolosa perdita di equilibrio.

Nel nostro caso, com'era da attendersi, l'inconscio produce **simboli compensativi**, che dovrebbero sostituire i ponti crollati, ma ciò possono fare solo con l'attiva partecipazione della coscienza.

In altri termini, per essere efficaci questi simboli devono essere « capiti » dalla coscienza; devono

essere assimilati ed integrati. Un sogno che non venga compreso resta un mero accadimento; capito, diventa un'esperienza viva.

Io considero pertanto mio compito esaminare le manifestazioni dell'inconscio al fine di apprendere il suo linguaggio. Ma poiché da un lato i presupposti attinenti la visione del mondo, di cui abbiamo parlato, sono d'interesse eminentemente storico e, dall'altro, i simboli prodotti dall'inconscio derivano da modalità arcaiche di funzionamento psichico, è necessario poter disporre, per condurre avanti queste ricerche, di una vasta quantità di materiale storico; e, al tempo stesso, occorre raccogliere e confrontare una quantità altrettanto vasta di materiale empirico tratto dall'osservazione diretta.

La necessità pratica di una più approfondita comprensione dei prodotti dell'inconscio è abbastanza ovvia. Nel perseguirla, io vado soltanto più in là lungo lo stesso sentiero percorso da Freud; solo che cerco di bandire ogni opinione metafisica preconcepita. Cerco piuttosto di attenermi all'esperienza di prima mano, e di lasciare da parte concezioni metafisiche, sia pro che contro. Neppure per un istante immagino di potermi porre al di sopra e al di là della psiche, sì da poterla giudicare, per così dire, « dal di fuori », da un trascendente punto di Archimede.

Sono perfettamente consapevole d'essere intrappolato entro la psiche e di non poter far altro se non descrivere le esperienze che ivi mi accadono. Quando, per esempio, si esamina il mondo delle fiabe, difficilmente si può evitare l'impressione di imbattersi continuamente in certe figure, sempre medesime anche se sotto apparenze diverse.

Un esame comparativo di esse è ciò che lo studioso di folclore chiama « studio delle tematiche » (**Motivforschung**).

Non diversamente procede lo psicologo dell'inconscio nei confronti delle figure psichiche che appaiono nei sogni, nelle fantasie, nelle visioni e nelle idee maniacali, come nelle leggende, nelle fiabe, nel mito e nella religione. Dominano tutto questo

ambito psichico certi temi, certe figure tipiche che ci è possibile seguire molto indietro nella storia, e persino nella preistoria, e che possono dunque a buon diritto essere definiti « archetipi » (5). Essi mi appaiono inerenti la struttura stessa dell'inconscio umano, perché in nessun altro modo posso spiegarmi perché si incontrino universalmente e nella identica forma, sia che il Redentore sia un pesce, una lepre, un agnello, un serpente o un essere umano. E' la stessa figura di Redentore in una pluralità di accidentali travestimenti.

Da numerose esperienze di questo tipo sono giunto alla conclusione che la cosa più individuale per l'uomo è certo la sua consapevolezza, mentre la sua ombra, cioè lo strato superiore del suo inconscio, è molto meno individualizzata, per la ragione che l'uomo si distingue dai suoi simili più per le sue virtù che per le sue qualità negative. L'inconscio tuttavia, nelle sue principali e più prepotenti manifestazioni, può solo riguardarsi come un fenomeno collettivo che è ovunque identico e, poiché esso non sembra mai in disaccordo con se stesso, può ben possedere una mirabile unità e medesimezza, la cui natura è tuttora immersa in una impenetrabile oscurità.

Un altro fatto da considerare qui è che oggi esiste una parapsicologia, il cui oggetto sono delle manifestazioni direttamente connesse con l'inconscio. Le più importanti di queste sono i fenomeni di percezione extra-sensoriale, che la psicologia medica non dovrebbe per ragione alcuna trascurare.

Se questi fenomeni provano qualcosa, questo qualcosa è una certa relatività psichica di spazio e tempo, che getta una luce significativa sull'unità dello inconscio collettivo. Per il momento, comunque, solo due gruppi di fatti sono stati stabiliti con tutta certezza: in primo luogo la congruenza di simboli individuali e mitologemi, in secondo luogo il fenomeno della percezione extra-sensoriale. L'interpretazione di questi fenomeni spetta al futuro.

(Trad. di EDMONDO R. D'ALFONSO)

(5) Il concetto di archetipo è un esempio specificamente psicologico di ciò che in biologia è il « pattern of behaviour» Esso non ha quindi nulla che vedere con idee innate, ma solo con modalità di comportamento

(*) Pubblicate originariamente in « Dialectica» (Neuchâtel). V. 1951, 1, pp. 8-24 col titolo « Grundfragen der Psychotherapie », poi in « Collected Works». Voi. 16, London 1945, pp. 111-125, col titolo « Fundamental Questions of Psychotherapy» Qui riprodotte per gentile concessione dell'Editore Boringhieri, Torino