

Psicologia analitica e prassi psichiatrica

Gaetano Benedetti, Basilea

Pregato di esporre in quest'articolo alcune fra le mie esperienze e riflessioni sul tema, preciso anzitutto che non ho, per i limiti di tempo postumi, la possibilità di svolgere il problema a fondo, rifacendomi cioè a fonti bibliografiche. Il mio testo si limita quindi a svolgere concetti ed esperienze personali. Un'altra premessa va fatta riguardo l'uso del termine « psicologia analitica ». Intendo qui il termine su due diversi livelli:

1. come sinonimo di analisi psichica in genere, ossia come simbolo di qualsiasi psicologia (freudiana, junghiana, neoanalitica) che sia costruita sullo studio psicoterapeutico del malato psichico e sviluppi in termini psicodinamici le nostre esperienze interpersonali;
2. come convenzione semantica per distinguere l'analisi di estrazione junghiana da quella di Freud, denominata psicoanalisi. Nelle righe seguenti svolgero ambedue gli aspetti del problema.

I.

L'analisi, a rigore, non fa ancora parte della prassi psichiatrica. In Svizzera, ad esempio, le casse mutue sono obbligate a sovvenzionare un trattamento psicoterapeutico, ma non uno psicoanalitico. C'è però il fatto che il titolo di specialista in psichiatria richiede anche una sistematica preparazione in psicoterapia; e che quest'ultima a sua volta abbraccia lo studio analitico di un certo numero di pazienti, supervisioni analitiche, corsi, colloqui, seminari di lavoro analitico. Non è richiesta l'analisi didattica, a cui si sottomettono volontariamente e con notevoli sforzi finanziari oltre la meta dei candidati al titolo di specialista in psichiatria. La scissione classica fra analisti e psichiatri « conservatori » è oggi assai meno netta di quanto non lo fosse anche solo vent'anni fa. Nella maggior parte dei giovani, la coscienza analitica non è meno sviluppata di quella psicofarmacologica.

Il problema si sposta: non è solo quello dell'indicazione ad un dato tipo di trattamento psicologico; ma anche quello della struttura psicodinamica di tutti i malati psichici e mentali affetti da forme non organiche; della misura in cui concetti terapeutici di ispirazione analitica vanno applicati al di là dei singoli lunghi trattamenti individuali; ed infine anche quello della *nostra* indicazione ad esporci al male psichico. Problema, quest'ultimo, che va acquistando un'importanza sempre maggiore nella mia esperienza, e che si sventaglia in due direzioni: una più propriamente analitica, che richiede una concettualizzazione dei conflitti inconsci cui vanno esposti i terapeuti dei malati mentali; ed una psichiatrica, che ha per oggetto l'intero ospedale psichiatrico, compresi gli infermieri, gli assistenti sociali, i colleghi detentori del massimo potere sociale.

Dal punto di vista storico ricorderò che sono stati due fermenti, la psicoterapia di gruppo e la psicoterapia delle psicosi, ad allargarci l'orizzonte in questo senso, dal dopoguerra in poi. Ci si è accorti, allora, che i problemi sono sostanzialmente gli stessi di quelli dei trattamenti analitici (come resistenza, proiezioni, trans-

fert ecc); muta solo la scala sociale e il tipo di approccio a questi problemi.

Per completare questo quadro, piuttosto ottimistico, della psichiatria moderna, dinamica, permeata di spirito analitico, aggiungo il rovescio della medaglia: molte strutture permettono giuochi di potere non scalfibili dall'analisi, e nelle loro maglie la psicoterapia anche analitica sembra un orpello usato a nascondere proprio l'assenza di ciò di cui ci si vuole adomare per il di fuori.

Il problema di fondo mi sembra il seguente: in che misura l'analisi rischia di perdere la sua componente rivoluzionaria, di critica al sistema, alle forme sterili del Super-io sociale, integrandosi a queste istanze? E in che misura le istanze psichiatriche, configurandosi sempre più come psicoterapeutiche, accettando nel loro grembo il fulcro della critica e della dialettica analitica, sono capaci di accogliere come conflittualità intrasistemica quella che rimane altrimenti il triste retaggio di chi sta male affinché noi stiamo bene? Quante volte abbiamo visto in ospedale psichiatrico che un paziente schizofrenico migliora solo dopo che i suoi conflitti hanno cessato di essere solo i suoi intrapsichici, ma sono divenuti, in termini diversi, quelli del suo gruppo; ossia di un gruppo terapeutico analiticamente trasparente alla struttura psicopatologica, anche se non in funzione propriamente analitica, nel senso classico della parola.

Mi sembra consistere in ciò un grande anello di congiunzione fra psicologia analitica e prassi psichiatrica, che va molto al di là della meditazione analitica dei problemi psicopatologici del malato mentale. La presa di coscienza della conflittualità che inevitabilmente interviene in un gruppo il quale « accoglie in sé » il malato anziché solo « gestirlo », significa per tutti i membri del gruppo un aumento di dignità, di profondità della loro esistenza, della loro consapevolezza umana. Ma tale ascesa richiede sempre da parte del singolo molte cose: un suo avvicinarsi al malato non solo come sano, ma anche come colui che viene trasformato da quella stessa psicopatologia che egli vuol rimuovere; il sacrificio di interessi narcisistici, come

quello del potere, della comodità, del privilegio; al limite, una crisi di identità, da cui scaturisce la capacità di pensare analiticamente, e non solo su un piano meramente intellettuale.

In breve: l'istituzione psichiatrica che ha accettato l'analisi nel suo grembo, ha integrate in se quella critica analitica della ragion teorica e pratica che le permetterà di sopravvivere come necessaria funzione sociale anche nell'epoca delle « istituzioni negate ». Ma essa ha accolto, con l'analisi, un « nemico », che nello sforzo di ricostruire la coscienza del malato mentale non cesserà mai quello studio critico di noi psichiatri, che siamo di volta in volta i co-attori, i guaritori e gli artefici parziali di quella sofferenza.

C'è poi, oltre il problema istituzionale, di struttura, quello individualmente terapeutico, l'uso cioè della « sapienza analitica » nel colloquio psichiatrico. Fondamentale è anzitutto la trasformazione dello psichiatra attraverso l'analisi. In un volume, *Klinische Psychotherapie*, che vedrà fra breve la sua seconda edizione, mi sono sforzato di dire in 250 pagine quali sono i modi dell'ascolto, della registrazione, della risposta, del controtransfert operativo, dell'interpretazione, nel nostro incontro con i malati psichici più diversi. Non posso sintetizzare in qualche pagina tali concetti. Dico solo che le nostre lunghe analisi individuali, tanto incriminate dall'« altruismo » di quella psichiatria che non voleva vedere « pochi privilegiati » fra la massa degli infermi che essa stessa negligerà, hanno invece una grandissima funzione propedeutica e sociale: ci permettono (passando attraverso il crogiuolo di pochi incontri fondamentali) di trovare nuove modalità di ascolto e di risposta nel breve colloquio con tanti pazienti psichiatrici, che vediamo in clinica o nell'ambulatorio, talora solo per qualche seduta, in una supervisione, nei limiti del *counseling*, ecc. Adesso l'analisi ci ha insegnato a cogliere i fatti psicodinamici essenziali, un tempo considerati segni di « deviazione della norma », o psicoeredità, o misteriosa alterazione psicobiologica, e a fornire ai pazienti un'esperienza

della psichiatria che non sia quella di uno strumento usato dalla società per controllare i meno adattati. Certi sogni di pazienti perfino inguaribili o andati attraverso le trafilate delle terapie fisiche, certe interpretazioni limitate ad un breve segmento della psicopatologia, il solo abbordabile, sorgono alla mia memoria di trent'anni di prassi psichiatrica come improvvisi squarci di luce nel buio di situazioni poco modificabili. Talora trovavamo così l'avvio a episodi psicodinamici altamente significativi, addirittura risolutivi; talaltra sentivamo di aver incontrato il paziente in un luogo profondo della sua esistenza, di aver espresso una comprensione per lui significativa indipendentemente dal decorso clinico. Ecco qui l'analisi come fermento di comunione psichiatrica. Questo è valido sul piano fenomenologico ed esistenziale. Sul piano rigorosamente clinico considero le cosiddette « psicoterapie brevi », che oggi si rallegrano di una tecnica sistematica tutta nuova, come un'epifania dello spirito analitico nella prassi psichiatrica. Veniamo così al problema del limite dell'analisi nella prassi psichiatrica. Non è mutato in sé il limite, negli ultimi due decenni, ma la sua trasparenza allo spirito analitico.

Intendo dire questo: l'alternativa antica, valida al tempo del mio tirocinio in psichiatria, suonava: malato psicotico = manicomio = trattamenti fisici; paziente nevrotico — studio privato = possibile indicazione all'approccio analitico. Tale alternativa è andata perdendo di validità, sia per l'arricchimento di metodi e riflessioni analitiche dell'ospedale psichiatrico, sia per una maggiore «trasposizione di psicopatologia » dall'ospedale alla società.

Sono passati i tempi in cui, trent'anni fa, sentivo Riemke lamentarsi, in una conferenza a Zurigo, del fatto che tutti i disturbi psichici osservati in ambulatorio venissero diagnosticati, più o meno, come « nevrosi »! Basti oggi pensare all'avvezamento alla droga come un esempio di psicopatologia di massa, ove falsi apprendimenti, conflitti sociali, infantilismo psichico, situazione politica, concorrono tutti a determinare un disturbo dell'identità, in cui la nevrosi giuo-

ca, nella maggior parte dei casi, un ben piccolo ruolo. Accanto all'emergere di nuova psicopatologia, non nevrotica, abbiamo una maggiore differenziazione dell'antica psicopatologia in forme nevrotiche o meno. Lo sviluppo odierno del concetto di « struttura psicosomatica », per quanto discutibile in sede teorica, e comunque un segno del fatto, sottolineato da Braeutigam al recente Congresso di medicina psicosomatica (Stoccarda, ottobre 1978), che solo da un dieci a un venti per cento dei pazienti psicosomatici in Germania mostra problemi di sviluppo biografico classificabili come nevrosi e passibili di un trattamento analitico. Psicoterapie di gruppo, terapie della Gestalt, ergoterapie, trattamenti somato-psichici di vario tipo risultano più indicati. L'indicazione all'analisi nella cornice della prassi psichiatrica rimane limitata, anche se Strotzka ha parlato di una: « Psicoanalisi per i milioni ». La prassi analitica si configura sempre nell'incontro con un paziente il quale, per una serie di qualità della sua struttura egoica (la cui discussione andrebbe al di là di questo mio articolo), è in grado di farsi oggetto di una riflessione comunicativa, in cui egli si lascia visualizzare come una sorgente della psicopatologia familiare e sociale. È lui che « interpreta » in modo appunto nevrotico una realtà sociale che, politicamente falsa quanto si vuole, rimane tuttavia passibile di interpretazioni non nevrotiche che accrescono il potenziale di espansione individuale. Il paziente in analisi apprende come i suoi più vari disturbi, dalle ansie alle tensioni caratteriali, dalle fobie alle ossessioni, dalle conversioni isteriche alle depressioni reattive, corrispondano a dei modi erronei (psicopatologici), e in particolare iperdipendenti, iperdifensivi, ipernarcisistici, ambivalenti ecc, di interpretare inconsciamente le contraddizioni e le frustrazioni dell'ambiente.

Attraverso il sottile giuoco del transfert egli impara a conoscere le sue proiezioni, le sue rimozioni, le sue introiezioni arcaiche, le sue simbiosi, le sue deformazioni difensive di una realtà sociale, che ai tempi di Freud era considerata come la realtà ultima, a cui

era necessario adattarsi per raggiungere un livello di salute psichica.

Oggi, questo concetto guida di realta appare sempre piu discutibile. E' proprio perchè tale discussione avviene anche sul terreno analitico (ove l'analista, come ha sostenuto recentemente Parin — Congresso di medicina psicosomatica, Stoccarda 14-10-1978 — si presta anche in analisi a discutere il suo condizionamento dalle istanze sociali), falso e il rimprovero mosso dai critici politici del sistema sociale ad una prassi analitica che starebbe a servizio del sistema stesso e mirerebbe cosi inconsciamente alla conservazione dei valori sociali tradizionali. Tuttavia, il punto centrale della nostra tesi rimane valido: nella prassi rigorosamente analitica l'individuo ricerca in se stesso, con l'aiuto del suo analista, la o una causa maggiore della sua psicopatologia, e attraverso tale insight si modifica. Solo una minoranza di individui è in grado di porsi in questo modo di fronte alla sofferenza: non solo perchè questa non ha sempre un'origine intrapsichica-biografica-evolutiva, e si alimenta invece di forti dimensioni socioreattive; ma anche perchè essa talora, e spesso nel nostro tempo presente, pur se di origine nevrotica e infantile, toglie all'lo quelle capacità di introspezione e autofrustrazione che sono necessarie per una correzione analitica. E' qui che si configura concettualmente la chiave di volta in cui si innestano tutte quelle altre psicoterapie, che ben rientrano nell'arco della prassi psichiatrica — questa non è solo nosologia, né solo terapia fisica, ma anche terapia psicologica, nel senso lato della parola — e in cui l'esame riflessivo di se è sostituito, ad esempio, dal discorso con le fonti extraindividuali della psicopatologia: come nell'acting out della terapia della Gestalt, dello psicodramma, del « grido iniziale », o nella discussione della comunita terapeutica. L'individuo qui reagisce, nello schermo della protezione psichiatrica, alla violenza sociale che lo ha leso. Tutto cio è necessario perchè corrispondente sia ai limiti egoici di molti pazienti, sia a quelli di tempo di molti psichiatri, sia infine al problema di una fonte sociale della psicopatologia — la quale, specialmente nei nostri tempi di

crisi, non va solo esaminata nei termini di difesa e mancata elaborazione, ma in quelli di verbalizzazione di essa e di superamento simbolico nell'ambito di rapporti interpersonali in funzione terapeutica. Giungo così a chiudere l'arco delle mie riflessioni: questa concettualizzazione della terapia psichiatrica non analitica è essa stessa di origine analitica, richiede cioè una riflessione della situazione antropologica e sociale effettuata dai teorici con mezzi di pensiero analitici. In conclusione, il problema del rapporto fra psicologia analitica e prassi psichiatrica mostra diverse dimensioni, di cui ne ho brevemente trattato quattro:

1. la trasformazione dell'ospedale psichiatrico attraverso il fermento analitico;
2. l'introduzione di spunti, aperture e segmenti analitici in trattamenti psicologici e psichiatrici non analitici;
3. il limite fra analisi e prassi psichiatrica, ossia il classico problema dell'indicazione, riveduto alla luce della personalità dell'uomo d'oggi;
4. la trasparenza di tale limite alla concettualizzazione analitica, che consciamente o inconsciamente permea di sé la funzione dinamica di terapie non analitiche.

II.

La seconda parte del mio articolo si rivolge a un « fuoco » più ristretto, quello dei rapporti fra prassi psichiatrica e psicologia analitica come termine dato dalla scuola di Jung al trattamento analitico, inteso quale alternativa alla « psicoanalisi » di Freud. Non nascondo una certa difficoltà a svolgere il tema su questo secondo livello, in quanto non appartengo, e per affiliazione e per sufficiente apprendimento, alla scuola junghiana. I motivi che mi hanno tuttavia indotto ad accettare l'invito sono i seguenti: Quale conoscitore dell'opera di Jung mi sono sentito in parte il suo continuatore all'epoca in cui, fra il 1950 e il 1960, ho introdotto la psicoterapia delle psicosi, e in particolare della schizofrenia, nella clinica psichiatrica dell'università di Zurigo, il ben noto Burgholzli, che nel primo decennio del secolo vide il sor-

gere della psicologia analitica, già prima della rottura di Jung con Freud nel 1913.

La mia collaborazione con Manfred Bleuler, il direttore della clinica, era una « reintroduzione » di quella psicoterapia della schizofrenia che era nata dall'incontro fra Jung e il padre di Manfred, Eugen Bleuler, a cui dobbiamo l'inizio della dimensione psicologica nella prassi psichiatrica.

E che altro non era, allora, la psicoterapia della schizofrenia, se non l'inizio di quella scoperta, da cui Jung trasse ispirazioni fondamentali per la sua psicologia, e cioè il suo primo contatto con gli archetipi? Da diversi colloqui personali avuti con Jung mi sono persuaso come egli sia arrivato ad una prima percezione della struttura archetipica della nostra psiche proprio attraverso il contatto psicoterapico con gli ammalati più gravi, quali appunto gli schizofrenici, in cui l'Inconscio ci si rivela immediatamente. E' certo che l'opera di Jung è stata per me ispiratrice nella psicoterapia di pazienti schizofrenici, e perciò nello sviluppo della mia attitudine mentale verso la prassi psichiatrica in genere. Poichè per psicoterapia delle psicosi io non intendo solo la psicoterapia « analitica » di pochissimi pazienti, estesa nel singolo caso a centinaia di ore, ma appunto quella apertura alla prassi psichiatrica, all'incontro psicologico col malato psichico grave, che ci viene proprio dal trattamento prolungato di alcuni singoli pazienti, facendoci vivere in essi la struttura del profondo, posso dire che l'ispirazione proveniente da questo tipo di lavoro analitico si prolunga alla prassi psichiatrica. Ma non voglio qui restare nel termine vago di ispirazione. Voglio piuttosto mostrare nelle righe seguenti la mia persuasione che l'ideologia psicologica di Jung ha aspetti particolarmente operativi nel trattamento del, e nell'incontro con, il malato psichico grave. Che effettivamente la psicoanalisi ortodossa, quella adottata nei primi decenni del secolo, ancora senza modificazione sostanziale di tecnica nel trattamento di pazienti psicotici, rappresentasse uno strumento terapeutico alquanto pericoloso, causa cioè non infrequente di notevoli ansie e addirittura di nuovi scom-

pensi psicotici, divenne ben presto così patente, che non mancarono voci a dire che la psicoanalisi era controindicata nel trattamento di malati psicotici. Vedi a tal proposito le argomentazioni di E. Kockel, di estrazione freudiana, e la sua tesi che i sogni degli schizofrenici non vanno interpretati, non essendo l'io malato capace di reggere a tali interpretazioni, e anche per la predominanza di elementi distruttivi nella vita onirica dei pazienti.

La mia esperienza con malati psicotici è stata invece tale che posso azzardarmi a discutere con loro un sogno, perfino quando tale frammento di analisi è inserito in una guida essenzialmente psichiatrica del paziente, al di fuori quindi della « grande analisi » Ritengo che questa mia capacità di incastonare frammenti di analisi in un trattamento anzitutto psichiatrico mi derivi anche dalla dimestichezza col lavoro di Jung, e dall'impressione personale ricevuta dal suo vivere il sogno e l'allucinazione assieme al malato. Probabilmente da queste prime impressioni è nato il mio successivo concetto che la « dualizzazione » di simboli è assai meno lesiva per il paziente grave che non la « riduzione » psicoanalitica. Desidero esporre la mia tesi nei seguenti sette punti, limitandomi naturalmente a quegli aspetti del mio pensiero che hanno una radice storica e nascono appunto dalla mia percezione della « psicologia analitica » nell'incontro con l'oggetto della prassi psichiatrica, il malato mentale.

1. Jung ha per primo, nella storia della psicoanalisi, sottolineato che oggetto della rimozione psichica non sono solo le pulsioni istintuali, le fantasie sessuali ed aggressive, i desideri censurati dal Super-io familiare, sociale, intrapsichico, ma anche, in molti casi, quegli aspetti potenzialmente creativi della personalità, ora inferma, che non furono sufficientemente corrisposti e così avviati, umanizzati, dialettizzati nel dialogo primario dell'infanzia (Il vocabolario è mio; i termini rendono solo il mio modo di vedere la sostanza delle cose).

Questi aspetti, essenzialmente positivi, sono rimasti in ombra e hanno finito col passare nel bagaglio in-

conscio di quelle parti dissociate della personalità, che si manifestano poi solo attraverso la psicopatologia, ossia attraverso la distorsione psicotica di ciò che sarebbe stato un modo di affermarsi, una nostalgia di affetto, un coraggio di ribellione se il paziente avesse potuto attraverso gli altri avvicinarsi a se stesso. Adesso, nella psicosi, la nostalgia di affetto è divenuta la voce di una prostituta; la ribellione è proiettata nel delirio di una macchina infernale che deve far saltare il cosmo, e cos! via.

Scoprire gli aspetti positivi, creativi della personalità, lasciarsene permeare nell'incontro (anche solo psichiatrico!) col malato psichico grave, intuendo anche attraverso brevi squarci di sogno o di delirio il tessuto prezioso nascosto nella polvere della disintegrazione, e un dare al paziente — magari solo attraverso il silenzio empatico dell'ascoltatore partecipe e intelligente, e qualche brevissimo commento — una possibilità di recupero nello specchio dell'identificazione psichiatrica.

Non so in che misura sto svolgendo questo pensiero attraverso le *mie* esperienze; ma la priorità di Jung, nella scoperta di aspetti positivi dell'inconscio mi sembra riconosciuta nella letteratura internazionale; così da C. Thompson.

Ritengo che, per quanto grandi possano essere le resistenze del paziente psicotico, tuttavia la comune scoperta dei lati positivi rimossi della sua personalità non è, allo specchio della subiettività sofferente, così traumatizzante come quella dell'invidia kleiniana, o del desiderio di morte contro il partner edipico. L'insight qui non è disintegrante, ma è piuttosto testimonianza del profondo rispetto terapeutico per la personalità sofferente, ed anche del suo amore per essa. Jung non ha mai parlato come altri dopo di lui, da Ferenczi fino a Rosen, di « amore terapeutico »; ma io ho sentito questo elemento presente nella valutazione positiva di tanti aspetti della psicopatologia — dall'analisi alla prassi psichiatrica. 2. Ricordo un colloquio con Jung, nella sua casa all'Obersee, in cui egli mi parlava del modo in cui aveva risposto alle allucinazioni astruse di una paziente schi-

zofrenica al di fuori dell'analisi. Si era avvicinato al suo scaffale di libri, aveva tirato fuori un volume, aperta una pagina e aveva detto alla paziente che lui trovava cose simili a quei vissuti, terribili per l'inferma, nelle esperienze di individui anche sani, appartenenti ad epoche e culture lontane; che non c'era nulla di incomprensibile e di terribilmente personale in ciò che anche lei stava rivivendo. La paziente si sentiva accolta nella grande cerchia dei vivi e dei morti, che erano come lei, attraverso la persona dello psichiatra.

Siamo qui nel tema degli archetipi. Non mi interessa qui discutere il concetto di archetipo entro il modello metapsicologico o psicodinamico; ma piuttosto la possibilità di approccio psicoterapeutico anche limitato alla prassi psichiatrica, la potenzialità di incontro che entro tale concetto la psicologia analitica apre, al limite, anche alla prassi psichiatrica. L'incontro col paziente psicotico non deve mai essere così breve, come ci dice Sullivan, da lasciarlo solo dopo aver toccato nel colloquio con lui dei punti ansiogeni; ma può anche conchiudersi dopo aver messo degli accenti universali di abbraccio su ciò che sembra scindere l'Io. Ricordo al Burgholzi pazienti simili, che si ricordavano per mesi di tali brevi colloqui con me. 3. È di Jung il pensiero che il simbolo non è solo il segno di una realtà razionale, traducibile interamente nel concetto, ma piuttosto la presentazione di ciò che può essere afferrato solo nella misura del simbolo stesso. Questo modo di pensare, che per un certo verso si avvicina alla dimensione fenomenologica nell'interpretazione dei mondi psicopatologici, pone noi psichiatri nell'atteggiamento di ascolto; di un ascolto che permette al paziente, attraverso il simbolo, il sogno, l'allucinazione, l'immagine e persino il delirio, di giungere a se stesso — nella misura in cui il nostro ascolto aumenta la « viabilità del simbolo per il Se » — senza invece manipolarlo concettualmente nel suo uso di segno razionale. Ancora una volta, è la malattia psichica grave, che sembra talora erompere da profondità irrazionali dell'essere, a richiedere, nell'analisi come nella prassi psichiatrica, questo

concetto dell'immagine psicopatologica quale simbolo altrimenti ineffabile del paziente; simbolo che comincia a parlare a lui solo dopo che esso ci ha raggiunti.

4. Nella psicoanalisi classica, è il paziente che deve fare delle associazioni sul sogno, estraendo così da esso il pensiero latente. Ma egli non può farlo quando tali associazioni non ci sono, o conducono a profondità terrifiche, come in tutti quei pazienti psichiatrici gravi, in cui esiste una controindicazione all'analisi. Nella psicologia analitica del malato psicotico, sia entro l'analisi vera e propria come anche in quei contesti della prassi psichiatrica in cui noi ci soffermiamo a meditare col paziente il contenuto manifesto di sogni e rappresentazioni che egli spontaneamente ci comunica, è il terapeuta che fornisce associazioni al sogno del paziente.

Jung ha chiamato amplificazione tale processo terapeutico. Esso va, nella mia esperienza, fin verso la « fantasia terapeutica », che aggiunge un elemento creativo di amore alla lugubre veste del sogno psicotico. Infatti l'amplificazione non è mai, a mio parere, veramente obiettiva, anche se fondata sull'erudizione, ma è sempre una scelta di possibili riferimenti da parte dell'osservatore; ossia quella scelta rivoluzionaria che il paziente non sa e non può mai fare da solo e che capovolge la psicopatologia in un atto di dualizzazione. Ciò è così vero che nessun paziente psichiatrico, visto da me per solo qualche intervista, e insieme al quale ho meditato un sogno o un simbolo, è mai andato via con la sensazione di venire perseguitato nel contesto dell'esame psichiatrico; di venire alienato, reificato dalla mia interpretazione.

Il paziente psichiatrico anche grave, sebbene chiuso nella sua psicopatologia psicotica, percepisce una dimensione spirituale dell'esistenza anche quando non può rispondervi.

5. Un altro concetto di Jung, che per me è stato significativo sia in analisi che nel corso di tutta la prassi psichiatrica, e che oggi mi risulta accettato e condiviso dall'intera psicoanalisi, è che il terapeuta si trasforma egli stesso assieme e attraverso il suo paziente; che il processo terapeutico è duale. Questo,

per me, non vale solo a riguardo dell'analisi, ma anche negli stretti limiti temporali della prassi psichiatrica. Ricordo singole consultazioni ove il riconoscimento creativo dell'umana miseria, mia e del paziente, dava ad ambedue i viandanti, incontratisi per un attimo nei loro diversi cammini di vita, la sensazione precisa che ciascuno avesse ricevuto qualcosa dall'altro.

6. E' stato Jung a scoprire, contemporaneamente ad Adler e a Rank, ognuno secondo diversi parametri, l'importanza dell'esperienza postnatale, di alimentazione, nutrizione, dipendenza, simbiotica e non solamente sessuale, fra madre e figlio.

Per quanto perversa o autistica tale esperienza possa essere stata, lo psichiatra che anche nella prassi psichiatrica sa di questi fenomeni, si propone inconsciamente o consciamente ai suoi pazienti come un tentativo di esistenza che comprende l'altrui per accoglierlo.

Solo il paziente in analisi è in grado di ricostruire assieme al suo analista la sua via crucis sessuale. Ma la lacuna narcisistica dell'insufficiente accettazione in questo mondo, anche se spesso non ricostruibile dai dettagli della memoria, è qualcosa di impresso nel modo stesso in cui ogni paziente psichico grave si rivolge a noi sani, per rinnovare o evitare quell'esperienza. Anche qui, certe parole di commento che cadono durante l'intervista psichiatrica sono come la cadenza delle cose, il fermento umano presente nell'incontro.

7. La terapia ha per Jung una dimensione eminentemente ed esplicitamente prospettica — prefigurazione del futuro e non solo ricostruzione meticolosa del passato — (Adler in questo è andato, erroneamente, al di là di Jung, non dando più sufficiente importanza al passato).

La ricostruzione sistematica del passato è quanto mai significativa in tutte le analisi; non è possibile tuttavia nella prassi psichiatrica (tranne una breve « anamnesi »), per ovvii motivi di tempo, e perchè frammenti del passato che eventualmente vengono precocemente alla luce non possono essere integrati nella coscienza senza nuove ansie e dissoluzioni.

Ma la psiche umana è costruita in modo che c'è implicita in ogni sintomo la domanda all'esistenza se essa è o no in grado di raccogliere attraverso i partner del paziente il messaggio.

Parecchio di ciò che la psicologia dinamica ha detto in questo campo con parole diverse — ad esempio psicosintesi come alternativa dialettica all'analisi — si rifa alle esperienze di Jung con pazienti psicotici. Se è vero, da un canto, che molti pazienti nevrotici devono vivere nella ricostruzione e nell'analisi del transfert certi aspetti distruttivi della loro esistenza, è pur vero nella mia esperienza che la prassi psichiatrica trae respiro dal concepire taluni sintomi come « compensazione », patologica sì, ma in cerca di auto-correzione, dietro la « coazione a ripetere ». Chiudo questi brevi cenni con la convinzione che la « psicologia analitica », se non ha fornito al trattamento psicologico di pazienti nevrotici un corpo di dottrine psicodinamiche così coerente, complesso, passibile di nuovi sviluppi teorici, come ha fatto la psicoanalisi, ha aperto alla prassi psichiatrica e alla psicoterapia delle psicosi il meglio della psicologia del profondo.