

# Psichiatria e psicologia analitica

*Antonino Lo Cascio, Roma*

In questo volume si è inteso trattare dei rapporti intercorrenti tra psicologia analitica e psichiatria. In questa introduzione cercherò di definire cosa è la psichiatria oggi e cosa può rappresentare la psicologia analitica nelle sue articolazioni terapeutiche, al fine di verificarne le possibili interrelazioni. Il quadro all'interno del quale tali relazioni possono svolgersi è limitato all'ambito italiano che a sua volta potentemente influenza la qualità e la quantità dello scambio. La sistemazione generale del paese, nella sua polimorfa realtà che contempera condizioni sociali fortemente differenziate, stenta a trovare pur nel continuo mutamento del suo assetto economico, politico e sociale una mutazione; cioè quel salto di qualità che, offrendo al futuro degli spazi di praticabilità, permetta ad ogni individuo di trovare nel presente una collocazione esistenziale che non tenda a slittare nel registro dell'alienità. In questa situazione generale di disagio si trovano al contempo sia l'individuo, sia la psichiatria. La crisi della psichiatria si era aperta « ufficialmente » dieci anni or sono, anche se fermenti di revisione erano già

presenti tra gli operatori a partire dalla deflazione che si era avuta con le prime consistenti verifiche sulla reale portata degli psicofarmaci. Già a partire dagli anni cinquanta erano poi vivaci gli scontri tra « organistici » e « psicodinamisti » (1), ma la portata del dibattito rimaneva improduttiva all'interno della dimensione medica. All'epoca era la visione psicanalitica che rappresentava la provocazione all'acquisito. Le voci dei malati non valicavano i muri dei manicomi e la loro sofferenza di esclusi veniva colta *come tale* solo da alcuni fra i tanti « sorveglianti della follia » (2). Dopo il '68 le contraddizioni della psichiatria sono divenute materia di conoscenza collettiva e l'opinione pubblica ha funzionato da cassa di risonanza (3). Si è allora rapidamente, e ad opera di pochi, passati a visioni completamente opposte, spesso a carattere trionfalistico, frutto di analisi superficiali. La malattia mentale è stata negata, i farmaci sono stati paragonati ai manicomi, tutti i terapeuti considerati come funzionari del consenso. Molta confusività (4), che tuttavia ha permesso agli studi di psichiatria sociale di conoscere ampia diffusione e di indicare le radici lontane, sovraperpersonali, del conflitto individuale (5). In tale fervore di attività gli strumenti critici si sono moltiplicati (6), rivolgendosi spesso anche contro se stessi e dimostrando non solo le false coscienze di molta « scienza » ma anche l'ideologizzazione di molte analisi. Mentre la vivacità dei discorsi e delle polemiche lasciava lentamente posto alla riflessione costruttiva (7), improvvisamente, dal Parlamento, è giunta una nuova legge sull'assistenza psichiatrica. La n. 180 del maggio 1978, ora pienamente assorbita nel piano di riforma sanitaria nazionale varato il 1° gennaio di quest'anno, ha avuto una gestazione precipitosa ed una nascita affrettata. I motivi di ciò risiedono essenzialmente nella necessità di impedire che uno scriteriato referendum facesse di colpo regredire le istanze di liberazione che da ogni manicomio si levavano (8).

La nuova legge stabilisce regole psichiatriche veramente innovative e rappresenta dunque l'aspetto legislativo di una mutazione. Tuttavia, le coscienze dei

(1) « In tema di causalità psichica in alcune malattie mentali », in coll. con M. Bartoloni, *Annali di Freniatria e Scienze Affini*, 78, 1, 1965, p. 19. Per rendere operante il criterio di *soggettività a confronto*, di cui dirò in seguito a proposito del tema dell'obiettività scientifica, ho ritenuto opportuno in questo saggio introduttivo citare in bibliografia soltanto quelle riflessioni, esperienze e dati di cui ero a diretta conoscenza e dei quali potevo rispondere personalmente. Tanto al fine di stabilire direttamente un reale clima di scambio tra la mia soggettività e quella del lettore.

(2) « La situazione della psicoterapia nell'Ospedale S. Maria della Pietà », in *La Psicoterapia in Italia e la formazione degli psichiatri*, a cura del Centro Studi di Psicologia Clinica, Milano, 1965, p. 47.

(3) « Dalle contraddizioni dell'istituzione manicomiale alla nascita di una cultura istituyente », in coll. con S. Mellina, // *Lavoro Neuropsichiatrico*, 56, 1-2, 1974, p. 277.

(4) « A proposito di alcune tesi sull'antipsichiatria », // *Lavoro Neuropsichiatrico*, 56, 1-2-3, 1975, p. 318; « Cultura - istituzione ■ follia: fenomenologia manicomiale di una conflittualità tra vecchio e nuovo », in coll. con S. Mellina, // *Lavoro Neuro-psichiatrico*, 56, 1-2, 1975, p. 9.

(5) « Lineamenti di una psicodinamica individuale dell'esperienza migratoria », in coll. con F. Pa-

riante, in *Psicodinamica e sociodinamica della migrazione interna*, Roma, Il Pensiero Scientifico, 1975, p. 38; «Anamnese d'un echec: considerations sociopsychiatriques sur le rapatriement des emigres », in coll. con S. Mellina e M. Rosati, Relazione alla II Seance du Colloque Mediterranéen d'Aix en Provence, 3-5 Oct. 1977, in *Rapport Provisoire du Colloque*, a cura di Cl. Veil. Neully sur Marne, 1978, p. 31; « Nuovi problemi sociopsichiatrici posti dalla migrazione di ritorno », in coll. con S. Mellina, *Rivista Sperimentale di Freniatria*. 102, 2, 1978.

(6) « In tema di psicoterapia istituzionale: missionarismo nella colonia manicomiale », in coll. con S. Mellina, // *Lavoro Neuropsichiatrico*. 56, 1-2-3, 1975, p. 243; « Apprendimento e formativita in una cultura psichiatrica di transizione: progetto per una formazione globale dell'infermiere psichiatrico a partire dalla realta attuale dell'ospedale », in coll. con S. Mellina, F. Pariante, *Riv. Psichiatr.*, X, 4, 1975, p. 316; « In tema di tolleranza nell'Ospedale Psichiatrico: un contributo socio-psicologico alla conoscenza della vita intrastituzionale », // *Lavoro Neuropsichiatrico*, 57, 3, 1975, p. 232.

(7) « Contribution a la elaboration d'une methodologie socio-psychiatrique », in coll. con S. Mellina. Relazione alla VI Seance du Colloque Mediterranéen d'Aix en Provence, 3-5 Oct. 1977, in *Rapport Provisoire du Colloque*, cit., p. 128; « Realta e possibility nell'evoluzione della psichiatria del presente », in coll. con S. Mellina, *Rivista Sperimentale*

piu sono risultate ancora spreparate a rinunciare all'ospedale psichiatrico come *dumping ground* della follia ed a convivere con il disturbato psichico ad esempio in una corsia di un ospedale generale. Le difficoltà poi ad applicare la legge nei suoi aspetti più positivi come l'assistenza reale sul territorio (9) — e cioè fuori degli ospedali, che devono rappresentare solo un momento eccezionale e comunque breve nel trattamento assistenziale — ha portato per le carenze dei servizi decentrati ad inasprire i mugolii della maggioranza silenziosa, sempre pronta a sostenere operazioni di retroguardia e di restaurazione. Dopo anni di inefficienza è difficile improvvisare soluzioni valide e capaci di rendere pienamente utilizzabile questa legge che può essere considerata nel presente solo un programma da realizzare. Nel tempo, tuttavia, gli effetti non potranno mancare e non mi riferisco qui solo ai risultati assistenziali. I riflessi della nuova legge saranno infatti inevitabili sul piano della maturazione degli individui e, specificatamente, su certi aspetti non solo formali della psicopatologia. E' difficile difatti pensare che certe componenti del « pericolo » rappresentato dai « matti » non fossero anche l'effetto feed-back della precedente legge del 1904 imperniata sulla *custodia* della pericolosità di un individuo e che invece regole di assistenza profondamente diverse non inducano risultati, pure nella cifra-tura psicopatologica, ben diversi.

Volendo passare ora a discutere su cosa è oggi la psichiatria si incontrano subito non poche difficoltà: non è possibile infatti fornire un quadro globale delle posizioni psichiatriche teoriche, laddove la messa a punto della teoresi emerge dal lavoro critico estratto dalla prassi. Evidentemente, le conclusioni dipendono dalle situazioni affrontate, sempre diverse e difficilmente sovrapponibili, ed anche dagli strumenti utilizzati per le elaborazioni teoriche. L'ausilio della sociologia, dell'economia politica, della psicologia del profondo ha portato alcuni operatori, piu legati al concreto dell'assistenza, a riaffermare in mode nuovo e ben differenziato l'esistenza della malattia mentale, quale

primo risultato critico di quella fase di entusiasmo revisionista che aveva caratterizzato l'esplosione della identificazione fra pubblico e privato. Con tutta evidenza questo movimento non si allinea con la psichiatria classica che fa dello psicofarmaco e delle tecniche, repressive in quanto si rifanno ad un modello preformato, le armi per ottenere una guarigione intesa come decapitazione del sintomo. Al contrario la psichiatria avanzata ha cercato la sua demedicalizzazione ed il restringimento del suo campo di intervento per evitare la psichiatrizzazione. Nonostante le difficoltà nello stabilire una nuova professionalità, non vi è dubbio che molto è avanzata la conoscenza della follia ed in questo avanzamento si è registrato il riaffermarsi delle teorie e prassi analitiche rivisitate in chiave sociale. Tra i contributi teorici stranieri più significativi mi pare si sia situata l'opzione di un Lorenzer, dotato di un apparato filosofico-analitico di prima qualità. Il filone antipsichiatrico inglese, che richiede soprattutto applicazione, sembra essersi affermato più nelle librerie che nei luoghi di assistenza. In Italia il ricordato polimorfismo di esperienze, di ritardi, di assenze e di interventi fa sì che ancora Franco Basaglia si costituisca come unico importante punto di riferimento di una nuova prassi psichiatrica che tuttavia non riesce a superare il limite rappresentato dalla patologia della metropoli (10). Le grandi città vedono esperienze e tentativi isolati, centrati sulle tecniche psichiatriche alternative (interventi domiciliari, gruppi-terapie, sussidi per i casi « sociali », istituzioni di casa-famiglia, piccole comunità agricole e di lavoro, clubs, ecc.) senza che la impreparazione di alcuni e l'assenza di incentivi seri permettano ancora al lavoro psichiatrico di incidere significativamente sul contesto globale dell'assistenza.

La psichiatria accademica avanza sempre le sue pretese ed il suo potere con l'effetto frequente di confondere l'opinione pubblica, sollecitata spesso nelle sue zone d'ombra, e di alterare i termini del problema sostenendo di fatto la necessità del ricovero e l'uso

*tale di Freniatria*, 102, 5, 1464, 1978.

(8) « Il contesto legislativo dell'assistenza manicomiale: una critica per il superamento delle leggi vigenti », Relazione al Convegno « La responsabilità dell'operatore psichiatrico in osservanza delle leggi vigenti », a cura del Comitato Promotore degli Operatori Democratici del « S. Maria della Pietà » per il superamento dell'Ospedale Psichiatrico. Roma, 18 giugno 1977. In corso di stampa a cura dell'Assessorato all'Assistenza Psichiatrica della Provincia di Roma.

(9) « Venti anni di psichiatria: dalla Comunità Terapeutica alla politica del territorio », Recensione a M. Jones, *Al di là della Comunità Terapeutica, Il Lavoro Neuropsichiatrico*, 58, 1-2-3, 1976, p. 436.

(10) « Dalla madre agra alla collettivizzazione del temenos », Recensione a A. Scala, *Una città per l'uomo, Il Lavoro Neuropsichiatrico*, 59, 3, 1976, p. 298.

degli psicofarmaci, fonti di lucro ed al contempo di sperpero.

Alcune esperienze alternative hanno tuttavia permesso di intaccare il sapere-potere degli ambiti accademici. A titolo di mero esempio si possono citare al riguardo i risultati, parziali e da convalidare, ma già significativi a proposito del concetto di « gravità psichiatrica » (11).

(11) « Dalla socioterapia alla revisione dei concetti di prognosi psichiatrica: a proposito della migrazione di ritorno », in coll. con S. Mellina, M. Rosati, // *Lavoro Neuropsichiatrico*, 62, 1-2, 1978, p. 113.

Operando su casi a chiara determinazione sociale, chi scrive ha potuto verificare come trattamenti psicoterapeutici in equipe, basati sulla decodificazione della sofferenza espressa a livello psichiatrico, ottenessero più frequentemente risultati positivi in casi di psicosi che in situazioni di psiconevrosi reattive. Così ad esempio nel caso degli « emigrati di ritorno » è stato possibile sciogliere delle strutturazioni deliranti, mentre si è dovuto registrare l'insuccesso di fronte a vissuti di depressione e di ansia reattivi presentati da altri pazienti egualmente respinti dalle rigide economie di quei paesi europei che abitualmente sfruttavano la mano d'opera italiana. Al classico criterio di gravità derivante unicamente dall'inquadramento nosografico si era potuto sostituire il concetto di « distanza elaborativa ». Con tale formulazione si è inteso indicare la quantità dell'ingerenza del processo primario nell'elaborare l'*erlebnis*. Quando il sintomo rimane per il suo aspetto contenutistico relativamente attinente agli avvenimenti del reale, interpretandolo, la « distanza » è considerata minima e l'approccio terapeutico facilitato; quando il sintomo subisce nella sua costituzione un più ampio intervento dei meccanismi che caratterizzano l'operare dell'Inconscio, la distanza dalla realtà aumenta fino a cancellarla e l'intervento diviene più complesso e difficile. La metodologia consiste, ovviamente, nello studio accurato dell'anamnesi che permette poi all'intervento psicologico di ristorificare l'individuo riconducendo la sua « realtà psichica » a quella realtà sociale che ha concorso nell'indurre quel disagio che si è tradotto in « malattia mentale ». Certo per il paziente il risultato di queste guarigioni è sì la cessazione della

sofferenza a livello psichiatrico ma non certo la « normalizzazione »: al paziente viene riconsegnato il suo disagio sociale ma anche la possibilità di svolgere a livello collettivo quelle giuste forme di lotta contro le ingiuste leggi del profitto.

Lo psichiatra impara così a non porsi come funzionario del consenso ed a restituire al sociale un individuo non più ottuso dall'effetto dei farmaci, né chiuso nel suo disagio privato ma pronto e motivato a partecipare responsabilmente alla vita collettiva. In altre situazioni in cui il condizionamento sociale ed economico prevale sugli aspetti biologici, come nel caso della patologia della terza età, si è potuto vedere come molte « affezioni caratteristiche della vecchiaia » sono con tutta chiarezza il mero risultato di un effetto alienante che dall'esterno ricadeva sull'anziano improduttivo (12).

Anche il concetto di diagnosi è stato sottoposto a revisione: per la sua carica reificante può anche essere considerato un atto alienante che lo psichiatra perpetra su di un oggetto già alienato, aumentando così la distanza tra normale e patologico e complicando le possibilità di un rapporto terapeutico. La diagnosi, spesso vissuta come un atto « sacro », il distillato del prestigio professionale dello psichiatra, è di fatto un atto mentale che non emerge dalla conoscenza bensì dal pregiudizio e cioè da un giudizio estrinseco calato sui sintomi in sé ed irrelato alla storia di quello specifico individuo che è costretto ad esprimersi nella misteriosa cifra della psicopatologia (13). È evidente che la diagnosi, figlia prediletta della nosografia, non può giovare delle fondamentali correzioni che sia la psicologia del profondo sia le nuove conoscenze sociopsichiatriche hanno apportato all'apparato psichiatrico classificatorio di stampo lineare. Certo si può dire che dalla diagnosi discende la prognosi e da questa la terapia e dunque il programma di intervento. Tuttavia, se si può incrinare il criterio classico di gravità grazie ad un diverso approccio, si può allora parallelamente trasformare una prognosi. Basti pensare come certe diagnosi in casi

(12) « Per una relativizzazione del concetto di *vecchiaia*: considerazioni sociologiche e psicopatologiche », // *Lavoro Neuropsichiatrico*, 55, 3, 1974; « Psicopatologia del contesto della vecchiaia: contributo fenomenologico alla conoscenza del *Lebenswelt* della terza età », in coll. con S. Mellina, // *Lavoro Neuropsichiatrico*, 56, 1-2-3, 1975, p. 1; « La realtà clinica e sociale della vecchiaia e la sua riduzione trattatistica », Recensione a B. Pitt, *Manuale di Psicogeriatrica*, // *Lavoro Neuropsichiatrico*, 57, 1-2, 1975, p. 363; « Correlazioni tra psicopatologia del vecchio e spazio sociale », in coll. con G. Francesconi, S. Mellina, // *Lavoro Neuropsichiatrico*, 58, 1-2-3, 1976; « La Società e il campo di desiderio dell'uomo della terza età: psicopatologia di un conflitto », in coll. con G. Francesconi, S. Mellina, // *Lavoro Neuropsichiatrico*, 58, 1-2-3, 1976; « Considerazioni su benessere sociale e salute mentale nell'anziano », Relazione al Convegno su « Una moder-

na assistenza psichiatrica in rapporto alla riforma sanitaria », Potenza, 23-24 febbraio 1978. In corso di stampa a cura dell'Amministrazione Provinciale di Potenza.

(13) « La diagnosi come delega alienizzante », in coll. con S. Mellina, Relazione al Simposio « Nosographie et Politique », VII World Congress of Social Psychiatry, Lisbon, Portugal, Oct. 8-14, 1978. In *Preliminary Abstracts*.

(14) « Il concetto di prepsicosi », // *Lavoro Neuropsichiatrico*, 55, 3, 1974, pp. 216 e 223.

(15) Corsivo mio.

(16) « Contributo alla conoscenza del fenomeno della proiezione », // *Lavoro Neuropsichiatrico*, 51, 1, 1972, p. 115.

(17) « Influenze socio-familiari sull'ospedalizzazione psichiatrica della donna », in coll. con S. Mellina, M. Rosati, // *Lavoro Neuropsichiatrico*, 60, 3, 1977, p. 135. Vedi anche recensione a G. Morandini, « ... e allora mi hanno rinchiusa », in AA.VV., *Esistere come donna*, Venezia, Marsilio Editori, 1977, p. 233.

di border-line abbiano appiattito la richiesta di rapporto che certe condizioni prepsicotiche rappresentano, definendone il destino (14). E d'altronde, quando si parla di terapia mediata da strumenti psichici (e non fisici o chimici) ci si può riportare a Freud che nel 1895 criticando la psichiatria diceva: « non saprei chiarirmi un caso ... in modo migliore che sottoponendolo ad un'analisi ». E continuava: « Se penso alla diversità che esiste normalmente nel mio giudizio *prima* e *dopo un'analisi* del genere, mi sento quasi tentato di considerare quest'analisi indispensabile per la conoscenza di una malattia... » (15).

L'ultimo elemento di difesa della diagnosi è rappresentato al livello tecnico dalla necessità di pre conoscere la struttura del paziente al fine di aiutare il terapeuta ad impostare il rapporto in maniera adeguata. Si invoca sempre la diversità di approccio che necessita la psicosi rispetto alla nevrosi ma in realtà lo psichiatra critico e avveduto, che ha saputo apprendere anche solo la lezione degli antropofenomenologi, ha da tempo rinunciato alle « ricette di comportamento » e le ha sostituite con quell'autenticità che gli deriva da un'approfondita conoscenza di se che gli permette di porsi sempre in maniera corretta di fronte al paziente.

La diagnosi può trovare poi particolari applicazioni di ordine proiettivo (e quindi con un « vantaggio secondario » per chi la enuncia) quando venga applicata ad un individuo di sesso femminile (16). Molti ricoveri di donne in ambiente psichiatrico (17) sono legati alla presenza nell'operatore (come nell'operatrice) di stereotipi culturali che vengono inconsapevolmente utilizzati nella formazione dell'atto mentale che adialetticamente identifica nel ruolo di folle la donna che cerca di ribellarsi al folle ruolo di persona « affettuosa, dolce, riservata, comprensiva e sottomessa ». In una prospettiva psicologica la donna può essere considerata un « oggetto scisso » (18): *oggetto* in quanto individuo al quale non viene riconosciuta una sua propria cultura; *oggetto scisso* in quanto confinato nel privato e separato dalla possibilità di realiz-

zare nel sociale i suoi bisogni esistenziali in maniera tale da poter contribuire a modificare i valori-guida d'una cultura. Certo, questo oggetto scisso risulta di fatto più fragile dell'uomo ed « ammala » più facilmente. Ma cosa significa questa fragilità (19) che si da in un mondo retto esclusivamente da valori che negano ogni liberazione e inducono alla obbedienza? Bianca Iaccarino illustra in maniera vivace e documentata l'argomento portando un articolato contributo alla demistificazione di quella repressione (o rimozione?) che nosografia e diagnosi psichiatrica possono effettuare nei confronti della « cultura inconscia » del femminile (20).

Una paradossale utilizzazione della diagnosi psichiatrica può essere rappresentata dall'applicazione del diagnostico a quella stessa psichiatria che categorizza l'uomo (21). Così facendo si può definire questa psichiatria dell'alienità una psichiatria *dissociante* in quanto dissocia e frammenta psicoticamente in visioni parziali l'uomo, quell'uomo sofferente di cui non coglie mai la essenzialità in quanto lo riduce ad un oggetto da laboratorio, isolato dal contesto significativo in cui vive, lavora, ammala. Questa psichiatria è anche *perversa* perché si basa sul potere, senza mai raggiungere l'amore di un rapporto oggettuale. A dimostrazione di questo potere — che ne riconsolidava poi le intime fratture — basta pensare che la psichiatria accademica è nata da quella dei manicomi eretti a norma di legge « per la custodia degli alienati ». La psichiatria è anche nevroticamente *isterica* perché mentre soffre di allucinazioni — vede col desiderio ciò che non è — rimuove poi dal suo campo tutto ciò che la contraddice.

Tale patologia della psichiatria, e dalla quale si va decisamente uscendo, affonda le sue cause lontane in un delirio genealogico di nobiltà scientifica e nella anacronistica fedeltà ai principi di obiettività. L'equivoco dell'obiettività, presa a prestito dalle scienze naturali che conferivano « valore », ha causato una serie di guasti che solo da poco tempo vengono ri-

(18) « La femme comme object scinde: aspects sociaux, historiques et analyses d'une souffrance individuelle », in coll. con S. Mellina, M. Rosati, Relazione alla VI<sup>e</sup> Seance du Colloque Mediterranéen d'Aix en Provence, 3-5 Oct. 1977, in *Rapport Provisoire du Colloque*, cit., p. 116.

(19) « Il pensionamento femminile come *Erlebnis* sociale: rilievi psicopatologici e clinici », in coll. con S. Mellina, M. Rosati, *Riv. Psichiatr.*, XII, 6, nov.-dic, 1977, p. 426.

(20) « Mito e psicopatologia nella condizione femminile », in coll. con S. Mellina, M. Rosati, // *Lavoro Neuropsichiatrico*, 61, 1-2-3, 1977, p. 193; « Per una riappropriazione dell'archetipo femminile », in coll. con S. Mellina, M. Rosati, *Min. Psichiatr.*, 19, 2, 1978.

(21) « Dalla psicopatologia dell'individuo ad una visione critica della cultura accademica », // *Lavoro Neuropsichiatrico*, 57, 1-2, 1975, p. 317.



(22) « Problemi di metodologia psichiatrica: l'obiettività psicopatologica», in coll. con S. Mellina, // *Lavoro Neuropsichiatrico*, 57, 1-2, 1975, p. 41.

conosciuti (22) e che non possono essere occultati dietro un tecnicismo miope ed astratto da specialisti dell'alienità. Non mancano in proposito gli esempi edificanti. Il più obsoleto ma anche il più smagliante, se ci si pone a riflettere in una dimensione scevra dai pregiudizi dell'ovvio, è l'istituto della perizia medico-legale. Essa, legata come è alla contro-perizia, permette il più spesso di dare opposte interpretazioni — entrambe « scientifiche » e quindi « obiettive » — di un unico fatto, considerato d'ordine psichiatrico e sul quale il magistrato deve giudicare. Un altro esempio è costituito dalla legge sul « ricovero degli alienati nei manicomi ». Questa, fondata essenzialmente sulla pericolosità sociale e sul pubblico scandalo, è stata recentemente riconosciuta come una legge scandalosa e socialmente pericolosa ed è stata abrogata. Questa legge ha autorizzato per anni la psichiatria, stante l'arbitrarietà e l'evanescenza dell'assunto della pericolosità e la relativizzazione del concetto di scandalo legato ai costumi, a trasformare uno stato occasionale in un « ruolo » stabile, da custodire poi nei manicomi.

Il discorso sulla perizia psichiatrica e sulla pericolosità non viene posto qui a sproposito ma rientra nella più vasta curvatura concettuale della psichiatria intesa come strumento di individuazione della pericolosità e di salvaguardia dell'assetto sociale dominante. L'esperazione di tali funzioni si ha quando la psichiatria viene investita ufficialmente del compito di sanzionare la devianza ideologica. In questi casi la psichiatria assume un connotato di potere e di difesa di una condotta egemone che non ammette pluralismi. E' l'ora del trionfo del conformismo e della burocrazia che si sposano solidamente per istituzionalizzare il pensiero. Qui l'« obiettività » diventa sopraffazione.

In questo volume viene pubblicato uno dei primi, se non il primo in assoluto, *samizdat* di argomento psichiatrico. E' lo scritto di uno psichiatra sovietico che non avendo trovato accoglimento nelle riviste scientifiche del suo paese ce lo ha fatto pervenire appunto

« stampato in proprio » in lingua francese. Pare che egli tema anche per la sua salute mentale, nel senso che prefigura un suo possibile ricovero — d'autorità — in uno dei tanti ospedali psichiatrici sovietici. In effetti questa rara testimonianza, ed in questo senso preziosa, si presenta come un classico esempio di dissenso culturale. L'argomento è scientifico, ma l'oggettività — chiaramente — assente. Non concordo personalmente con le tesi ingenuamente biologistiche sull'origine della schizofrenia proposte al mondo occidentale da *E. F. Kazanetz* ma il mio dissenso deve ugualmente riconoscergli il diritto di esprimersi al fine di poter confrontare la sua soggettività con quella altrui. Non è questo un discorso retorico poiché tutti i volumi di questa rivista sono presenti — su richiesta — presso l'Accademia delle scienze dell'URSS e quindi Kazanetz e i suoi colleghi potranno leggere assieme il suo e gli altri contributi. Ciò che si vuole ribadire qui è l'impossibilità di affermazioni scientifiche esatte nel campo dell'umano. Anche la biologia molecolare ha assunto per comprendere il suo oggetto di studio il *Principio dell'ordine dal disordine* così come Heisenberg nel 1927 aveva acquisito allo studio dei processi fisici il *Principio di Indeterminazione*.

;23) Citato  
:D contribu\*

Una nuova e diversa obiettività psichiatrica intesa come punto di riferimento non può che nascere, come nell'incontro terapeutico, *dall'intersoggettività* e cioè dal confronto tra diverse soggettività. Ciò che ne emergerà verrà poi verificato a livello operativo e se darà dei risultati soddisfacenti verrà acquisito come punto di partenza per ulteriori confronti da portare dialetticamente in avanti nella direzione dello sviluppo della conoscenza. Probabilmente il collega moscovita, come me, non crede alla scienza statale sulla ereditarietà della schizofrenia, ma piuttosto nella potenzialità creativa del pensiero deviante. Senza ciò nessun Galileo avrebbe potuto sovvertire con la propria intuizione l'ortodossia tolemaica. Senza il pensiero « eretico » la terra non si sarebbe mai mossa. Tut-

(23) Citato nel surricordato contributo.

tavia per muovere la terra non basta davvero uno psichiatra ne il dissenso sovietico che, psichiatrico o no, non ci ha ancora offerto alcuna materia creativa. Sappiamo bene con Geymonat che la psichiatria ha un coefficiente di scientificità assai scarso rispetto alle altre discipline, dunque proporre l'intersoggettività è scelta necessaria e coerente laddove non la si scambii con il soggettivismo e ove si tenga conto con Marx che « non è la coscienza dell'uomo che determina il suo essere ma, all'incontro, il suo essere sociale che determina la coscienza ». E infatti per soggettività si vuole qui intendere la somma delle conoscenze e del portato personale dello psichiatra. Queste conoscenze vanno considerate come qualcosa di relativo e non di assoluto, derivate — come ha mostrato la lezione della sociologia della conoscenza — dai contesti socio-culturali entro cui queste forme conoscitive sono nate ed hanno preso corpo. Come scrive Trevi (23) — che riprende il pensiero di Mannheim — tali determinazioni sociali fondano la storicità concreta di ogni conoscenza ed al contempo la relativizzano. E d'altra parte dobbiamo ancora ricordare che la psichiatria deve pur prevedere — per superare il falso naturalismo descrittivo — che il soggetto conoscente si identifichi, pur parzialmente e temporaneamente, con l'oggetto da conoscere. Ciò perché si possa raggiungere un reale atto di conoscenza dell'umano. Allora possiamo citare la frase di Jung: « comprendere è la mia passione », con la quale si inaugura per la psicopatologia una nuova metodologia conoscitiva. Questa può essere definitivamente considerata come la scienza del comprendere che si attualizza nell'incontro di due soggettività che si confrontano. Entrambe e ciascuna *altra all'altra*.

Da questa tensione dialettica, in un clima di rapporto coesistitivo può proporsi una conoscenza temporanea: una sintesi di due posizioni spesso polarmente contrapposte ma entrambe fondamentalmente omogenee. Jung, archeologo della psiche collettiva, ci ricorda infatti che « ... ciò che proviene dal soggetto proviene in definitiva dal substrato del mondo, proprio come anche l'essere più strano e più inverosimile esi-

stente al mondo » — il diverso diremmo noi oggi — « è ospitato e nutrito dalla terra comune a tutti noi ». A questo punto, per favorire il processo di conoscibilità, lo psichiatra deve rivelare chi egli sia. Così operando, rendendo noto uno dei due termini dell'equazione conoscitiva, si potrà risolvere l'incognita rappresentata dall'altro.

Lo psichiatra deve dunque dichiarare *chi è, da dove viene, dove vuole andare*. Solo definendosi nella sua identità nei confronti dell'altro potrà correttamente ascoltarlo e decifrare i suoi messaggi. Non dovrà applicare schemi, anche se acquisiti da situazioni « analoghe », ne potrà generalizzare la conoscenza acquisita.

In questo modo, eludendo la « norma » del patologico intesa come generalizzazione, lo psichiatra si preserverà dal cadere nel canone del « termine medio » (nell'uso jaspersiano) ed eviterà l'accerchiamento che questo comporta a livello di creatività e di liberazione.

Dunque la psichiatria è cambiata nella misura in cui non si pone più in una posizione metastorica, taumaturgica capace di risolvere a livello biologico ogni sofferenza di qualsiasi natura essa sia. Di questo abbandono della medicalizzazione onnipotente negli assunti teorici della psichiatria da conferma un dato indiretto: l'80% degli psicofarmaci viene prescritto dai medici generici, evidenti responsabili d'un'indiscriminata psichiatrizzazione di ogni disagio, efficientistici gestori attraverso il corpo delle anime dei loro pazienti che si affidano all'autorità medica che li mantiene inconsapevoli e dipendenti.

Un altro dato, forse di colore ma egualmente indicativo è rappresentato da quei congressi di psicoterapeuti sostenuti dalle grandi case farmaceutiche che tentano così di reinserirsi « in maniera nuova » nell'ambito specialistico. Ancora, molti neurolettici maggiori, classici azzeratori di sintomi, vere contenzioni chimiche, vengono dichiarati dai fabbricanti portatori di effetti « risocializzanti » o coadiuvanti o favorenti i trattamenti psicoterapici.

Di fatto, come le statistiche dimostrano, lo psichiatra usa con sempre maggior prudenza, parsimonia ed attenzione la chemioterapia. D'altra parte anche l'opinione pubblica più avvertita comincia a vedere criticamente lo psicofarmaco, già in grande auge all'epoca dei « tranquillanti », mentre i giovani lo hanno già sostituito con la droga.

Questi orientamenti globalmente considerati vedono accomunati psichiatri, programmatori politici ed utenti nell'indirizzare la psichiatria verso la epochizzazione dei canoni morali (che per anni attraverso il moralismo hanno determinato il valore negativo del diverso), l'azione preventiva, la distinzione del campo d'intervento dalle sociopatie (24) (da trattare attraverso la rifuizione dei diritti e la gestione della società) e verso la cura basata sulla crescita culturale, la presa di coscienza individuale e collettiva e la conoscenza della realtà. Laddove si escludano le sindromi psichiatriche somaticamente determinate (che sono numericamente irrilevanti rispetto a quelle a motivazione extrasomatica — e che il più spesso non conoscono terapie che possano intervenire sulle cause —) molti psichiatri soprattutto per i casi che rientrano nella « piccola psichiatria » scelgono tipi di intervento basati sulle tecniche di mediazione psichica. Per « intervento psichicamente mediato » intendo tutti quei procedimenti il cui scopo dichiarato è la eliminazione della situazione patologica e la cui azione si pone in atto con o senza l'ausilio di particolari apparati al di fuori di un primario coinvolgimento del substrato somatico (25).

All'interno di questa definizione considererò unicamente in questa sede, perché più attinente al nostro argomento, quegli interventi nei quali l'agente terapeutico risiede nella relazione che si stabilisce tra la psiche del curante e quella del curato. Questa distinzione permette una ulteriore differenziazione a seconda che gli effetti derivino dagli scambi all'interno della relazione psichica ovvero dalla analisi del significato della relazione stessa. Nel primo caso si sarà individuata la struttura d'una psicoterapia, nel secondo quel-

(24) Intese nel loro significato etimologico e non nell'accezione di psicopatia proposta da Gastaldi.

(25) « Aspetti sociali dell'abusivismo in campo psichiatrico », in coll. con M. Maurillo, S. Mellina, // *Lavoro Neuropsichiatrico*, 63, 1-2, 1978.

la di un'analisi svolta sul piano psichico al fine di conoscere la personalità globale del paziente.

Queste due modalità assieme alla cura psichiatrica in senso stretto — che prevede invece una modificazione psichica attraverso un intervento portato sul corpo del paziente — costituiscono tre significative modalità di assistenza. Di questo argomento scrive in questo volume *Giuseppe Maffei* che porta la sua riflessione sull'analisi e sul raffronto delle diverse prassi, evidenziando i guasti che derivano dalla mescolanza confusiva ed inconsapevole delle diverse metodiche. Il suo contributo svolto prevalentemente a livello teorico risulta di grande utilità non soltanto a livello euristico, bensì anche sul piano pratico dell'agire terapeutico. Gli orientamenti terapeutici, sia pure con differenti presupposti e finalità, tendono sempre più a distanziarsi dalle terapie sintomatiche e lenitive per raggiungere ed incidere nella dimensione causalistica. Credo tuttavia che si debba qui ricordare con Freud (1895) che « una terapia causale non è in genere propriamente altro che una profilassi: sospende l'ulteriore azione del male, ma non per questo elimina necessariamente i risultati prodotti dal male sino a quel punto. In genere occorre anche una seconda azione che assolve quest'ultimo incarico ».

In questo senso ed in certi casi può essere opportuno, in un clima di chiarezza, allargare il piano di intervento con la confluenza di più tipi di prassi.

Certo le difficoltà nel raggiungere una dimensione di collaborazione non mancano, stante la diversità delle « filosofie » che sono alla base degli interventi e la eventuale carenza di rigore nell'applicazione delle rispettive metodologie. *Aldo Carotenuto* a questo proposito tratteggia in questo volume alcune situazioni limite di conflitto che si stabiliscono in luogo di una collaborazione tra psicologo analista e psichiatra quando il primo fa proprio il punto di vista del paziente ed il secondo si riporta ad un criterio di norma. La contrapposizione che ne risulta è l'omologo esterno della conflittualità intima del paziente. Lo psicologo in que-

sti casi deve poter uscire « allo scoperto » per scuotere le « certezze psichiatriche » e lasciare spazio, sia pure nella dimensione del rischio, alle forze di rinnovamento che possono portare all'autoguarigione del paziente.

Ho illustrato fin'ora certi cambiamenti nelle teoresi e nelle prassi psichiatriche. Certamente lo psichiatra è cambiato, fa spesso dell'esperienza psicologica di se stesso il centro della sua preparazione di specialista, si pone degli interrogativi, vive il dubbio come spazio per un diverso apprendimento. Parallelamente al mutare dello spirito dei tempi — e della storia — anche il paziente psichiatrico è « cambiato ». In alcuni casi lo stravolgimento e le storture della psiche sembrano anticipare le trasformazioni della società, in altri le seguono, ma sempre rimanendovi strettamente legati. Oggi non è più dato di vedere il folle che mima il dittatore così come sono scomparse le convulsioni della grande isteria. I meccanismi psicologici, e soprattutto psicopatologici, posti in atto oggi sono diversi e così l'isteria si è tradotta nelle tante e tanto diffuse affezioni psicosomatiche. Parimenti gli sconvolgimenti imposti da una psiche gravemente sconvolta non si manifestano più nella pastosa immobilità del catatonico, bensì nelle crisi di depersonalizzazione e nelle esperienze di frammentazione della personalità.

Il disagio psichico sembra essere sempre di più l'ingenuo e sospeso racconto cifrato di quella psicopatologica vita quotidiana che i modelli della attuale società impongono a tutti.

E così, mentre l'individuo consapevole lotta fortunatamente, e si logora pericolosamente nel suo impegno a reinventare una qualità dell'esistere, l'immaturato — irrigidito nelle sue strutture vocate a realizzare quel piacere che la realtà gli nega sempre più — fugge i conflitti sociali. Questa fuga nell'introversione conduce inesorabilmente l'individuo ad incontrare i suoi conflitti inconsci verso i quali non può opporre alcun argine. Il prezzo dello straripamento è l'annegamento dell'io, l'ulteriore distacco dalla realtà.

Appare sempre più chiaro come il « privato » reagisca a livello di inconscio alle tensioni nelle quali l'individuo è immerso attraverso conflitti dilaceranti. Gli antagonisti sono le istanze personali e quelle collettive, la natura e la cultura, il passato ed il futuro. In altre parole sembra che la « caduta dei valori » non abbia solamente liberato dagli ingenui tabù ad effetto repressivo ma in alcuni abbia agito relegando a livello di vita inconscia ogni progetto di vita, di coesistenza, di salvezza. La luce della sessualità sembra aver spalancato le tenebre dell'*Ombra*. E così i progetti frustrati dalla asprezza dei fatti sono andati ad attivare nell'inconscio quelle profonde forze archetipiche che emergono poi nelle fantasie, nei sogni, nell'agire del singolo. Si spiega così la compresenza nei magma delle immagini oniriche di figure mistiche e di distruttivi temi mitologici. Nei giovani in particolare compare sovente l'immagine del *senex* che porta la sua carica di saggezza e di distacco dalle cose reali. Tuttavia la prima è difficilmente integrabile dalla struttura del giovane. Prevale dunque e si impone il secondo, con la realizzazione di quella che io chiamo una misantropia aggregata che il mondo dei giovani ci pone ogni giorno sotto gli occhi. Il tema dell'oggi sembra essere quello *dell'identità*: dell'identità sessuale, del cosa essere, del come essere, del cosa fare. La domanda che pone l'Inconscio non è però oggetto da riflessione filosofica, bensì dramma allo stato nucleare, lacerazione dell'essere, il tragico dell'esistere.

Vediamo ora quale identità può accreditarsi alla psicologia analitica.

La sua storia è estremamente significativa ed il suo corpus dottrinale sembra porsi in una certa ottica come un'eresia nell'eresia. Infatti se Freud era « eretico » rispetto alla psichiatria ed alla psicologia scientifica dell'epoca, Jung lo era nei confronti della psicanalisi. *Paul Stepansky* illustra qui in maniera minuziosa e con la competenza dello storico le intime interconnessioni e i distinguo tra la costruzione di Freud e quella di Jung.



Da questo studio la psicologia analitica, nell'ambito dello sviluppo critico degli assunti metapsicologici di base della psicoanalisi, emerge come un corpus di ricerche che si rifiuta di sottostare agli atti di fede. Comunque oggi la psicologia analitica, a quasi settanta anni dalla sua costituzione, mantiene la psicoanalisi come interlocutore privilegiato, col quale continuamente si confronta.

Ai fini clinici e per una contemperanza della prassi junghiana con le tecniche d'intervento psichiatrico sulle psicosi si può citare *Gaetano Benedetti* che contribuisce a questo volume con la sua autorevole e ricchissima esperienza. Proprio rifacendosi a questa, Benedetti distingue in sette punti l'apporto che l'incontro con la psicologia analitica ha fornito alla sua prassi terapeutica. 1) Oggetto della rimozione possono essere quegli aspetti creativi della personalità che non furono sufficientemente corrisposti e dialettizzati nel dialogo primario dell'infanzia: da questa posizione teorica scaturisce nell'incontro « il profondo rispetto terapeutico per la personalità sofferente ed anche il suo amore per essa ». 2), 3) La concezione dell'archetipo permette al terapeuta di trarre il paziente dall'isolamento nel suo mondo psicotico e porlo in relazione ed in sintonia con il sempiterno respiro dell'umanità. Ciò può avvenire proprio attraverso quella decifrazione dei suoi sintomi più angoscianti che vengono mostrati in parallelo con i dati della cultura. Questa attività amplificatoria, che si dipana nella dimensione della conoscenza, diviene — *anche* (26) per Benedetti — una parte direttamente fruibile del controtransfert. 4) La collocazione junghiana del simbolo, sollevato da una sua riduzione razionale, facilita nel terapeuta le possibilità profonde di ascolto e dunque di risposta, 5) grazie anche all'elemento controtrasformativo che l'incontro terapeutico determina. — A questo proposito E. Bernhard diceva che nel rischio dell'infezione psichica vi è altrettanto la possibilità di « contagiare l'altro della propria sanità ». — 6) La possibilità di utilizzare l'esperienza simbiotica, e non solo quella sessuale, permette nella dinamica dell'in-

(26) « Another Viewpoint on Amplification: A clinical-theoretical Contribution », in AA.VV., *The Annual of Italian Analytical Psychologists*, Venezia, Marsilio Editori, 1977, p. 183.

contro di saturare determinate valenze di natura molto profonda. 7) La visione teleologica della psicologia analitica permette di comprendere ogni sintomo come la domanda di un nuovo progetto esistente, così come il « valore compensatorio » del sintomo esprime un'istanza di autocorrezione.

Benedetti concluderà consegnando alla psicologia analitica il meglio della psicologia del profondo per quanto riguarda la terapia delle psicosi.

Anche *Marcello Pignatelli* esponendo le sue personali riflessioni sul motivo della psicosi propone in questo volume « la terapia del Senso » quale modo per andare incontro alla follia: si badi bene non contro ma verso-la-follia. La sua proposta si indovina nella concezione junghiana della malattia mentale che vede nella psicosi il drammatico momento di distacco dalle identificazioni di ordine sociale nel conscio collettivo ed al contempo il caotico incontro con il mondo endopsichico sovraperonale. In questa ricerca di un nuovo adattamento intra- ed inter-psichico il *Senso* rappresenta la guida corretta affinché il progetto involontario di nuova vita che determina la psicosi superi il suo corrispettivo di morte, nella dimensione mutante della rinascita.

Alcune delle concezioni di Jung sulla psicosi sono state precisate soprattutto a livello di prassi da *John Weir Perry* che da oltre trent'anni si occupa di schizofrenia a livello esclusivamente psicoterapeutico. Il non uso dei farmaci è legato alla constatazione fatta da Perry che quando lo psichiatra vi ricorre il paziente avverte che non è quella l'atmosfera per aprirsi all'altro e discutere delle sue esperienze. La chiusura che ne deriva viene considerata da Perry un fattore « essenziale [nel determinare] le manifestazioni psicopatologiche che caratterizzano la sindrome chiamata "schizofrenia" ». Alcuni lettori avranno potuto ascoltarlo nel recente settembre '77 a Roma ove ha discusso con i Colleghi del VII Congresso Internazionale di Psicologia Analitica la sua concezione della psicosi come « stato visionario ».

Con questa denominazione, che attiene soprattutto alle fasi acute ed iniziali di confusione psicotica, Perry intende enfatizzare la relazione che esiste tra questa particolare esperienza esistenziale — che tale è —, i dati dell'antropologia culturale ed i rapporti cultura-personalità. Perry ha sviluppato dalla esperienza di Jung quegli aspetti che si riferiscono al rapporto del terapeuta con l'Io del paziente con il quale egli interagisce partecipando e sostanziando le fantasie di marca psicotica e riportandole ai dati della mitologia, del folklore delle culture primitive, delle costruzioni religiose. Il significato di questi dati risulta particolarmente inerente alla storia di quel paziente in quel determinato momento e lo aiuta a comprendere il senso delle vicissitudini del suo mondo interiore lacerato dal contrasto con il presente. Queste lacerazioni possono avvenire in quanto nella storia infantile vi erano stati elementi educazionali che avevano indebolito, fino a scolorarlo, il rapporto intrapsichico Io-Se. Una esperienza interpersonale vissuta come frustrante può mettere in discussione tutta la vita ed i suoi significati nella ricerca regressiva d'un migliore rapporto con il Se. Questo movimento da origine ad una produzione di materiale irrazionale, o meglio non razionale come dice Perry, che se può esprimersi in questi casi solo attraverso l'aspetto del patologico non è che indirettamente patologico e da questo va estratto per restituirlo al suo compito progettuale. Il viaggio può essere così sollevato dal destino di naufragio che il sociale impone alle esperienze « diverse » e concludersi in una nuova terra costituita dall'organizzazione del materiale irrazionale emerso. Perry ha potuto collegare i sintomi che costituiscono le esperienze nucleari della schizofrenia ad altrettanti momenti di passaggio — e di crisi — nella costituzione della personalità. Il materiale che costituisce i sintomi proviene da un livello storico; così ad esempio attraverso assurdi racconti riconducibili ai temi dell'eroe o dell'eroina si manifestano i problemi di identità sessuale. Gli esempi e le correlazioni sono puntuali e ben connessi. Uno stralcio dell'ampia opera di Perry,

estratto dal suo libro *The Far Side of Madness (L'aspetto nascosto della malattia mentale)* che presto vedrà la sua pubblicazione in Italia, compare in questo volume per offrire al lettore l'esperienza viva e palpitante d'un terapeuta che opera tutti i giorni in un centro ove vengono trattati senza l'aiuto di farmaci casi di giovani schizofrenici in fase di esordio acuto.

Il discorso sulla psicosi riporta l'interesse dagli avvenimenti del presente, capace di destoricizzare l'uomo azzerandone la coscienza, alle tappe che costituiscono la sostanza dell'individuo. *Erich Neumann* e l'autore in campo junghiano che meglio ha chiarito con la sua opera situazioni, concetti e termini che ricorrono nel discorso sulla schizofrenia la cui esistenza si fonda sull'alterazione dei rapporti primari. Nel saggio che compare in questo volume a chiarimento del contributo di Perry, Neumann tratta il tema del narcisismo e del rapporto madre-bambino al fine esplicito di chiarire la semantica differenziale di alcuni termini essenziali agli studi di psicopatologia. Il suo termine di « automorfismo », sconosciuto al lessico freudiano, trova qui chiarimento e possibilità operative interessanti.

Fin'ora ho tentato di illustrare sommariamente e con l'aiuto dei contributi citati l'apporto della psicologia analitica alla comprensione ed al trattamento delle psicosi e ritengo che possa sufficientemente risultare come in questo campo il discorso e la prassi junghiana possano bene rientrare nell'ambito di un qualificato lavoro psichiatrico assistenziale.

Tuttavia lo psichiatra — ma anche l'ambiente medico — preferisce riservare i trattamenti psicologici ai casi di nevrosi e cioè alla « piccola psichiatria ». Ciò sia per il già espresso concetto di *disponibilità alla follia* sia per l'oggettiva stremante fatica di certi trattamenti ma anche perchè in Italia non vi è ancora una tradizione nei riguardi della cura psicologica delle psicosi. Di ciò è anche responsabile il primo Freud, sul quale si è arroccata buona parte del pensiero psichiatrico accademico. Recentemente tuttavia l'assurdo operare psicoterapeu-

tico di molti psicologi laureati dalle nostre Università, il loro slancio entusiastico e la loro impreparazione specifica e personale, la frequente incapacità a distinguere tra nevrosi e psicosi — ed i relativi disastri — hanno di fatto di molto allargato il campo degli interventi a mediazione psichica. Il reflusso di tale situazione comporta in molti casi l'assunzione in cura da parte degli psicoterapeuti qualificati di un maggior numero di condizioni psicotiche. E' possibile dunque che dal fallimento di certe iniziative selvagge si passi in accordo ai mutamenti maturativi dell'opinione pubblica e con il controllo responsabile degli organi di Stato ad un reale e fruttuoso allargamento dei trattamenti psicologici delle psicosi. Nonostante queste opzioni sul futuro il lavoro psicoterapeutico rimane nel presente principalmente collegato al campo delle nevrosi.

Anche in questo ambito, tradizionale appannaggio storico della psicoanalisi, la psicologia analitica, in quella linea di ricerca che le è propria, propone una visione delle cose che altera profondamente rispetto *all'acquisito* il concetto di guarigione. Sovente negli ultimi anni molti attacchi alla psicoanalisi si sono appuntati proprio sul concetto di guarigione che, qualora venga intesa come adattamento, può deludere le aspirazioni del singolo a favore della « ragion di stato ». Se è vero che questo non corrisponde esattamente alla posizione di Freud è pure vero che alcuni psicoanalisti, e ciò in linea con un certo rassegnato pessimismo che in parte deriva proprio dalla concezione freudiana dell'inconscio, hanno a volte tradito le aspettative filosofico-libertarie di molti critici, e di molti pazienti. Il concetto di Individuazione, sostenuto dalla dimostrazione della presenza di valori positivi, costruttivi e creativi nell'Inconscio junghiano, supera queste critiche delle quali anzi sustanzia le esigenze. Semmai riceve altri strali di opposta natura laddove si equivoca il processo di individuazione con l'affermazione dell'individualismo.

Invero l'equivoco può essere compreso se si tiene conto che la psicologia analitica in Italia (27) presenta di se due differenti versanti, uno dei quali

(27) « Il contesto della psicologia analitica in Italia »,

— quello più romantico ed eventualmente decadente — esalta valori astratti dello spirito senza considerare le esigenze della società ed i precisi compiti del singolo verso di essa. Inoltre l'uso di « tecniche » quali i tarocchi, l'astrologia, la consultazione dell'I King, ecc. ecc, giustificano sicuramente a mio avviso certe frecciate. Evidentemente non tutti hanno capito che Jung quando ad esempio studiava gli aspetti simbolici dell'alchimia non intendeva suggerire, magari clandestinamente, ai suoi allievi di impiantare laboratori sia pure artigianali ma intesi a vanificare il rude impegno dei lavoratori de! Transvaal.

Vi è però, fortunatamente, un altro filone di ricerca — e di prassi — che portando avanti un'analisi spietata ma rigorosa della società, indicandone gli « archetipi morti » che ne informano certi aspetti, vede l'individuo come parte integrante della comunità degli uomini considerata come insostituibile campo di verifica dell'impegno. Questa psicologia analitica valorizza inoltre il significato e le distorsioni degli scambi interpersonali, ricerca la presenza del sociale nell'inconscio individuale (28), tesa come e ad una visione socializzante della sofferenza umana.

Questi aspetti della psicologia analitica del presente sono entrati con varia partecipazione ma sempre in maniera significativa e con grande impegno nelle istituzioni pubbliche sia a livello di assistenza, sia a livello di formazione nelle Università e nei luoghi del training (29), e promettono di divenire maggiormente operanti in forza dell'adesione dei giovani. Le recenti acquisizioni dovute al pensare antipsichiatrico in parte ispirato al concetto junghiano di malattia trasformatrice ha avvicinato diversi psichiatri al mondo e alle prospettive junghiane, fornendo alla prassi psichiatrica modelli alternativi sia al pozionismo dei farmacoterapeuti sia alla psicoanalisi col divano che non reggono più di fronte alla necessità di difendere l'individualità del sofferente e di fronte alle richieste d'una utenza sempre più ampia.

Il particolare setting della psicologia analitica poi, calibrato su quel *vis-a-vis* che coinvolge i due termini del rapporto ed al contempo le strutture consce ed

*Rivista di Psicologia Analitica*, 9, 17, 1978, p. 15.

(28) « L'altra ipocondria. Presenza e significato del sociale nell'analisi individuale », *Rivista di Psicologia Analitica*, 7, 1, 1976, p. 51.

(29) « Necessità e limiti dell'analisi didattica », *Rivista di Psicologia Analitica*, 8, 15, 1977, p. 7.

inconscie, sembra poter rappresentare una proposta adeguata e alle esigenze del reale e a quelle d'una psicoterapia scientificamente validata nel contesto delle scienze umane.

Certo il problema dell'assistenza psichiatrica, o meglio della follia, è problema che neppure in una prospettiva utopica può trovare completa risoluzione. Allo stato attuale sembra però necessario, e possibile, un cambiamento di punto di vista per ottenere una diversa prospettiva dalla quale meglio considerare la portata del problema e l'indirizzo degli interventi. E' possibile che la psicologia analitica, con il suo bagaglio di esperienze, di contraddizioni e di verifiche, possa fornire un aiuto per trovare un senso in quella sизigia che follia e psichiatria costituiscono. Si tratterebbe in questo caso del ritorno della psicologia analitica a quella matrice psichiatrica dalla quale era sorta e dalla quale si era distaccata a causa di una serie di gravi e reciproche carenze. Da quel momento la psicologia analitica era andata sempre più fondando il suo statuto nel privato mentre la psichiatria aveva inesorabilmente avanzato in quella direzione che solo una rivoluzione delle coscienze e solo dieci anni orsono aveva potuto interrompere. Oggi i tempi sembrano essere maturi per una reciproca, utile, reintegrazione.