

Jung e la schizofrenia

Gaetano Benedetti. Basilea

È per me motivo di piacere prendere la parola in questo simposio internazionale, onde illustrare l'opera di **Jung** in psichiatria. Considero l'incarico affidatomi come un riconoscimento del fatto, che, da oltre vent'anni a questa parte, lavoro sul terreno delle psicosi, e in un paese, in cui è impossibile lavorare su questo terreno, senza aver ricevuto ispirazioni dal pensiero e dall'opera di **Jung**. Non solo perché la psicodinamica della schizofrenia è cominciata effettivamente con il nome di Carl Gustav **Jung**, senza di cui il superamento bleuleriano del concetto kraepeliniano di **dementia praecox**, e della filosofia medica implicata a questo concetto, non avrebbe potuto aver luogo. Non solo per questo, ma anche perché a chi, come me, ha lavorato per decenni nella patria di **Jung**, non poteva mancare il privilegio, di discutere con lui stesso, personalmente, qualche problema psicodinamico della psicosi.

Naturalmente, problemi psicodinamici esistono sempre in funzione della psicoterapia; è a questa che in ultima analisi è legato il nome di Jung, ed è questo anche il titolo della mia relazione. Ma non è possibile, né per Jung né per me, affrontare il tema della psicoterapia senza la premessa scientifica di

un modello psicogenetico e psicodinamico. Perciò costruisco la mia relazione secondo uno schema **tripartito**, in cui parlerò:

- 1) della psicogenesi della schizofrenia nel pensiero junghiano;
- 2) della psicopatologia psicodinamica della schizofrenia, che risulta in **Jung** dal modello psicogenetico;
- 3) della psicoterapia delle psicosi schizofreniche di C.G. **Jung**.

1) Psicogenesi

Sono trascorsi esattamente settant'anni da quando **C.G. Jung** iniziava a Zurigo i suoi primi esperimenti psicodiagnostici con pazienti schizofrenici, affetti da **dementia praecox**, come si diceva allora. La precisa coscienza di chi sa di aver compiuto una scoperta traspare dalle frasi dell'autore: «con soddisfazione dichiaro di aver potuto dimostrare che la malattia può essere trattata, seppure in misura ridotta, mediante psicoterapia ». E ancora: « l'esperienza di **Bleuler**, della psicogenesi dei sintomi secondari, è identica alla mia, poiché noi lavorammo assieme negli anni che precedettero la pubblicazione del suo famoso libro sulla « Dementia praecox ».

In realtà io cominciavo ad analizzare casi di schizofrenia per scopi terapeutici già nell'anno 1903 ».

Tuttavia, nonostante il viraggio psicologico di disegni nel pensiero junghiano fin dall'inizio, la possibilità di una eziologia biologica della schizofrenia affiora pure alla sua mente; «è impossibile, egli ci dice, dimostrare una causalità esclusivamente psicologica. Noi possiamo avere forti sospetti in favore della natura organica del sintomo primario; ma non possiamo tuttavia ignorare il fatto ben assodato, che molti casi di schizofrenia erompono da uno shock emotivo, da una disillusione, da una situazione difficile della vita, da un mutamento del destino; e che inoltre, molte ricadute e molti miglioramenti sono egualmente condizionati da eventi psicologici ».

Eugen Bleuler propendeva, com'è noto, per la **natura biologica dei sintomi primari**; ma egli ha in-

trodotto tuttavia la **concettualizzazione psicologica in psichiatria attraverso la psicoanalisi dei sintomi secondari**. Jung ha preferito accettare il dilemma psicogenetico in tutta la sua radicalità. Sebbene il suo pensiero non abbia potuto risolvere il problema della schizofrenia, esso ha proprio in tal modo anticipato il travaglio storico della psichiatria dei decenni successivi e fino ai nostri giorni in questo campo spinoso.

Così, se oggi è anche possibile dire, di fronte alla importanza degli studi biologici, che **Jung**, più psicogenetista di **Bleuler**, è stato anche il più **unilaterale**, è necessario tuttavia aggiungere, che la sua o un'unilateralità operativa, l'unilateralità del ricercatore coraggioso, il quale attraverso il rifiuto della «imparzialità» scientifica cerca in fondo di smuovere quell'atteggiamento neutrale e ostile della nostra società verso il malato di mente.

Allora, la differenza essenziale fra la tradizione psichiatrica, che da **Eugenio Bleuler** fino ad oggi sottolinea il primato del disturbo cognitivo, ed Jung, sta nel fatto, che questi vede radicalmente **nel disturbo affettivo il fatto primario**. In tal modo egli entra risolutamente nel dilemma che sta alla base della psicosi: se il complesso affettivo del paziente schizofrenico e quello del neurotico sono **simili**, come **Jung** infatti afferma; se cioè i conflitti e i traumi dimostrabili nel passato degli uni e degli altri infermi non sono **specifici** per l'una o l'altra malattia. allora, dove risiedono le cause specifiche della psicosi? «Bisogna considerare — domanda testualmente Jung — la debolezza dell'Io, o una particolare intensità dell'affetto quale causa della schizofrenia?»

Noi siamo oggi in grado di vedere dietro una siffatta domanda i limiti del pensiero analitico di trenta anni fa. Anzitutto, ci sembra oggi semplicistico parlare di una «particolare intensità dell'affetto», di una «forza dell'inconscio», di una somiglianza od eguaglianza fra complesso affettivo dello psicotico e del neurotico. Il fatto fondamentale è che l'Io schi-

zofrenico è malformato, malnutrito, profondamente regredito, difettosamente organizzato, e perciò assai diverso, strutturalmente, da quello neurotico; anche se il singolo «complesso» — come sarebbe ad esempio quello edipico — può essere verbalizzato dall'osservatore in termini simili. **Balint** ci dice oggi, che in pazienti **profondamente regrediti** non è addirittura possibile parlare di «conflitti», come noi facciamo quando il paziente può esprimersi verbalmente; **Balint** ci parla qui di un «disturbo primario», che anzitutto, non può neanche essere realizzato **in parole** dal paziente o dai noi, essendo di natura preverbale, e che inoltre equivale, più **che a complessi o conflitti**, ad un difetto sostanziale di nutrizione psichica in aree fondamentali di crescita egoica. Ma pur rimanendo nell'alternativa della domanda junghiana — «debolezza dell'lo o particolare intensità dell'affetto quale causa della schizofrenia» — io sono personalmente convinto che la **debolezza dell'lo o il fatto primario**. Essa si configura sul terreno di una predisposizione, forse aspecifica — come ci insegnano i genetisti di oggi. quale **Kringlen e Tienari**, mentre altri, come **Shields** parlano tuttavia di una predisposizione genetica specifica — e si conclude in una serie di **transazioni intrafamiliari**, il cui profilo patogeno maggiore è **l'indebolimento degli strati più profondi dell'lo, su cui poggia il senso e la nozione di autoidentità**.

Jung è qui di opinione diversa. «Per la comprensione psicologica — egli ci dice — la notoria debolezza dell'lo nello stato di sonno non significa assolutamente nulla. È il complesso affettivo a decidere sia la dinamica come il significato del sogno. È lecito applicare questa conoscenza anche allo stato schizofrenico... ».

Come si vede da questa analogia, **Jung** concepisce la debolezza dell'lo anzitutto come un fattore neuro-fisiologico o costituzionale, e non vi ascrive quindi un significato psicologico profondo. Egli non può aver avuto l'esperienza di quella psichiatria più recente, che nella strutturazione dell'lo vede il confluire di fattori sia fisiologici, neuropsicologici come

anche biografici e interpersonali. Per **Jung**, come per tutti gli psicoanalisti formati essenzialmente nei primi decenni del secolo, il momento psicologico è affidato anzitutto al singolo complesso affettivo, al singolo trauma patogeno, più che all'identità della personalità nel vissuto di uno stile e di un ruolo familiare.

Comprendiamo, quindi, come **Jung**, continuando il suo ragionamento, appare convinto che l'indebolimento del io è «secondario», ossia «la conseguenza distruttiva di un complesso nato entro le variazioni della norma, ma che infine, in seguito alla sua intensità, rompe l'unità della personalità».

Da un punto di vista della storia della scienza, mi sembra qui interessante notare come **Jung**, cresciuto in un'atmosfera scientifica ancora diversa dalla nostra, in cui cioè il senso univoco della causalità, come un **primum movens** aristotelico, aveva ben più importanza di quella rete di rapporti, che oggi una scienza maggiormente orientata verso la statistica va sempre più mostrando, non poteva arrivare, nonostante le sue splendide intuizioni, che talora sembrano anticipare di decenni lo sviluppo scientifico, a ben concepire strutturalmente la possibilità di rapporti reciproci fra debolezza del io e complesso, fra costituzione ed ambiente, fra singolo individuo e famiglia, fra primario e secondario — pensieri questi, che oggi, ad esempio attraverso la concettualizzazione di M. **Bleuler**, ci sono abituati. Così come la organizzazione psicofisiologica dell'infante (ad esempio quel che gli americani chiamano oggi «inborn perception equipment») evoca più o meno certe risposte materne e si costruisce quindi il suo ambiente, il quale poi attraverso le variabili della soggettività materna a sua volta aggrava o comunque modifica la disposizione; così pure, fra debolezza del io e intensità dei complessi c'è sicuramente tutto un giuoco di azioni vicendevoli, alla cui fine non è più possibile distinguere, neppure teoricamente, fra primario e secondario.

Lo sforzo di postulare la primarietà del complesso affettivo fa compiere a **Jung** dei grandi passi specu-

lativi, addirittura dei salti mortali. Così, leggiamo la sua speculazione, che la «tossina» originatasi dal complesso è di tipo tale. da non disturbare le nostre percezioni e i nostri movimenti; ma essa agisce «solo alla periferia del complesso patogeno», provocando ivi un abbassamento dei legami associativi. Siamo, come si vede, già in pieno terreno neuropsicologico, ove concetti psicodinamici si sposano a rappresentazioni anatomiche. Solo che la neuropsicologia odierna è, come tutte le psicologie moderne, molto più prudente che non nei primi decenni del secolo, ove fiorivano ancora tanti «facitori di schemi», come si diceva allora in Francia sui terreni delle afasie. **Jung** appartiene ancora, come del resto in parte anche **Freud**, a quei grandi psicologi sviluppatosi nei primi decenni del secolo, che implicitamente concepivano ancora la scienza naturale in certo senso come una filosofia naturale.

Tuttavia, bisogna aggiungere che la preoccupazione critica non ha mai abbandonato **Jung**, a costo di dare alle sue formulazioni un certo carattere di contraddittorietà: «ammetto, egli ci dice altrove, che è straordinariamente difficile il decidere, se si tratta di una debolezza della coscienza in senso primario, con la conseguente dissociabilità, o di una forza dell'incoscio». E ancora: «può darsi, che nella schizofrenia una coscienza normale venga confrontata con un Inconscio inusualmente forte; ma può anche darsi che la coscienza del paziente sia solo debole e perciò incapace di respingere l'influenza del materiale incoscio».

Oggidi, il vedere nella schizofrenia essenzialmente il problema di respingere o meno il materiale Inconscio non appare più esauriente. Sono gli aspetti inconsci dolilo, su cui si fonda il senso di identità, che si sbriciolano di fronte all'urto con i problemi della vita.

Dobbiamo inoltre ricordare anche il **Superio** ed il **Preconscio**, come importanti momenti del processo patologico. In taluni pazienti, il Superio rimane talmente organizzato di fronte ad un Io che invece va in sfacelo, che il paziente acquista un senso di au-

toidentità solo identificandosi tutto con tate Superio, ossia solo funzionando come giudice implacabile di se stesso; l'autodistruggersi o per lui il solo mezzo per continuare ad esistere. Per quel che riguarda poi il Preconscio, è da aggiungere, che le mille e mille informazioni del mondo esterno non attivate dall'attenzione, che formano quindi il nostro Preconscio, acquistano nella schizofrenia, in seguito alla debolezza dell'Io, una potenzialità micidiale; esse non possono essere mantenute più nell'ombra preconscia, ma si affollano in modo coercitivo e insensato alla coscienza, ed acquistano così un'intensità tale, che il paziente le interpreta come se il mondo per lui fosse fundamentalmente ostile; ogni rumore è ad esempio il segnale di un agguato, ogni odore preannuncia la decompensazione del corpo, e l'universalizzazione del male sembra mostrarci, come l'Io venga bombardato da ogni angolo della struttura psichica e del suo riflesso nel mondo.

Per **Jung** tuttavia la «causa immediata del disturbo è un violento **affetto**, che (anche) nel neurotico porta, come ogni emozione, ad una simile, ma transitoria alienazione, o isolamento».

Secondo la sua speculazione, il cerchio patogenetico, iniziatesi con il fatto psicotraumatico e prolungandosi lungo il concetto di complesso, si chiude toccando il momento tossico-biologico, che sarebbe allora l'anello ultimo del processo.

Questo modello, unilaterale certamente, ma chiaro e affascinante nella sua semplicità, ha subito un ulteriore approfondimento nell'importanza assegnata in seguito da **Jung** all'emersione di rappresentazioni incoscienti **archetipiche** nella schizofrenia. Negli ultimi decenni, Jung ritorna spesso su questo concetto, che sia cioè la dimensione archetipica del complesso a differenziare la schizofrenia dalla neurosi; che l'Io del paziente schizofrenico, incapace di assimilare la rappresentazione archetipica, ne viene dissello. Se leggiamo bene fra le righe, vediamo come in questo pensiero maturo di Jung, il problema dell'Intera struttura intrapsichica schizofrenica, riflessa appunto nella terminologia del rap-

parto fra coscienza ed inconscio collettivo, va acquistando maggiore importanza in paragone del singolo complesso affettivo, originariamente considerato solo in senso individuale e biografico. Ossia, è il problema dell'lo a divenire sempre più significativo.

Ma vedremo più in là i limiti cognitivi impliciti tuttavia a questa concettualizzazione.

2) Psicopatologia

Mi sono dilungato sulla teoria patogenetica di **Jung** come su un punto, che per qualsiasi psicopatologo e psicoterapeuta della schizofrenia è di importanza fondamentale. Ma questo punto, per quanto ben discusso da **Jung**, viene superato in profondità dalla sua psicopatologia dinamica. Vediamone alcuni aspetti:

a) chi legge attentamente **Jung**, scopre nelle sue pagine osservazioni psicopatologiche acute, che, o vengono riedite come nuove da autori successivi, o sono state ingiustamente dimenticate. Ricordo la fine osservazione dell'impenetrabilità reciproca dei frammenti scissi nell'lo psicotico: per cui ciascun frammento dell'lo non comunica con l'altro; ciascun lato della personalità rimane estraneo all'altro, mancando i canali di rapporto intrapsichico, che organizzano il singolo sia entro di sé, sia nella rete dei rapporti interpersonali. Qui troviamo, in tutta la sua chiarezza, la diagnosi differenziale psicodinamica fra dissociazione schizofrenica e dissociazione isterica. «in una personalità multipla isterica esiste una cooperazione tranquilla, e perfino piena di tatto, fra le singole personalità, le quali hanno i singoli ruoli e possibilmente non si disturbano a vicenda. Si nota qui la presenza di uno **spiritus rector**, di una figura centrale, che organizza il palcoscenico per le singole persone in modo quasi razionale, tataranella forma di un dramma più o meno sentimentale. Ogni figura ha un nome suggestivo e un dato carattere e tutte sono altrettanto isteriche e altrettanto sentimentati come la coscienza del paziente.»

Dopo questa pittoresca descrizione della personalità isterica, Jung passa a descrivere quella schizofrenica: «le figure autonome sono talmente scivolato a **latere** del controllo dell'Io, che la loro partecipazione originaria alla struttura psichica del paziente è completamente scomparsa». Inoltre: «nella schizofrenia i complessi sono divenuti frammenti staccati, autonomi, che o non si ingranano più nella totalità psichica oppure inaspettatamente si mescolano di nuovo insieme». Vi è qui l'accento a quella peculiare valenza di attrazione reciproca, che hanno i vari frammenti a fondersi di nuovo, ma seguendo canali altrimenti impervi, bizzarri inusuali; fenomeni, questi, descritti dai vari autori, primo fra tutti **E. Bleuler**, coi termini di «Zerfahrenheit», «Over inclusion», «Neologismi», «Associazioni rimate» etc.

Jung ci dice insomma che il complesso patogeno sviluppa un'autonomia sempre maggiore nei riguardi dell'Io, fino a togliergli ogni potere. Ciò è esattamente in accordo con il mio concetto, che l'Io è il «peace-maker» psichico, e che la formazione di «nodi di fibrillazione», di complessi **autonomi** significa il fatto, che singoli atti psichici, singoli complessi, singole rappresentazioni mentali, acquistando in sé una qualità egóica appunto **autonoma** dall'Io, diminuiscono perciò il senso di potere e di unità dell'Io, danno la sensazione di un altro **ego** intrapsichico, cancellano la percezione di identità, come esclusività personale, provocano quindi nel paziente la sensazione di non-esistenza.

b) Jung ha scoperto inoltre il fenomeno della **psicosi latente**. A dire il vero, egli incontra difficoltà nel definirla. «Che cosa è, esattamente, una psicosi latente»? Giustamente, egli comincia con l'osservare: «l'esistenza di materiale inconscio bizzarro non dimostra niente. Lo troviamo anche nei neurotici, nei pittori e poeti moderni, e persino nelle persone abbastanza normali, che ritengono utile un esame accurato dei loro sogni». E aggiunge poi i paralleli con i miti e i simboli di tutti i popoli e di

tutte le epoche. Ma allora? Il discorso successivo si snoda lungo l'osservazione che «il complesso dello Io non gioca più il ruolo essenziale»; che esso o «uno fra i tanti complessi, i quali sono egualmente importanti o perfino più importanti dell'Io». Tutti questi complessi assumono un carattere personale, pur rimanendo frammenti. In breve, qui abbiamo la descrizione magistrale della frammentazione **schizofrenica**; ma non il carattere distintivo della psicosi latente, che sta, invece, nel fatto che l'Io, per usare qui la terminologia di **Federn**, **mantiene un investimento superficiale con la realtà**, come copertura della frammentazione interiore; sì che questa frammentazione non è visibile, fuori analisi, ma bensì nell'esperienza tormentosa di scissione e di autismo di questi pazienti, i quali sul palcoscenico della realtà continuano a svolgere i loro ruoli pseudorazionali, e di fronte al terapeuta riconoscono invece esplicitamente o implicitamente, di non esistere addirittura.

e) Con la scoperta della psicosi latente, **Jung** è stato il pioniere della cosiddetta «Psichiatria extra Muros», di quella psichiatria dei pazienti gravi, che tuttavia non finiscono mai in manicomio, e che un tempo erano perciò completamente sconosciuti allo psichiatra. Trasferendo la sua attività psichiatrica dalla clinica allo studio privato, ma mantenendo il suo interesse essenzialmente psichiatrico (che non si limitava cioè solo ai problemi della neurosi e del carattere, ma si estendeva ai fenomeni psicotici), **Jung** è stato in grado di dirci che la percentuale delle psicosi latenti (rispetto alle forme cliniche manifeste) è di ben 10 a uno. Egli non ha sviluppato sistematicamente questo concetto, che equivale praticamente alla scoperta delle forme borderline; ma quale psicoterapeuta non può attestare tutto ciò, con l'esperienza di quei tanti pazienti non clinicamente schizofrenici, i quali descrivono tuttavia quel terribile vissuto di nullità e disorganizzazione, che lo schizofrenico manifesto più non descrive, **ma agisce?**

d) **Jung** è stato il primo ad aver tentato una spiegazione psicodinamica della somiglianza fra psicosi sperimentali (ad esempio da mescalina) e schizofrenia. Egli vede nell'effetto della droga una paralisi di quei meccanismi neuropsicologici, che normalmente bloccano le decine di migliaia di «bit» di informazione», che dalla periferia bombardano le nostre strutture cerebrali, permettendo a queste ultime di elaborare e di dominare il flusso informativo, altrimenti straripante. **Jung** non si serve di questa terminologia, non parla ad esempio, come i neurofisiologici moderni, di «selezioni» delle informazioni, di integrazione e decifrazione di queste alle varie stazioni delle vie ascendenti, di codici semantici; ma dice essenzialmente le stesse cose, quando ipotizzando un «abbassamento» farmacologico della soglia di coscienza — simile per lui a quello postulato da **Janet** —suppone che le «varianti Incoscienti della percezione» (ossia la massa delle informazioni non controllate) amplificano l'atto della «appercezione» fino a riempire l'intera coscienza ed indurvi una «disintegrazione», uno **sfacelo dalla appercezione**. Nella schizofrenia, aggiungerei io, il processo avviene ad un livello più elevato che non quello sensoriale; sì che non tanto gli oggetti si muovono e le forme diventano colorate, come nella psicosi sperimentale tossica, quanto piuttosto i rapporti di causalità, di significato, di Identità del Sé, si trasformano.

Tuttavia, a me sembra che **Jung** nel suo sforzo di comprendere lo psichico, per analogia col biologico, semplieizzi qui troppo; come anche là, quando egli cita ad esempio l'esperienza di ricercatori americani, che attraverso la stimolazione del mesencefalo avrebbero attivato l'esperienza soggettiva di certi archetipi geometrici. La schizofrenia non è solo un'inondazione di informazioni. Vi è, da parte del paziente, il tentativo di comprenderle riferendole all'io di altre persone, e che va sino al delirio di riferimento; vi è la mancanza di attività egolca, per cui l'io non assimila il mondo, ma vie-

ne invece trasformato e scisso da questo; vi è, insieme a questo viraggio di attività— passività, una trasformazione del senso di causalità, e perciò di realtà, in quanto ciò che modifica l'Io diviene per esso fonte abnorme di causalità. Non possiamo attenderci da **Jung** tutti questi insight. È già straordinario il fatto che lui, fra i settanta e gli ottanta anni, non rimaneva attaccato alle sue esperienze di gioventù, ma riformulava continuamente il suo pensiero, mantenendo contemporaneamente il contatto con se stesso e con il progresso altrui.

3) Psicoterapia

Jung è stato anzitutto un grande terapeuta della schizofrenia. Lo, che ho avuto il piacere di conoscerlo, mi sono reso ben conto del fatto, che le sue capacità terapeutiche sovrastavano qui quelle teoretiche. Tuttavia, **Jung** non ci ha lasciato quasi nulla di ciò nei suoi scritti. Inoltre, il suo «pensiero manifesto» sembra qui inferiore al suo « pensiero latente». E' a questo ultimo che voglio dedicare alcune mie considerazioni.

a) Il pensiero manifesto di **Jung dice** ad esempio, che è utile proteggere il paziente schizofrenico dall'attività eccessiva dell'inconscio collettivo, i cui archetipi invadono la coscienza; mostrandogli come queste rappresentazioni archetipiche appaiono anche in contesti culturali reali. Il delirio viene tradotto nella razionalizzazione del mito.

Il pensiero latente che io vedo comunque sottostare a questa concettualizzazione è la scoperta, che non è psicoterapeutico il soffermarsi analiticamente troppo sulla psicopatologia del paziente; sui suoi complessi e le sue resistenze. Il terapeuta deve porsi accanto al paziente psicotico in uno stato d'animo, **da identificarsi con lui e da ricomporre se stesso nella ricomposizione del paziente.** Egli deve far sentire a questi, se non la normalità, certamente la dualità delle esperienze psicotiche; ossia, nella terminologia junghiana, l'universalità degli archetipi. Il valore di una teoria dell'uomo sta, in ultima analisi,

nella sua capacità di fornire spunti validi anche a chi non rimane dentro la teoria. Queste allora continua a vivere anche se superata, e non limita il suo messaggio a chi le rimane ligio.

Credo di poter illustrare questa tesi proprio con il concetto junghiano degli archetipi nella schizofrenia. Conosco molti validi terapeuti, che forse non hanno pronunciato mai, nel corso della loro esposizione, il termine di archetipo e che non si sono preoccupati mai di stabilire quali sono i contenuti mitici della psicosi; e che pur tuttavia hanno compreso l'intenzione profonda di **Jung**.

Jung ritiene, che certi complessi universali del paziente risultano distruttivi, per il fatto che la coscienza non sa assimilarli ed integrarli. Mostrare con **Jung** a tali pazienti l'universalità delle loro rappresentazioni « archetipiche ». affinché essi le integrino, significa, in altri termini, formulare una delle cose più essenziali nella psicoterapia della schizofrenia, ossia il messaggio, che quel che è travisato nei simboli, e che **in questo travisamento diviene distruttivo**, può invece, rottamente inteso e rappresentato, costituire la **componente maggiore del divenire costruttivo**. Il paziente è perseguitato, perché non sa realizzare la sua aggressività; è spiato da orge sessuali perché deve integrare la sua sessualità; egli si sente spersonalizzato perché finalmente realizza, ma in una forma imperfetta, e perciò distruttiva, il fatto di non aver potuto mai essere se stesso. La potenzialità positiva del sintomo psicopatologico non è visibile quando si fa discendere questo sintomo solo da un passato distruttivo; ma diviene visibile nel contesto di attività psichiche, che si attuano a spese del paziente quando non possono trovare il suo concorso; e che trovano il suo concorso solo se interpretate a lui da noi con intelletto di amore. Nella psicoterapia della schizofrenia non basta interpretare i sintomi in chiave razionale; è necessario incontrare il paziente nei suoi sintomi, ossia vivere con lui affettivamente ciò che egli non può esprimere altrimenti che nella terminologia del sintomo.

b) Jung è stato, oltre Ferenczi, il primo in psicoterapia che ha scoperto l'importanza del controtransfert come cardine di tutto il processo; e a questa scoperta egli è stato indubbiamente condotto dal suo lavoro con gli schizofrenici. Le nostre comunicazioni interpretative hanno significato per lo schizofrenico solo nella misura in cui esse sono vettori del nostro controtransfert. E' questo un pensiero, che da molti ricercatori successivi, a cominciare da **Sullivan**, con il suo concetto della «participant observation», fino alla **Sechehave**, si ripete sempre. E' strano, che autori moderni come **Balint**, che sottolineano i contributi di **Ferenczi**, non ricordano la opera pionieristica di **Jung**.

c) In un certo senso è possibile affermare, che lo spirito di riforma, di riabilitazione, di comprensione, che va oggi attraverso tutti gli ospedali di Europa e del mondo intero, trae una sua radice dalla **psicologizzazione del fatto mentale**, dalla **psicoterapia della schizofrenia**, il cui merito principale, da un punto di vista sociale, sta non tanto nella guarigione o nel miglioramento di alcune centinaia di pazienti, quanto piuttosto nell'aver creato un fermento di pensiero, che si sviluppa oggi ovunque con imponenza. **Jung e Bleuler** sono stati gli antesignani di questo movimento. Di ciò lo stesso **Jung** non poteva esser pienamente cosciente. Scomparso agli albori dell'era della riabilitazione, egli continuava ad occuparsi anzitutto del fatto individuale. Ma la profondità, con cui egli vedeva tale fatto individuate, era in fondo lo specchio, in cui si rifletteva il sociale e l'universale.

Non è, a mio modo di vedere, possibile comprendere veramente i contributi positivi di un autore senza meditarne anche i limiti. Desidero perciò concludere questa mia relazione con un breve accenno a quelli che ho sentito soprattutto come limiti nel pensiero di Jung in questo campo.

Anzitutto il fatto dell'assenza di una tecnica. Egli confessa esplicitamente, che qualsiasi riflessione sul metodo terapeutico è impossibile su un terre-

no, in cui la più semplice delle infermiere può avere, nell'incontro col malato, i successi più impressionanti. Questo è intanto vero sino a un certo punto. Una cosa è il singolo incontro col malato, ove una persona dotata affettivamente può sbloccare perfino in pochi minuti un catatonico, e altro è un processo di ricostruzione della personalità, che richiede lunga e sistematica esperienza. Se è anche vero che questa lunga esperienza talora non si autocomprende come una tecnica (come ho visto ad esempio nel bellissimo lavoro terapeutico della Dr. Neumann a Milano), è vero pure che tale tecnica può essere in larga parte incosciente e può divenire quindi sempre oggetto di riflessione metodica.

Affine a questo corso di pensieri è l'altro, che noi non troviamo, nell'opera di **Jung**, quasi nessun dato empirico sulla sua terapia con pazienti schizofrenici. Pur comprendendo la riluttanza a comunicare esperienze cortrotransferali, che talora espongono profondamente il terapeuta, rimane il dubbio di una insufficiente meditazione cognitiva delle varie stazioni del processo terapeutico. E qui si inserisce anche la mia terza osservazione, che l'enfasi posta da **Jung** sugli aspetti archetipici della malattia non mostra troppo chiaramente, come in realtà questi aspetti vanno visti nella direzione dei problemi individuali del paziente, che si riflettono nella prospettiva archetipica dal momento in cui non possono essere più risolti, all'inizio della psicosi, nel contesto personale. Rimane il fatto che, nonostante questi limiti, e anzi, come tutte le cose umane, nei suoi limiti, il contributo di Jung alla nostra conoscenza della schizofrenia è stato grande.

Non frequentemente è possibile far risalire lo sviluppo di una scienza ad un singolo individuo; ma qui possiamo dire che prima di **Jung** una psicoterapia della schizofrenia, nel senso moderno e scientifico della parola, non esisteva neppure.