

Jung e la Psicosi

“Anche quando con un paziente non ho molte speranze, cerco di somministrargli quanta psicologia può tollerare, perché ho visto molti casi in cui gli attacchi successivi furono meno gravi e la prognosi migliore, e precisamente come risultato di una ampliata comprensione psicologica.”

Carl Gustav Jung

“Psicogenesi della schizofrenia”, 1939,

Bollati Boringhieri, Torino, Opere, Vol. 3, 1999, pag. 258

Il tentativo per capire le cause degli stati psicotici¹ e per trovare le cure più appropriate, ha da sempre diviso gli psichiatri in due gruppi, con fondamentali differenze di opinione.

Verso la fine del XIX secolo e nei primi decenni del '900, era in auge, come ci ricorda Ellenberger², un'appassionata controversia tra coloro che credevano che tutti i maggiori disordini mentali fossero causati da malattie fisiche del cervello³ e altri che li vedevano, invece, come il risultato di una lotta dinamica psicologica o di qualche tipo di conflitto grave: i “*Somatiker*” o “*Physiker*” contro gli “*Psychiker*”.

I primi attribuivano le malattie mentali a cause organiche, mentre i secondi sottolineavano le cause affettive di tali malattie⁴.

Dei primi, esponente di spicco è stato certamente il positivista Wilhelm Griesinger con la sua “*Hirnmythologie*”,⁵ noto per il suo celebre aforisma “*le malattie mentali sono malattie del cervello*”.

Quest'articolo, a 50 anni dalla sua morte, è dedicato ad un altro psichiatra, Carl Gustav Jung che, invece, a partire dagli inizi del secolo scorso dedicò tutta la sua vita

¹ Il termine psicosi è stato introdotto in psichiatria solo nel 1845, fondamentale con il significato generico di “*malattia mentale o follia*”, da un romantico, Ernst Von Feuchterleben, poeta, filosofo e medico, Rettore dell'Università di Vienna, nei suoi “*Principles of Medical Psychology*”, aggregando sotto questa voce svariati tipi di sintomi e disturbi (cfr. P.F.Pieri, “*Dizionario junghiano*”, pag. 590, alla voce “*psicosi*”, Boringhieri, Torino, 1998);

² H. Ellenberger, “*La scoperta dell'inconscio*”, 1970, Boringhieri, Torino, 1976, volume primo, pagg. 247/248 e 282/283;

³ la “*noxa patogena*”;

⁴ Ellenberger, cit., pag. 333;

⁵ “*Mitologia del cervello*”, ibidem, pag. 334;

professionale a comprendere “*che accade realmente nei malati di mente?*”, come lui stesso ci ricorda nella sua autobiografia⁶.

Carl Gustav Jung nasce il 26 luglio 1875 a Kesswil, sul lago di Costanza, nel Cantone Svizzero della Turgovia e muore nella sua casa di Kusnacht il 6 giugno 1961.

Jung aveva iniziato i suoi studi all’Università di Basilea, città dove viveva con la sua famiglia, con l’intenzione di diventare filologo e, forse, archeologo.

Un sogno aveva, invece, risvegliato in lui l’interesse per lo studio delle scienze naturali, e, quindi, anche per la medicina⁷.

Si iscrisse, perciò, alla Facoltà di Medicina il 18 Aprile 1895, ove si laureò il 26 Giugno del 1900, conseguendo il titolo di Medico Pratico. L’11 dicembre inizia a lavorare all’Ospedale Psichiatrico Cantonale Burgholzli di Zurigo.

Nel 1905 diviene Primario e, nello stesso anno, viene nominato Libero Docente di Psichiatria alla facoltà di Medicina dell’Università di Zurigo, mantenendo il posto nella clinica fino al 15 aprile 1909, quando si dimetterà dal suo incarico per dedicarsi interamente alla professione privata, e la docenza fino al 1913.

Decise di interessarsi di psichiatria dopo la lettura del Manuale di Psichiatria di Krafft-Ebing⁸, per l’esplicito riferimento che l’autore vi faceva al “*carattere soggettivo*” della materia e al fatto che considerava le malattie mentali “*malattie della personalità*”.

Nella sua Autobiografia⁹ Jung ci parla “*dell’irresistibile fascino*” che ciò suscitò in lui, determinando le sue scelte professionali¹⁰.

Nel periodo dei nove anni trascorsi Burgholzli, che, come ci ricorda Ellenberger, Eugen Bleuler, già studente di Auguste Forel e direttore dell’Ospedale dal 1899, aveva trasformato in un “*monastero della ricerca*”¹¹, Jung, si dedicherà in particolare modo allo studio delle psicosi, che in quegli anni diventarono l’ambito elettivo della sua pratica clinica istituzionale.

Quando inizia a lavorare, vi si respirava un clima culturale in cui confluivano¹²:

- la corrente di pensiero propria della *psichiatria tedesca naturalista*, di stampo organicista e positivista, che ricercava nel “danno” (la lesione anatomica) o nel disturbo metabolico, la “noxa patogena”, causa della malattia;
- la corrente di pensiero della *psichiatria francese*, maggiormente attenta alla dimensione psicologica, che coglieva nello studio dei fenomeni dissociativi l’esistenza di differenti stati di coscienza e l’esistenza di uno psichismo inconscio, che sfuggiva al controllo della volontà, e che individuava nel

⁶ C. G. Jung, “*Ricordi, sogni, riflessioni*”, 1961, Rizzoli, Milano, 1978, pag. 152;

⁷ C. S. Hall, G. Lindzey, “*Teorie della Personalità*”, 1957, Boringhieri, Torino, 1966, pag. 77;

⁸ Il “*Lehrbuch der psychiatrie*”, v. anche Ellenberger, cit., vol. 2, pag. 770;

⁹ C. G. Jung, “*Ricordi, sogni riflessioni*”, cit., pag. 146;

¹⁰ cfr. anche “*Jung parla*”, 1977, Adelphi, Milano, 1995, pag. 527;

¹¹ H. Ellenberger, cit., pagg. 335/338;

¹² C. Gullotta, “*Jung e la psicopatologia*”, seminari alla sezione napoletana dell’AIPA, non pubblicati, gennaio-febbraio 2007;

“rapporto” del medico con il paziente una dimensione affettiva di inestimabile valore ed importanza per la cura (si pensi ai fondatori della prima psichiatria dinamica, come i “magnetisti” Mesmer e Puysegur e, successivamente, ai contributi forniti da Charcot, Janet, Liebault, Bernheim attraverso le ricerche e gli studi condotti sui pazienti tramite l’ipnosi);

- la corrente di pensiero della *nascente psicoanalisi* di Sigmund Freud, la cui originalità stava nel fatto che i suoi studi tentavano non tanto e non solo di dimostrare l’esistenza della mente inconscia, quanto anche e soprattutto di scoprirne e definirne la struttura¹³.

All’interno di questa atmosfera scientifica, Jung incomincia le sue ricerche sulla schizofrenia.

Esse si snoderanno lungo un arco di tempo che andrà dai suoi iniziali studi psichiatrici condotti in ospedale, fino agli ultimi anni della sua vita, per un periodo di oltre 50 anni, in cui si occuperà sempre non solo del tentativo di comprendere il significato psicologico dei sintomi della psicosi, e di curarle con strumenti psicologici, ma anche del tentativo di elaborare nuove concezioni circa la loro eziologia, tenendo in conto soprattutto la storia psicologica dell’ammalato.

In tutta la sua voluminosa opera, infatti, sono rintracciabili gli interessi per la psicosi ed è possibile riconoscere un *file rouge* che si dispiega all’interno di tutta la sua speculazione teorica, che lo accompagna per tutta la vita professionale, partendo dalla sua prima monografia, “*Psicologia della dementia praecox*”, scritta nel 1907, e che arriva fino al 1957, quando, in “*La schizofrenia*”, (articolo pubblicato nel 1958) al 2° Congresso Internazionale di Psichiatria di Zurigo, poco tempo prima di morire, sintetizzò i tanti anni di lavoro e di ricerche condotte in questo ambito.

Jung scrisse sette lavori specifici sulla schizofrenia¹⁴:

- “*Psicologia della dementia praecox*” (1907);
- “*Il contenuto delle psicosi*” (1908/1914);
- “*Importanza dell’inconscio in psicopatologia*” (1914);
- “*Malattia mentale e psiche*” (1928);
- “*Psicogenesi della schizofrenia*” (1939);
- “*Nuove considerazioni sulla schizofrenia*” (1957/1959);
- “*La Schizofrenia*” (1958).

Tedeschi¹⁵ ci illustra come l’interesse di Jung fu volto da una parte alla comprensione del significato psicologico dei contenuti dei sintomi, dall’altro allo studio dei meccanismi eziopatogenetici generali della schizofrenia.

¹³ Lancelot Law White, “*L’inconscio prima di Freud*”, 1960, Astrolabio, 1970, pagg. 54/67;

¹⁴ cfr. anche G. Tedeschi, “*Jung-Freud: un dilemma inattuale*”, il capitolo “*Jung, Freud e la schizofrenia*”, Astrolabio, 1979, pagg. 38/44 e G. Tedeschi “*Elementi di Psichiatria Psicodinamica*”, capitolo 6, “*Psicodinamica della schizofrenia*”, Il Pensiero Scientifico, 1975, pagg. 65/81, e A. Malinconico “*Uno spazio per Ofelia*, in “*Cure analitiche e psicosi*”, Rivista di Psicologia Analitica, 74/2006, nuova serie, n. 22, pagg. 11/38;

¹⁵ Tedeschi, 1975, cit.;

Nella sua ricostruzione storica dell'opera di Jung, ci indica come questa possa essere suddivisa, sul piano teorico, in due fondamentali filoni di pensiero:

- il primo, in cui Jung si convince sempre più di quanto, alla base delle sofferenze patite dal paziente psicotico, vi sia sistematicamente un doloroso *tema affettivo*, per cui l'attenzione al *fattore psicologico* prende sempre maggiormente corpo nei suoi studi e nelle sue riflessioni. Infatti, secondo lui il *fattore psicologico* è, quale causa, agente fondamentale nello scatenarsi della malattia e, quale contenuto, elemento imprescindibile per spiegare e comprendere i sintomi. In tal modo riesce a dare loro un significato, restituendo dignità al vissuto dell'esperienza schizofrenica e importanza alla storia psicologica e non solo medica dell'ammalato;
- il secondo, in cui, accanto all'interesse per la dimensione psicologica soggettiva del paziente, prende corpo nel suo lavoro sulla ricerca delle cause l'idea dell'esistenza nello schizofrenico di una *specifico debolezzza dell'Io*, con una concomitanza di fattori psicologici e biologici quali agenti causali. Tale *specifico debolezzza* renderebbe l'Io disastrosamente permeabile ai contenuti affettivi presenti nella psiche a livello inconscio, favorendo in tal modo nel paziente la disposizione alla dissociazione.

Invece, sul piano terapeutico, col suo *approccio affettivo* alla psicosi¹⁶, Jung appare significativamente influenzato dalla filosofia della natura e dalla psichiatria romantica.

Il messaggio del romanticismo, in aperto contrasto con l'illuminismo ed il positivismo, che danno importanza al primato della ragione sui moti dell'animo, contempla la possibilità di far coesistere, a livello psichico, razionalità e non razionalità.

In questo senso, Jung appare interessato alla "*comprensione romantica della malattia mentale*"¹⁷, passando dall'asetticità fredda e impersonale, del laboratorio del medico-neurologo e neuropatologo, di ispirazione materialista, positivista e meccanicista, al contatto creativo con le "*turbolenze affettive, vive e calde, della relazione psicologica terapeutica in cui la sofferenza psichica è curata non dal naturalista ma dallo spiritualista, curatore dell'anima*"¹⁸.

Jung, con questo suo modo originale di relazionarsi ai pazienti, e di condividere le loro esperienze schizofreniche, ci porta gradualmente dal modello delle scienze naturali, che comporta l' "*equivalenza del malato psichico con il malato somatico (organico)*"¹⁹, e che reifica la sua sofferenza in una malattia organica, escludendo

¹⁶ C. Gullotta, 2007, cit.;

¹⁷ A. Carotenuto, "*Alla ricerca di una teoria generale*", Seminario non pubblicato, anno accademico 1977/1978, Corso di Laurea in Psicologia, Facoltà di Magistero, Università di Roma, Cattedra di Teorie della Personalità;

¹⁸ A. Carotenuto, 1977/1978, ibidem;

¹⁹ G. Farina, "*I modelli conosciuti in psichiatria nelle loro antinomie e nella loro interazione*", in "La Pratica Analitica", Numero 9, Maggio 1994, pag. 52;

qualunque “*vissuto terapeutico della persona che soffre*”²⁰, ad un modello *altro*, di tipo *antropologico*.

In questo modello la sofferenza psichica soggettiva dell’esperienza psicotica non è ridotta ad altro da sé, ma viene riempita di senso nella misura in cui è tematizzata rispetto al suo rapporto dialettico con il mondo degli altri e con il mondo-ambiente²¹: viene così superata da Jung la concezione riduttiva, solipsistica, di tipo individualista, tipo *sistema chiuso*, della malattia mentale che veniva rimandata esclusivamente alla *costituzione* ed alla *ereditarietà tipica* della storia medica dell’ammalato .

Il suo modello, infatti, si basa su di una concezione olistica della persona, che si propone di superare i limiti della psichiatria accademica del xx secolo, classificatoria, psicopatologica e descrittiva, per far sì che diventi, piuttosto, scienza dell’intersoggettività: capace di cogliere il senso dell’esistenza dello psicotico attraverso l’esplorazione del suo mondo interno, accogliendolo sia nella sua connotazione individuale che in quella interpersonale.

Nel fare questo Jung, fin dall’esordio dei suoi interessi psichiatrici, appare portatore di un proprio pensiero originale che, maturato all’interno della sua esperienza ospedaliera, prenderà poi uno sviluppo del tutto personale, sia rispetto alla concezione della psiche in generale, che della psicosi in particolare.

Nei nove anni che lavorò al Burgholzli ovviamente incontrò pazienti molto diversi da quelli che frequentavano gli studi privati: si trattava, infatti, di persone la cui estrazione sociale, culturale ed economica era decisamente differente da quelli che, provenendo dalla ricca e benestante borghesia, si potevano permettere un trattamento psicoanalitico privato.

Né, tantomeno, le loro problematiche psicologiche potevano essere paragonate a quelle dei ricchi aristocratici afflitti da conflitti di natura prevalentemente sessuale, come quelli della “Vienna Vittoriana” in cui lavorava Freud.

L’ “Epoca Vittoriana” era caratterizzata prevalentemente dalla tendenza morale collettiva ad occultare in tutte le sue manifestazioni la base istintiva dell’agire umano, sotto un mascheramento massiccio ed ipocrita.

Jung, invece, lavorando nell’Ospedale Psichiatrico, incontrava soggetti prevalentemente psicotici e, quindi, affetti da problematiche di vita sostanzialmente diverse dai nevrotici.

Ciò lo metteva in contatto con una tipologia di sintomi psicopatologici, prevalentemente i “deliri” e le “allucinazioni”, in cui si manifestava una ricchezza psicologica altrimenti assente nei disturbi di tipo nevrotico.

²⁰ Gaetano Benedetti, “*Mutamento della psichiatria nel panorama culturale*”, seminario tenuto il 10 e 11 ottobre del 1988 alla Scuola di Specializzazione in Psichiatria della Facoltà di Medicina dell’Università di Perugia;

²¹ In quest’apertura del pensiero junghiano alle influenze dell’ambiente sulla psiche e sulle sue vicende evolutive, si scorge, in nuce, una *matrice relazionale* nella teoria relativa alla psicogenesi del disturbo psicotico, rilevandosi da parte sua un’importante attenzione alle vicissitudini affettive nelle relazioni col mondo, basilari nell’indagine conoscitiva della storia psicodinamica della patologia schizofrenica.

Per Jung i “motivi universali” di sofferenza, che puntualmente rilevava nei contenuti psicologici di questi sintomi, erano legati ai dilemmi, ai conflitti e alle contraddizioni dell’esistenza che caratterizzano la storia e l’evoluzione del genere umano, e che l’uomo da sempre ripropone a se stesso.

Quella “*ricca esperienza emotiva di contenuti simbolici*”²², che lo aveva colpito per la frequenza con cui si manifestava nel vissuto degli psicotici, sotto forma di “simboli universali”, che più tardi definì “archetipi”, quali contenuti specifici di quello strato impersonale della psiche che identificò nell’ “inconscio collettivo”.

Scrivendo G. Benedetti²³: “*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*”.

Il 27 Aprile 1902 Jung aveva discusso con Bleuler la sua tesi di specializzazione, “*Psicologia e Patologia dei Cosiddetti Fenomeni Occulti*”²⁴.

Vi indagava i temi relativi all’ipnotismo, al sonnambulismo, ai fenomeni telepatici, alla chiaroveggenza, sostenendo concetti chiave che evidenziano, ancora prima del suo incontro con Freud, la sua particolare ed originaria concezione della psicologia dell’inconscio²⁵:

- *non sempre* i fenomeni che si osservano a livello inconscio sono interpretabili attraverso l’ipotesi del meccanismo della rimozione;
- l’inconscio *non coincide* con il rimosso;
- l’inconscio è considerato “*la matrice dell’evoluzione della personalità*”;
- in esso si osservano “*contenuti complessuali autonomi*”.

Il materiale utilizzato per la tesi è vario: risale al periodo in cui viveva a Basilea, dove effettuava gli esperimenti spiritici con la cugina medium, Helene Preiswerk; riguarda i primi approfondimenti degli scritti di Freud; deriva dalle sue prime ed intense esperienze affettive vissute con i pazienti ricoverati nell’Ospedale Psichiatrico e dalle ricerche condotte con il “Reattivo di Associazione Verbale”.

Fin dal 1901, infatti, Bleuler aveva incaricato Jung di condurre esperimenti sulle associazioni verbali, utilizzando questo test, che da poco era stato introdotto all’interno del Burgholzli dallo stesso Direttore e che era stato elaborato da Galton sulla tecnica inventata da Wundt²⁶.

²² A. Carotenuto, “*Senso e contenuto della Psicologia Analitica*”, Boringhieri, Torino, 1977, pag. 20;

²³ G. Benedetti, “*Psicologia analitica e prassi psichiatrica*”, in “*Le ragioni della follia*”, Rivista di Psicologia Analitica, Marsilio, Padova, n. 19, 1979, pag. 53;

²⁴ C. G. Jung, 1902, Boringhieri, Torino, 1974;

²⁵ P. Devescovi, “*Il giovane Jung*”, seminario, non pubblicato, alla sezione napoletana dell’AIPA, 2006;

²⁶ cfr. Ellenberger, cit., volume 2, pag. 801 e J. Kerr, “*Un metodo molto pericoloso*”, 1993, Frassinelli, Milano, 1996, pagg. 44/51;

Consisteva in una lista di 100 parole da leggere al paziente, chiedendogli di rispondere con la prima parola che gli si presentava alla mente, mentre su una scheda si scrivevano le risposte date ad ogni parola stimolo.

Era associato alla misura della conduttività elettrica cutanea: il riflesso cuti-galvanico.

La grande intuizione di Jung fu la seguente: ogni volta che si verificava un ritardo fra stimolo e risposta non si trattava semplicemente di una mancata risposta.

Piuttosto, l'intervista al paziente consentiva di ottenere ulteriori indizi, utili ai fini della comprensione dei suoi problemi psicologici.

Interessandosi al modo in cui avvenivano e si manifestavano le interferenze nel processo associativo, evidenziò che la risposta al test era influenzata da una "emozione inconscia": *"Si passava così da un'analisi quantitativa (i tempi di reazione) ad una analisi qualitativa, cioè si giungeva al valore diagnostico dei disturbi del processo associativo"*²⁷.

Le risposte ritardate, le risposte particolari, bizzarre, apparentemente senza senso, l'assenza di risposte, diventavano dei rivelatori psicologici dell'effetto perturbante sulla coscienza del soggetto di ciò che Jung chiamò *"complessi a tonalità affettiva"*, cioè *gruppi di rappresentazioni a forte carica emozionale, localizzati nell'inconscio che, se attivate da uno stimolo, perturbano la coscienza*.

Quindi, le interferenze osservate durante la somministrazione della lista di 100 parole sono tutti indicatori della presenza di un complesso, che il paziente o vuole nascondere (nei casi di simulazione) o di cui non è consapevole (nei casi psicopatologici).

Il "Reattivo di Associazione Verbale" diventava, così, lo strumento per dimostrare sperimentalmente l'esistenza della psiche inconscia che, in quanto tale, opera indipendentemente dalla volontà cosciente.

Con gli esperimenti condotti sui pazienti psicotici,²⁸ Jung, comprese che i complessi *"interferiscono con l'intenzione della volontà della coscienza; provocano disturbi della memoria e blocchi nel pensiero di associazione; affiorano e scompaiono obbedendo a una loro propria legge; ossessionano temporaneamente la coscienza, oppure influenzano in maniera inconscia la parola e l'azione: si comportano quindi come esseri autonomi, cosa questa particolarmente evidente in stati abnormi"*²⁹.

Questo implica che, sotto l'influenza di un'emozione e di un affetto, particolarmente intensi e penosi, la psiche si dissocia³⁰, spiegando anche l'autonomia del complesso che, presente nella componente inconscia della psiche, appare distaccato dal resto della totalità psichica.

²⁷ P. Devescovi, 2006, cit.;

²⁸ Jung fondò un vero e proprio laboratorio di psicopatologia sperimentale all'interno del Burghölzli, come lui stesso racconta nella sua Autobiografia (opera citata, pag. 158);

²⁹ C. G. Jung, *"Determinanti psicologiche del comportamento umano"*, 1937, Boringhieri, Torino, Opere, Vol. 8, 1976, pag. 139;

³⁰ Ciò lo portò a teorizzare il principio della "dissociabilità della psiche".

Autonomia è una parola che proviene dalla lingua greca:

- Autòs = Sé;
- Nomos = Legge.

Il complesso, in tal senso, è una “legge in sé stesso”, perché si comporta come un essere indipendente, come se possedesse una sua propria e specifica volontà, esistenza, personalità³¹. Inoltre ha un potere costellante: si arricchisce sempre più di energia, attraverso esperienze successive che si aggregano a livello ideo-affettivo attorno al nucleo primitivo.

E’ così che diventa: *“un centro indipendente di forza psichica, costituito da parti psichiche frantumate della nostra personalità, gruppi di contenuti psichici che si sono staccati dalla coscienza e funzionano in modo arbitrario e autonomo”*³².

La rilettura del libro di Freud, *“L’Interpretazione dei sogni”*³³ dà a Jung la conferma delle sue intuizioni, come lui stesso dice: *“Scoprii come combaciava con le mie idee”*³⁴. La conoscenza del meccanismo della rimozione, infatti, tipico della psicologia delle nevrosi, consente a Jung di dare *“una spiegazione soddisfacente della reazione ritardata nelle tecnica delle parole associate”*³⁵.

Nel 1906 manda a Freud il suo lavoro sugli *“Studi di Associazione verbale”* ed inizia la loro corrispondenza che proseguirà fino al 1913, quando le loro strade si separarono, e nel 1907 gli invia il suo primo libro relativo agli studi ed alle ricerche condotte in quegli anni, *“Psicologia della dementia praecox”* e, nel marzo di quello steso anno, si incontrano per la prima volta, a Vienna, a casa di Freud, intrattenendo una conversazione che, quasi senza interruzioni, durò per 13 ore.

Leggendo quest’opera relativa alla *“dementia praecox”*³⁶, vediamo quanto Jung sia stato un pioniere nella comprensione e nella cura della psicosi, attraverso l’interpretazione psicologica del mondo schizofrenico, anticipando osservazioni che precedono di anni le moderne tecniche di approccio al paziente grave, centrate soprattutto sull’importanza della condivisione affettiva e profonda, da parte del terapeuta, del suo mondo interno³⁷.

³¹ Jung aveva già approfondito le sue conoscenze circa la effettiva realtà dei contenuti psichici inconsci quando, fino all’Aprile 1903, dopo la discussione della tesi di specializzazione, aveva frequentato le lezioni di P. Janet all’Ospedale Salpêtrière di Parigi: in particolare quelle su *“Isteria e Psicoastenìa”*, dove aveva appreso i concetti di *“abaissement du niveau mental”* e di *“dissociazione psichica parziale”*, che avvaloravano le sue teorie circa i *“contenuti complessuali autonomi”*, rappresentati nella sua tesi e poi verificati sperimentalmente (v. anche Ellenberger, cit., il capitolo 6, volume primo, *“Pierre Janet e l’analisi psicologica”*, pagg.387/475;)

³² J. Jacobi, *“La Psicologia di C. Gustav Jung”*, 1971, Boringhieri, Torino, 1973, pag. 54;

³³ Siamo adesso nel 1903: già negli anni precedenti Bleuler aveva invitato Jung a studiare questo lavoro di Freud e a relazionare nella riunione di staff con i medici dell’équipe dell’Ospedale (v. l’Autobiografia, cit., pagg. 187/188 e anche Ellenberger, cit., volume secondo, pagg. 803/804);

³⁴ C. Gustav Jung, cit., 1961, pag. 188;

³⁵ E. A. Bennet, *“Che cosa ha veramente detto Jung”*, 1965, Ubaldini, Roma, 1967, pag. 20;

³⁶ Tale termine fu sostituito da Bleuler nel 1911 con quello di *schizofrenia*, v. anche Ellenberger, cit., pag. 335;

³⁷ Basti pensare ai contributi della Secheaye, della Swing, di Searles, di Benedetti, ecc;

Già in questo testo la sua visione della psicosi schizofrenica è globale, in quanto, pur non mancando di prendere in considerazione l'esistenza di una radice fisiologica, organica, per comprenderne la genesi, propone, in un modo del tutto originale ed innovativo per quei tempi, la possibilità di un'interpretazione psicologica della condizione, del comportamento e del delirio schizofrenico.

Attraverso l'analisi delle associazioni dei pazienti ci dice che le frasi assurde, i neologismi e le incongruenze possono assumere pieno significato.

Vogliono dire: sofferenze, desideri frustrati, espressi con modalità distorte di comunicazione da una mente sconvolta e annichilita dal dolore psichico.

Nella sua prospettiva la condizione schizofrenica si rivela un "*sogno infinito*": il delirio si organizza sulla realtà inconscia di traumi profondi e di complessi rimossi, secondo le modalità del pensiero fantastico. Accosta il pensiero schizofrenico al sogno, solo che è a occhi aperti.

Jung ritiene che sia un concorso di fattori a determinare l'instaurarsi di un quadro clinico di tipo schizofrenico.

Rileva che l'insorgenza di uno stato psicotico è da riconnettersi inevitabilmente ad una debole struttura della coscienza, che è, di conseguenza, poco adatta a resistere all'afflusso del materiale a forte connotazione affettiva emergente dall'inconscio.

Questo materiale psichico inconscio è caratterizzato dalla particolarità del suo tono affettivo, che è determinato dalla presenza di complessi legati a traumi insostenibili, capaci di portare all'abbassamento del livello di coscienza ("*l'abaissement du niveau mental*" di Janet) e, quindi, al delirio.

Ciò, però, non spiega perché insorga una schizofrenia e non una nevrosi isterica.

L'ipotesi etiopatogenetica di Jung, nel 1907, per tentare di dare una spiegazione alle sue osservazioni, è che, probabilmente, compare nello schizofrenico un'anomalia metabolica che, danneggiando il cervello in maniera più o meno grave, porta alla demenza precoce.

L'anomalia metabolica produrrebbe la liberazione di una tossina: ciò sarebbe la causa dell'azione disgregatrice sulla coscienza da parte del complesso a tonalità affettiva.

Tuttavia non è ancora chiaro se la sostanza tossica svolga un ruolo primario o secondario: cioè se la tossina renda il complesso più virulento, intensificandone gli effetti, perché ha indebolito le capacità di elaborazione della coscienza oppure se non sia l'intensità e la virulenza stessa degli affetti che caratterizzano il complesso, a liberare la tossina.³⁸

Nel 1907, allo stato delle conoscenze di allora, l'intervento di un fattore organico di questo tipo era l'unica ipotesi cui poter fare riferimento per spiegare i differenti effetti

³⁸ Tema che ancora oggi si dibatte nel complesso rapporto psiche-soma: "*i due fattori – quello psichico e quello organico – presentano una singolare contemporaneità. Accadono allo stesso tempo e sono, io penso, due aspetti diversi esclusivamente per la nostra mente, ma non nella realtà. Li vediamo separati per la nostra totale incapacità di pensarli contemporaneamente*", C. G. Jung, 1935, "*Psicologia analitica. Conferenze alla Clinica Tavistock*", Mondatori, Milano, 1975;

che un complesso poteva avere sulla coscienza di un paziente, determinando l'insorgenza di una psicosi schizofrenica o di una nevrosi isterica.

Anni dopo, nel 1914, invece, ipotizza che la differenza fra isteria e schizofrenia, laddove il complesso attivo sia lo stesso, non è tanto nella componente organica³⁹ ma nel *“tipo psicologico”*:

- l'introversione caratterizza lo schizofrenico;
- l'estroversione caratterizza l'isterico.

Nel 1919 parla di *“sensibilità congenita”*, di una *“debolezza strutturale dell'io”* che può predisporre alla psicogenesi della schizofrenia: *“Dal punto di vista psicologico la psicosi è uno stato mentale in cui elementi precedentemente inconsci prendono il posto della realtà. Che una simile conversione conduca all'isterismo o alla dementia praecox dipende, naturalmente dalla predisposizione del paziente. Nel caso che il paziente possa conservare i suoi rapporti emotivi ... allora diventa isterico. Invece, se rompe interamente i suoi legami emotivi con gli esseri umani al punto che essi non destano in lui alcuna risonanza, diventa schizofrenico”*⁴⁰.

Nel 1939 osserva che la schizofrenia è dovuta all'affiorare di materiale arcaico, archetipico, che soverchia l'io razionale.

La presenza di questi contenuti non è di per sé patologica, perché esiste in tutti gli esseri umani, in quello che definì *“inconscio collettivo”*: una struttura cerebrale ereditata, patrimonio arcaico della specie, comune a tutta l'umanità.

I contenuti archetipici diventano patologici nel momento in cui l'immagine arcaica inconscia, l'archetipo, invade la coscienza inflazionandola.

L'identificazione dell'io con un archetipo, dà luogo al delirio, che avrà per contenuto immagini e simboli arcaici.

Ciò può essere dovuto all'eccessiva debolezza dell'io, che scopre il fianco all'inconscio, determinando un *“abaissement du niveau mental”*, oppure ad una eccezionale forza a livello affettivo dei contenuti emergenti dell'inconscio.

Molti anni dopo, nel 1956, ripropone l'ipotesi di una radice organica della schizofrenia, parlando di un'alterazione biochimica del cervello, indicandola nella liberazione di una sostanza di tipo mescaliforme⁴¹.

Nel 1957 Jung arriva ad una concezione psicosomatica: la schizofrenia sarebbe dovuta all'azione disgregatrice sulla coscienza di un agente tossico liberato dall'enorme tensione psichica – di natura affettiva – insita nei complessi dominanti.

Confrontiamo queste conclusioni di Jung, del 1957, con quelle formulate 51 anni dopo da F. De Masi, psichiatra e psicoanalista freudiano che così scrive: *“Pur rispettoso del metodo psicoanalitico, il punto di vista che propongo tiene conto della base biologica della psicosi e della complessa relazione tra mente e cervello.*

³⁹ La *“tossina”*;

⁴⁰ C.G.Jung, *“Il problema della psicogenesi nella malattia mentale”*, 1919, Opere, Vol. III, Boringhieri, Torino, 1999, pag. 234;

⁴¹ A questo riguardo si pensi ai moderni studi biochimici che evidenzerebbero nella schizofrenia un'alterazione nella trimetilazione di alcune amine biogene, tra le quali la dopamina, che, una volta alterata, darebbe luogo ad una sostanza biochimicamente mescalinosimile;

Molti contributi psichiatrici e neuroscientifici hanno messo in luce la presenza di alterazioni biologiche del cervello nel corso dello stato psicotico. La mia idea è che, più che di base biologica, per la psicosi sia opportuno parlare di mediazione biologica del disturbo mentale.

Propongo, infatti, di considerare la psicosi un'esperienza trasformativa biopsicologica, una malattia psicosomatica in cui la mente è in grado di produrre trasformazioni nel suo substrato biologico. Lo stato psicotico equivale ad una condizione drogata autoindotta, mediante la quale la mente produce alterazioni biochimiche nel soma (cervello)”⁴².

Riprendiamo il pensiero di Jung: in seguito alla destrutturazione dell'Io, così determinata, interverrebbero (essendo inibiti i centri superiori) dei contenuti arcaici, configurazioni archetipiche che strutturano un modo primitivo di vita e di pensiero.

Le configurazioni archetipiche interverrebbero, così, allo scopo di creare compensativamente nuovi orientamenti: imbattendosi in una coscienza alterata e indebolita, finirebbero col darle il colpo di grazia.

In questo modo, la schizofrenia altro non è che un tentativo mal riuscito di autoguarigione: *“Per Jung il delirio è un tentativo di recupero dell'Io, una Weltanschauung sui generis attraverso cui lo schizofrenico cerca di accettare se stesso, una sorta di filosofia privata, personale”⁴³.*

Freud riteneva non applicabile il metodo psicoanalitico alla schizofrenia, considerata una nevrosi narcisistica: il ritiro della libido dagli oggetti comporta la regressione sull'Io e ciò rende impossibile l'instaurarsi della nevrosi di transfert. Per cui non tentò mai la psicoterapia.

Cosa che invece fece Jung che, per primo, credé nella possibilità di poter curare con la psicoterapia le psicosi.

Scriva G. Benedetti: *“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”⁴⁴*

Nel 1928, in *“Malattia mentale e psiche”*, aveva scritto⁴⁵: *“La psicogenesi della schizofrenia spiega perché certi casi più leggeri possono venire guariti con la psicoterapia. Ma riguardo a queste possibilità di guarigione non dobbiamo essere troppo ottimisti, perché la natura della malattia, la disgregazione della personalità, ostacolano proprio l'agente essenziale della terapia, vale a dire la possibilità di poter influire sulla psiche.”*

Mise in evidenza la possibilità di guarire i casi più lievi, dove la coscienza non è ancora completamente disgregata e mentre Freud riteneva che solo in un futuro, attraverso le necessarie modifiche della tecnica psicoanalitica si sarebbero potute

⁴² F. De Masi, *“Vulnerabilità alla psicosi”*, Raffaello Cortina, Milano, 2006, pag. 6;

⁴³ G. Tedeschi, cit., 1979, pag. 41;

⁴⁴ G. Benedetti, *“Jung e la schizofrenia”*, in *“Jung e la cultura europea”*, Rivista di Psicologia Analitica, Marsilio, Padova, Vol. IV, n. 2, 1973, pag. 413;

⁴⁵ C. G. Jung, 1928, Opere, Vol. III, Bollati Boringhieri, Torino, 1999, pag. 242;

curare anche le psicosi, Jung aveva un altro atteggiamento: anzi, proprio rispetto al discorso sul metodo della tecnica, è sempre stato contrario all'idea che potesse esistere una tecnica unica, uguale per tutti.

Scriveva nel 1921, in *“Tipi Psicologici”*: *“Non è problema di metodo, ma ogni analista è il metodo che dà se stesso al suo paziente”* e nel 1945: *“Ogni psicoterapeuta non è soltanto il suo metodo: ‘è egli stesso quel metodo’. ‘Ars totum requirit hominem’, dice un antico maestro. In psicoterapia, il grande fattore di guarigione è la personalità del terapeuta”*⁴⁶.

Al 2° Congresso Internazionale di Psichiatria di Zurigo, nel 1957⁴⁷, Jung ribadirà questo concetto⁴⁸: *“E’ un problema di devozione umana, di dedizione profonda, di autentico interesse da parte di chi tratta questi pazienti, e non di metodo...Sarebbe un errore pensare che esistano metodi di trattamento più o meno adatti. I presupposti teorici a questo riguardo non hanno praticamente alcun significato. Si eviti dunque di parlare di metodo...In effetti anche le schizofrenie gravi si possono considerevolmente migliorare o persino guarire con il trattamento psichico, nella misura in cui la propria costituzione resiste”*.

Sempre nel 1957, Jung precisa le sue modalità di approccio agli schizofrenici.

Gli fu portata una paziente, molto grave, che udiva “voci” sparse per l'intera superficie del corpo, di cui quella centrale era localizzata all'altezza dello sterno, ed era la voce di Dio. Nonostante considerasse il caso disperato - per il fatto che la paziente oltre ad essere gravemente ammalata, era vecchia, incolta e poteva essere vista da Jung solo poche volte l'anno - decise di accettare il trattamento.

Questo fu attuato attraverso una singolare partecipazione di Jung al delirio della paziente: *“La voce di Dio le disse che doveva convincermi a permetterle di leggere ad ogni seduta un capitolo della Bibbia da me scelto, di impararlo a memoria a casa e di meditarlo fra una seduta e l'altra. Poi, nella successiva seduta, avrei dovuto farglielo recitare. Questa proposta che all'inizio appariva bizzarra, si rivelò in seguito come una misura terapeutica non trascurabile, in quanto l'esercizio fece sì che non solo le capacità verbali ed espressive della paziente, ma anche il rapporto psichico, venissero notevolmente migliorati. Il risultato consistette nel fatto che dopo circa otto anni il lato destro del corpo era completamente libero dalla voci. Queste perdurarono solo sul lato sinistro”*⁴⁹.

In questo caso l'approccio terapeutico utilizzato potrebbe essere definito come esaudimento dei bisogni inconsci della paziente.

Jung, cioè, ha centrato i suoi sforzi terapeutici nell'accogliere ed esaudire le richieste dell'inconscio, evitando di occuparsi in maniera diretta dell'Io della paziente, peraltro fragilissimo.

⁴⁶ C. G. Jung, *“Medicina e psicoterapia”*, 1945, in *“Pratica della psicoterapia”*, Opere, Vol. 16, Bollati Boringhieri, Torino, 1993, pag. 98;

⁴⁷ La sua relazione pubblicata nel 1958, *“La schizofrenia”*, in Opere, Vol. 3, Bollati Boringhieri, Torino, 1999;

⁴⁸ C. G. Jung, *“La schizofrenia”*, Opere, Vol. 3, cit., pag. 280;

⁴⁹ Ibidem, pag. 281;

Non si è posto al di sopra o al di sotto delle richieste dell'inconscio, ma accanto ad esse, stabilendo così una relazione simmetrica e carica di impliciti significati simbolici, fra la sua psiche e quella della paziente: in pratica vivere il sogno e l'allucinazione assieme al malato.

La sua intensa partecipazione affettiva, spinta fino ad un'apparente identificazione nei confronti del delirio, aveva potuto così costituire lo strumento per concretizzare la relazione con l'inconscio, mentre il lavoro sui contenuti avrebbe dovuto essere avviato solo in tempi successivi.

Dice G. Benedetti ⁵⁰: *“Ricordo un colloquio con Jung...in cui egli mi parlava del modo in cui aveva risposto alle allucinazioni astruse di una paziente schizofrenica...si era avvicinato ad un suo scaffale pieno 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, così, nella grande cerchia dei vivi e dei morti, che erano come lei, attraverso la persona dello psichiatra”*.

Per Jung, in generale, il maggiore aiuto alla terapia viene dalla conoscenza - da parte del paziente come dello stesso terapeuta - delle rappresentazioni a contenuto archetipico.

Il terapeuta deve lavorare sulle rappresentazioni collettive emergenti dall'inconscio del paziente, evitando di fare uso di una psicologia personalistica.

La posizione di Jung è esplicita: *“poiché la fascinazione prodotta dai contenuti archetipici è particolarmente pericolosa, mi sembra che la spiegazione del significato impersonale di questi, sia particolarmente utile, ciò in certo contrasto con la discussione dei complessi personali. Questi ultimi sono le cause che hanno provocato originariamente le reazioni e le compensazioni arcaiche, perciò possono provocare di nuovo in ogni momento le stesse conseguenze*.

*Per questo si deve aiutare il paziente a distogliere almeno temporaneamente il suo interesse dai fatti personali di eccitazione, per rendergli possibile un generale orientamento ed una visione più chiara della sua confusa situazione. Mi sono fatto una regola di fornire al paziente tutte le conoscenze psicologiche possibili”*⁵¹.

L'approccio terapeutico di Jung è finalizzato a far sì che gli aspetti egoici siano momentaneamente messi da parte, centrando il lavoro analitico sugli aspetti transpersonali della psiche.

Ciò può avvenire gradatamente, facendo sì che l'inconscio venga assimilato all'Io in maniera meno minacciosa, grazie alla funzione protettiva svolta dal terapeuta.

Secondo Jung è possibile una positiva integrazione fra l'io e l'inconscio, nella misura in cui nella coscienza dello schizofrenico siano creati, con l'ausilio del terapeuta, rappresentazioni di natura simbolica.

⁵⁰ G. Benedetti, 1979, cit., pag. 55;

⁵¹ C.G.Jung, 1957, op. cit., pagg. 281/282;

In riferimento alla metodologia junghiana si può parlare più di approccio alla schizofrenia che di condotta terapeutica standardizzata, dove le cose che più contano, secondo l'analista svizzero, sono il contatto umano e la dedizione al paziente, con il suo *“sacrificio personale”*, più che il metodo.

Per Jung ogni malattia rappresenta il dilemma personale di un individuo: la storia personale è il *“segreto”* del paziente, la causa della sua rovina, ma rappresenta anche la chiave per comprendere il suo atteggiamento.

Per trovarla, occorre prima di tutto un contatto umano prolungato con il paziente.

Scrivendo ancora Benedetti⁵²: *“Un altro concetto di Jung che per me è stato significativo ... è che il terapeuta si trasforma egli stesso assieme e attraverso il suo paziente; che il processo terapeutico è duale”*.

Per cui in ogni incontro con lo psicotico, ciascuno dei membri della coppia terapeutica riceve e dà qualcosa all'altro.

Per Jung, *“il medico ha qualcosa da dire, ma anche il paziente”*: è in questo senso che ogni psicoterapia deve essere dialogo e incontro.

Il terapeuta non deve vivere con il suo paziente un rapporto freddo e distaccato: deve sapersi calare nella sua esperienza, non vivendo la relazione terapeutica come il momento dell'incontro fra normale e folle, con limiti definiti. Per comprenderlo deve saper vivere in se stesso, accogliendola, la sua ambivalenza, intesa come rapporto dialettico fra bene e male, fra normalità e follia.

Confrontiamo il pensiero di Jung con quello di Searles: *“il terapeuta ai livelli più profondi dell'interazione terapeutica, introietta temporaneamente i conflitti patogeni e li elabora a un livello intrapsichico, inconscio oltre che conscio, utilizzando in questo le risorse del suo Io, che è relativamente forte. Il paziente, quindi, a sua volta per introiezione, coglie i frutti di questo lavoro terapeutico intrapsichico che si è svolto nel terapeuta”*⁵³.

Il terapeuta deve sapersi situare nel mezzo: solo calandosi nell'inconscio – la *discesa agli inferi* – tenendosi però ancorati alla propria coscienza, si può vivere, per Jung, l'esperienza della pienezza, della globalità e risorgerne mutati. Solo così si può avere l'esatta pregnanza dell'esperienza schizofrenica: sottolineando l'importanza di un incontro vero ed autentico con il paziente psicotico, evitando il tentativo di adattarlo a quella stessa realtà alienante che ha creato in lui proprio la frattura psicotica. In questo senso il suo contributo alla psicoterapia della schizofrenia appare fondamentale.

Auspiciando un approccio dialettico allo psicotico, senza demarcazioni fra conscio e inconscio, normalità e follia, la sua *clinica delle psicosi* diventa una ricerca di tipo antropologico, tesa a comprendere più che a spiegare, dove la malattia mentale, con tutto il suo carico di sofferenza, diventa una possibile *“crisi trasformativa”* dell'esistenza: la ricerca di una nuova identità.

⁵² G. Benedetti, 1979, cit., pag. 57;

⁵³ H. F. Searles, *“Scritti sulla schizofrenia”*, 1958, Boringhieri, Torino, 1974, pag. 203;

Nel suo pensiero, infatti, nella psicosi si esprime, sia pure in modo drammatico e tumultuoso, una tendenza soggettiva al rinnovamento: attraverso il sintomo, cioè, prende corpo una sofferenza psichica individuale profonda, dovuta all'assenza di senso e alla perdita del significato della propria vita.

In questo modo Jung ci conduce in una dimensione originale in cui lo psicotico da malato si fa persona, diventando "*individuo relazionabile*", mentre il campo della comprensione psicologica si allarga, includendo entrambi i poli della relazione: terapeuta e paziente.

L'essenza della presenza terapeutica del curante si realizza nell'attenzione alle esigenze di significato positive celate nel comportamento psicopatologico, dove la crisi è un processo di passaggio da un modello adattativo ad un altro, un processo di cambiamento globale, ampio e rapido, determinato dallo scacco dell'equilibrio precedente.

Il paziente, non più riducibile ad elementi, ma compreso nella sua interezza, diventa una "*globalità significativa*", in cui il sintomo non è più un elemento di ordine obiettivo, ma un prodotto della psiche soggettiva che, per essere compreso nei suoi complessi significati, rimanda necessariamente agli elementi psichici inconsci che lo costituiscono.

La psicoterapia si fa, così, ricerca del valore simbolico del sintomo, luogo di incontro di elementi consci e inconsci, che si dispiega in un campo relazionale intersoggettivo, dove, quale elemento imprescindibile per la ricerca del senso, emerge la disponibilità interna all'intendere da parte del terapeuta: disponibilità finalizzata alla ricerca condivisa del progetto trasformativo individuale che, inconsapevolmente, lo psicotico esprime con la propria sofferenza.

Il continuo richiamo alla soggettività presente nel suo modello psicoterapeutico, ci stimola a guardare alla psicosi non più come ad una malattia contro cui lottare, espressione di una alienità intrusiva e nemica, ma come ad una "*possibilità*" e "*intenzionalità*", che vanno iscritte, con l'aiuto del curante, in un nuovo sistema di significazione, che può dischiudere la via ad un diverso orientamento personale nella vita.

Contrapponendosi ad una certa psichiatria organicista e biologista, che si affanna a cercare il senso dell'esistenza nelle molecole e nei recettori, suddividendo i pazienti in *responders* e *non responders*, Jung, a mio avviso, con il suo modello di comprensione psicoterapeutico del disagio psichico, ci aiuta a *pensare la psicosi*, lasciandoci in *eredità* quella che si potrebbe definire *l'etica dell'ascolto*.

L'*ascolto* posto alla comprensione della complessità della sofferenza, che si dispiega nella costruzione di un *doppio sguardo terapeutico*, rivolto all'innato e all'ambiente, alla vita psichica e alla vita esteriore, a ciò che vi è di *malato* e di *sano*, badando ad accogliere non solo ciò che è deficitario, che manca, ma anche ciò che è inconsapevolmente in itinere, prospetticamente, per ritrovare la fiducia nella *non ineluttabilità* del destino psicotico.

Così Jung contribuisce a modificare sostanzialmente il "*paradigma medicale*" adottato nei confronti del "*folle*".

La ricaduta che ne viene è tutta sul *fare* terapeutico, laddove i cambiamenti del paradigma di riferimento, inevitabilmente, modificano il modo di pensare e di *trattare* i malati e, parallelamente, il modo di concepire la cura.

Grazie a Jung, infatti, si è modificato il tipo di *sguardo* gettato sulla sofferenza psichica., superando la versione demenziale della malattia mentale e l'idea dell'inguaribilità del soggetto schizofrenico. E parallelamente, attraverso la comprensibilità dei sintomi, si è sviluppata la consapevolezza dell'esistenza di un mondo psichico da esplorare e comprendere attraverso la condivisione terapeutica della sofferenza.

Concludendo, Jung si fa promotore della necessità di essere attento all'essere globale al mondo del paziente, affinché si comprenda sia quanto è stravolto dalla psicosi e, anche quanto, però, attraverso la comprensione psicologica del suo vissuto, questo stravolgimento catastrofico può essere influenzato positivamente: passando, così, ad una visione più *ottimistica* e della malattia e della cura.

Inoltre, e questo mi pare fondamentale, giunge a questa conclusione utilizzando un *paradigma psicologico*, al cui interno è inclusa sia la consapevolezza dell'esistenza di una dimensione psichica inconscia presente nella malattia, e sia che la relazione con il singolo paziente è centrale per capire quanto ogni caso ha una sua specificità, una sua storia e un suo particolare decorso: non esiste la schizofrenia ma, piuttosto, esistono gli schizofrenici.

Ed è all'interno di questo paradigma psicologico che Jung riesce a farsi promotore di un contributo terapeutico fondamentale, che si sostanzia nell'interesse dato all'importanza del controtransfert: quindi al ruolo svolto dell'osservatore, all'interno di una dimensione affettiva profonda, che si radica nell'intersoggettività dell'incontro terapeutico.

E' attraverso il controtransfert, *positivo e concordante*, che il terapeuta vive dentro di sé il mondo interno del paziente, dandogli un senso, cosa che il paziente, da solo, non è in grado di fare: in questo modo il paziente psicotico recupera la propria relazionalità, grazie al nuovo senso di sé che il terapeuta gli può restituire, dopo aver metabolizzato le sue parti scisse che gli ha messo dentro⁵⁴.

⁵⁴ V. anche A. Malinconico, 2006, cit., pagg. 11/38.

Il termine “psicosi” viene ufficialmente adottato nel linguaggio psichiatrico solo nel 1845 da un “romantico”, il barone Ernst Von Feuchterleben, medico e filosofo, Rettore dell’Università di Vienna, nei suoi “Principles of Medical Psychology”, aggregando sotto questa voce svariati tipi di sintomi e disturbi.

Attraverso la graduale assimilazione del pensiero positivista, la psichiatria dell’800 giunge alla oggettivizzazione del malato di mente, decretando progressivamente la vittoria degli “phisiker” o “somatiker” contro gli “psychiker”.

Prevale, così, poco alla volta, una concezione naturalistica del disturbo psicotico, che predilige la ricerca delle cause organiche delle malattie mentali, piuttosto che affettive, decretando la fine della psichiatria romantica.

“Le malattie mentali sono malattie del cervello”: è questo il celebre aforisma di Wilhelm Griesinger che dà vita alla “Hirnmythologie”, Mitologia del cervello, ossia la ricerca biologica, istopatologica e anatomica del danno somatico, della noxa patogena, responsabile delle alterazioni psichiche del paziente.

Sarà soltanto dagli inizi del ‘900 in poi, grazie agli studi clinici condotti dall’equipe medica dell’Ospedale Psichiatrico Burgholzli di Zurigo, eminentemente diretta dallo psichiatra Eugen Bleuler, che la ricerca psicodinamica si affiancherà a quella psicopatologica, descrittiva, tipica della psichiatria accademica, integrandola con le conoscenze della nascente psicoanalisi di Sigmund Freud.

Personaggio di spicco del rinnovamento delle conoscenze psichiatriche di inizio secolo attorno alle cause ed alla cura delle psicosi è Carl Gustav Jung che, per primo, si occupò della psicoterapia degli schizofrenici proprio all’interno dell’Ospedale di Zurigo, formulando originali contributi che anticiparono gran parte degli attuali approcci clinici alla patologia grave, fondati essenzialmente sulla condivisione profonda da parte del terapeuta dell’esperienza schizofrenica, attraverso la partecipazione empatica al suo dolore ed un attento uso del controtransfert.