

Dalla dementia praecox alla schizofrenia: Jung tra organicismo e psicogenesi

Eliana Forcignanò
Università del Salento

ABSTRACT

This paper has an objective: to tell about schizophrenia's history between Nineteenth and Twentieth century by mean of the work of C. G. Jung and E. Bleuler. If E. Kraepelin characterized schizophrenia as dementia praecox, Bleuler wrote that this disease is a Spaltung (tearing) that concerns thinking and feeling, while Jung introduced a new concept adopted by Freud too: the complex, meaning a representation with emotional characteristics. The effects generated by the complex come into the consciousness and are the cause of disease. Jung affirms that dementia praecox has psychological origins and he was persuaded by this theory until his death.

In the last part of this paper, we write about Janet's *idées fixes* and complex: which were their similarities? Which their differences? We write about this because, although there are short accounts about this problem, however the subject is even more noteworthy.

Keywords: schizophrenia, complex, *idées fixes*, Bleuler, Jung, Janet.

Dalla dementia praecox alla schizofrenia: Jung tra organicismo e psicogenesi

Introduzione

Questo contributo si propone di costituire non una rassegna clinica sulla schizofrenia, bensì una ricognizione di carattere storico sul fenomeno schizofrenico che, tuttavia, tratta solo una parte delle indagini che si sono succedute tra la fine dell'Ottocento e i primi del Novecento sulla patologia della *dementia praecox* come l'aveva denominata E. Kraepelin. Proprio da questa definizione prende le mosse la nostra indagine, esaminando la significativa contestazione alle tesi kraepeliniane da parte di E. Bleuler che, nel 1908, diede alle stampe un volume di cardinale importanza nella storia della psichiatria intitolato *Dementia praecox o il gruppo delle schizofrenie*, opera che rivide nel 1911 e che scardina il concetto di schizofrenia come demenza per porre all'attenzione dei clinici la nozione di *Spaltung* (scissione) delle facoltà psichiche.

Pochi anni prima di lui, nel 1907, il suo collaboratore C. G. Jung aveva pubblicato *Psicologia della dementia praecox*, un'opera in cui egli si poneva l'obiettivo non solo di analizzare le più recenti conoscenze sulla *dementia*, ma anche di delineare una prima teoria del complesso destinata ad accompagnarlo, sia pur con significative modifiche che quest'articolo tenta di porre in luce, nel corso di tutta la sua produzione. In particolare, rimarrà stabile nella concezione junghiana l'idea di complesso quale insieme di "rappresentazioni connotate affettivamente", anche se Jung insiste maggiormente nel 1907 sull'idea di un'innervazione somatica del complesso, teoria che sarà palesemente diluita nel 1934 in favore di una più netta predilezione dell'Autore per un effetto eminentemente psichico della rappresentazione complessuale. Analogamente, analizzando la *dementia*, Jung sarà sempre più persuaso della matrice psicogena di tale patologia, benché la sua visione "condizionalista" gli permetterà di riconoscere, negli anni Trenta, un'interdipendenza fra disagio psichico e predisposizione originaria che non verrà mai del tutto abbandonata, al punto da giungere a sostenere, ne-

gli anni Cinquanta, la localizzazione fisica dell'archetipo in base a determinate acquisizioni sperimentali che s'illustrano in questa sede.

Particolare riguardo è dedicato, nella trattazione, al concetto di libido junghiano inteso quale paradigma esplicativo del disagio psicotico, in quanto la fissazione della libido introvertita sull'archetipo determinerebbe la scissione schizofrenica connotata da un vistoso divario fra il "dentro" e il "fuori".

L'ultima parte dell'articolo è, invece, dedicata a un confronto tra la nozione di "idea fissa" così come viene riformulata da P. Janet e quella di complesso junghiano: si ritiene, infatti, che, nonostante i cenni presenti nel *Trattato di psicologia analitica* diretto da A. Carotenuto¹, la relazione fra Janet e Jung sia stata poco affrontata e, sebbene lo scopo della ricerca non fosse quello di delineare meglio l'influenza di Janet su Jung, non si sarebbe potuto omettere di operare un esame comparativo del concetto d'idea fissa e di quello di complesso, ponendo in luce analogie e differenze. Ciò anche in considerazione di un recente ritorno d'interesse per Janet in seguito alla pubblicazione in Italia di un'antologia dei suoi scritti cui, in questa sede, si è più volte fatto ricorso.

1. Fra Jung e Bleuler, fenomenologia ed etiologia della *dementia praecox*

È il 1908 quando E. Bleuler dà alle stampe il volume intitolato *Dementia praecox o il gruppo delle schizofrenie*, tentando di coniugare la visione psicoanalitica freudiana con le conoscenze psichiatriche². Ne sortisce un risultato forse poco felice sul piano della psicoanalisi che viene del tutto sottoposta alle conoscenze della medicina del tempo e alle osserva-

1 AA. VV., *Trattato di psicologia analitica*, a c. di Carotenuto A., voll. 2, Utet, Torino 1992.

2 Secondo la definizione di Cancrini L., curatore dell'edizione italiana del volume, quello di Bleuler è un esempio di "metodo misto", ossia un "tentativo interessante, anche se inevitabilmente incompleto, di verificare la compatibilità della ricerca psicoanalitica con quella propria della psichiatria" (dall'*Introduzione* di Cancrini L. a Bleuler E., *Dementia praecox o il gruppo delle schizofrenie*, trad. it., La Nuova Italia, Roma 1985, p. 12).

zioni fenomenologiche³. Analizziamo quest'opera per scorgere quella che si potrebbe definire un'eclissi della libido intesa quale energia ancora eminentemente sessuale per approdare a una visione della psicosi – e, in particolare, della *dementia praecox* – nella quale è preponderante l'idea di un disturbo associativo e, in secondo luogo, affettivo che viene attribuito a cause ignote varianti da una non meglio specificata “predisposizione” a una non ancora individuata *noxa* presente nell'organismo⁴. Certo, si potrebbe obiettare che neppure la regressione della libido e la stretta saldatura di quest'ultima a un complesso autonomo fornisce, in ultima analisi, una spiegazione esaustiva del fenomeno schizofrenico, tuttavia un confronto fra la tesi di Bleuler e quella di Jung ci permetterà di comprendere meglio quanto il nostro Autore differisse nel metodo d'indagine dal suo primo antico maestro e interlocutore⁵.

Occorre, infine, ricordare che *Dementia praecox* (1908/1911) è po-

- 3 Con l'aggettivo “fenomenologiche” s'intende riferirsi letteralmente all'osservazione del fatto, perché – secondo la testimonianza di E. Minkowski – Bleuler ignorava la fenomenologia husserliana al momento della redazione del suo lavoro sulla schizofrenia e furono lo stesso Minkowski insieme con Binswanger a riconnettere le ricerche di Husserl con gli studi psichiatrici. Scrive Minkowski a tal proposito: “Quanto alla fenomenologia, crediamo di poter affermare con certezza che Bleuler ha ignorato completamente l'opera filosofica di Husserl nel momento in cui scriveva il suo libro sulla schizofrenia. E in seguito ha sempre formulato riserve a proposito dell'applicazione di questo metodo ai fenomeni psicopatologici” (Minkowski E., *La schizofrenia*, trad. it., Einaudi, Torino 1998, p. 156).
- 4 Kraepelin era del parere che la malattia fosse causata dall'accumulo di “sostanze di origine sessuale” nel cervello, ma questa etiologia era stata posta in discussione da Christian, il quale aveva sostenuto nel 1899 che nei dementi precoci – e, in particolare, negli ebefrenici – l'attrazione per l'altro sesso che dovrebbe manifestarsi in età adolescenziale è invece quasi del tutto assente, nonostante i pazienti praticino onanismo o altre aberrazioni sessuali. Essi risultano, però, di una frigidità pressoché assoluta (Cfr.: Garrabé J., *Storia della schizofrenia*, trad. it., Magi, Roma 2001, p. 77).
- 5 Come ricordano Garrabé J. nel suo già citato *Storia della schizofrenia* e Carotenuto A. in *Diario di una segreta simmetria* (Astrolabio-Ubaldini, Roma 1999), Jung era *privatdozent* di Bleuler e clinico presso il Burghölzli: proprio qui il padre della psicologia analitica ebbe occasione di elaborare le sue prime osservazioni sulle psicosi e di trattare Sabina Spielrein: il resoconto clinico del trattamento sarà reso noto da Jung al Primo Congresso di Psichiatria e Neurologia tenutosi ad Amsterdam nel 1897 e sarà pubblicato nel 1908 con il titolo *Freud'she Hysteriethorie* (*Teoria freudiana dell'isteria*).

steriore a *Psicologia della dementia praecox* (1907) di Jung, tuttavia, avendo Jung esposto le sue concezioni in maniera progressiva in diversi scritti, si analizzeranno prima le tesi di Bleuler per rendere più agevole il successivo confronto critico.

La concezione krapeliniana risalente al 1896 aveva caratterizzato la *dementia* quale “deterioramento precoce” riferendosi soprattutto alla sfera cognitiva e suddividendo la patologia in sottogruppi la cui validità era fondata sulla correlazione fra i sintomi. Bleuler accetterà tale suddivisione, però avvierà la sua indagine a partire da un interrogativo: la schizofrenia – termine coniato da lui stesso che muta radicalmente la prospettiva scientifica, perché pone l’accento non sulla perdita delle facoltà cognitive, bensì sulla *Spaltung* – è necessariamente deterioramento? Nella maggior parte dei casi, il deterioramento è presente, tuttavia il tratto universale è la “scissione delle diverse funzioni psichiche”. Ciò dà origine ad alterazioni ravvisabili nella sfera del pensiero, del sentimento e dei rapporti con l’esterno che non si riscontrano – ma sarebbe più corretto ricorrere all’imperfetto – nelle altre patologie psichiche.

La prima parte dell’opera di Bleuler è incentrata sull’analisi della sintomatologia e sulla distinzione che egli istituisce tra sintomi primari e sintomi accessori. Si collocano fra i sintomi primari il disturbo associativo e quello dell’affettività.

Il disturbo associativo si caratterizza per una fenomenologia specifica. In primo luogo, si osserva la carenza o la completa mancanza di rappresentazioni finalizzate, ossia di un intento dimostrativo nell’argomentare. In secondo luogo, si ha il cosiddetto “pensiero laterale” che consiste nell’incapacità da parte del paziente di svolgere un ragionamento seguendo una linea associativa principale e nella tendenza a disperdersi in associazioni collaterali. In terzo luogo, il pensiero è completamente dissociato, ossia manca il procedimento logico-razionale tipico dell’argomentazione. Questo tipo di sintomatologia determina, nei casi più gravi, un blocco di pensiero e uno stato stuporoso che contribuiscono a conferire al paziente un’aria inebetita. Si può, tuttavia, determinare anche il contrario del blocco, ossia una necessità compulsiva di pensare – denominata proprio “impulso a pensare” – nel quale si registra una “fuga d’idee”⁶ che rende impossibile fissare il pen-

6 Bleuler ricorda che la locuzione appartiene a Jung.

siero. Fondamentale nel disturbo associativo è il fattore della distraibilità, ossia la tendenza del paziente più o meno sviluppata ad accogliere uno stimolo esterno che possa interrompere le sue funzioni nella maggior parte dei casi ecolaliche ed ecoprassiche.

Il disturbo dell'affettività si caratterizza per un'imponente regressione degli affetti, che determina indifferenza e autismo. Ora, è bene chiarire che l'indifferenza di Bleuler non è propriamente una mancanza d'affetto, bensì un'assenza di modulazione affettiva a cagione della quale il contenuto del pensiero varia, ma l'affetto che dovrebbe accompagnarlo non vi si adatta. È evidente che la psiche dello schizofrenico è ancora capace di produrre affetti, tuttavia, lo smarrimento della capacità di modulazione produce inevitabilmente una reazione affettiva dissonante rispetto ai moti del pensiero, come provano i fenomeni di "paratimia", in cui la tristezza accompagna un evento allegro, e di "paramimia" in cui l'allegria accompagna un evento triste. Nei casi di analisi ben riuscita – scrive Bleuler – il paziente è in grado di reagire correttamente se esposto a quei complessi che hanno provocato in parte l'agitazione concomitante all'esordio patogeno. È bene precisare, tuttavia, che, nonostante si riferisca a una "ferita vitale" dello schizofrenico, Bleuler non ritiene i complessi etiologicamente dominanti: scriverà Minkowski che, nell'ottica bleuleriana, i complessi non scavano il vuoto della schizofrenia, bensì lo riempiono con il loro contenuto e determinano il significato del sintomo⁷.

Appartiene allo schizofrenico un altro fenomeno patologico affettivo: l'ambivalenza che si traduce nella tendenza ad attribuire alla stessa rappresentazione sentimenti ora gradevoli ora sgradevoli. L'ambivalenza è causa diretta dell'ambitendenza, ossia un'ambivalenza della volontà che induce a desiderare e non desiderare contemporaneamente la medesima cosa. Sul piano intellettuale, l'ambivalenza rappresenta una violazione palese del principio di non contraddizione in una costante corrispondenza di "pensiero" e "contropensiero".

Accanto all'indifferenza si colloca l'autismo che è un vero e proprio distacco dalla realtà in favore del predominio della vita interiore. Da qui la chiusura al mondo esterno e la tendenza a mantenere celati i propri complessi. Si osservi che, nella trattazione di Bleuler, il termine "com-

7 Cfr., Minkowski E., *La schizofrenia*, cit., p. 155.

plesso” parrebbe non propriamente conforme all’accezione junghiana, perché – com’è noto – per Jung il complesso è sempre inconscio e può esser portato a coscienza solo attraverso una terapia⁸. Il paziente non può celarlo volontariamente perché non ne è a conoscenza.

Se il distacco dalla realtà esterna si aggrava, assistiamo all’insorgenza del pensiero autistico che può coesistere con quello realistico, tuttavia diverge significativamente da quest’ultimo, in quanto segue leggi proprie ed è contraddistinto da una logica parziale, da associazioni casuali che si compiono per via analogica e simbolica su base affettiva.

A questo punto, Bleuler torna a porsi la domanda da cui era partito: lo schizofrenico è demente? La sua risposta non è univoca, poiché egli non manca di osservare che il disturbo schizofrenico dell’intelligenza sussiste e si caratterizza per lo stato confuso delle associazioni e per l’indifferenza in cui sono evidenti apatia, abulia e ritiro sociale, tuttavia quella dello schizofrenico potrebbe essere una “pseudodemenza”, perché, nonostante reazioni inadeguate alle situazioni ambientali, le funzioni intellettive fondamentali si conserverebbero inalterate, pertanto la demenza schizofrenica corrisponderebbe a un’“anomalia” derivante dalla combinazione di più fattori fra i quali emergono gli effetti del disturbo associativo, l’indifferenza, l’irritabilità e l’autismo. Tali fattori inducono una compromissione della fantasia che determina uno scarso talento poetico e altrettanto scarse facoltà estetiche in generale, eccezion fatta per i casi di schizofrenia lieve in cui il senso estetico è persino favorito, in particolare la poesia per le associazioni inconsuete e davvero bizzarre⁹.

Bleuler prosegue la sua trattazione occupandosi dei sintomi accessori, fra i quali hanno un’importanza preminente le dispercezioni, le idee deliranti e i sintomi catatonici.

Le dispercezioni si distinguono, a loro volta, in illusioni e allucinazioni: le illusioni consistono nell’interpretare erroneamente uno stimolo che il paziente percepisce. Le allucinazioni consistono, invece, nella percezione di stimoli inesistenti nella realtà. Sia le illusioni sia le allucinazioni possono essere visive, uditive, tattili, gustative, somatiche,

8 Cfr., Jung C. G., *Considerazioni sulla teoria dei complessi* (1934) in *Opere*, vol. VIII, trad. it., Bollati Boringhieri, Torino 1996.

9 Cfr., Bleuler E., *Dementia praecox o il gruppo delle schizofrenie*, cit., p. 84.

tuttavia si segnalano, fra le dispercezioni, le voci: si tratta di allucinazioni uditive che possono essere “nominanti” o “profetiche”, ossia nominare oggetti, pronunciare il nome del paziente o anticipare eventi; esse possono costituire un’eco del pensiero del soggetto cui sembra di sentir sussurrare o gridare ciò che egli stesso cogita. Infine, le voci ipostatizzano i complessi e gli affetti del paziente, talvolta ingenerando una profonda confusione perché esprimono speranze, desideri, timori in maniera simultanea e mescolandosi fra loro. Bleuler pone in luce la possibilità che il paziente ritenga le voci localizzate nel corpo: le voci familiari, per esempio, risiedono nel cuore, ma è singolare il caso di un paziente che ode la voce di una ragazza nella mano sinistra con la quale è solito masturbarsi¹⁰. Esse sono influenzate significativamente da fattori contingenti, ma dipendono in un certo senso dalla volontà, poiché il paziente rivolge attenzione alle voci dialogandovi, ma ciò non esclude che egli possa anche esserne sorpreso improvvisamente. Le voci possono essere classificate in base a quattro caratteristiche principali: in primo luogo, l’intensità che varia dal bisbiglio all’urlo, il che non è necessariamente connesso con l’attenzione attiva del paziente. In secondo luogo, la chiarezza: le voci possono udirsi in maniera ben distinta o confusa. In terzo luogo, la proiezione verso l’esterno: le voci possono essere attribuite dal paziente a persone reali e può sussistere transitivismo, ossia l’idea che altri, all’esterno, odano le medesime voci che appartengono al paziente e, in qualche modo, le conoscano. Anche i pazienti più intelligenti sono sovente in dubbio sulla natura delle proprie dispercezioni, essendo incapaci di dire se odano voci o se le pensino. In quarto e ultimo luogo, si ha il valore di realtà: il paziente può andare incontro a un autentico “conflitto di realtà” in cui l’allucinazione vince sulle percezioni effettive. Non è raro che si provi vergogna per ciò che le voci dicono e che si abbia difficoltà a parlarne per timore di essere considerati matti.

Alle voci possono associarsi idee deliranti, le quali sono latrici di desideri e timori. Il loro contenuto predominante è quello persecutorio: il delirio fondamentale – nella concezione di Bleuler che si avvicina

10 Cfr., *ivi*, p. 104. Bleuler osserva inoltre che: “Come nelle altre malattie, anche nella schizofrenia le allucinazioni si presentano nel momento in cui i malati sono lasciati a se stessi” (p. 109).

nuovamente alla nozione di complesso – è quello egocentrico che comprende tutti gli altri e, in particolare, il delirio di persecuzione il quale si esplica nel delirio di grandezza – celante aspirazioni erotiche – e nel delirio d’inferiorità – celante sentimenti di colpa, rovina e numerose autoaccuse –. Delirio di grandezza e delirio d’inferiorità possono coesistere pur in contrasto fra loro e pur costituendo una palese violazione della logica. Nei paranoici che conservano pressoché integra l’intelligenza si assiste alla costruzione di veri e propri sistemi logici deliranti fondati, però, su premesse false. Non è infrequente che il delirio sia suscitato dalla diffidenza che persiste anche dopo il trattamento e la parziale remissione dei sintomi. Il paziente si sente costantemente sotto minaccia e l’unico modo per attenuare il delirio è stornare la carica affettiva dal quale esso è contraddistinto (oblio del delirio).

Concludiamo la rassegna dei sintomi primari e secondari secondo Bleuler con i sintomi catatonici che comprendono automatismi, stati stuporosi, manierismi, stereotipie, catalessia. Fra tali sintomi meritano particolare attenzione gli stati stuporosi, poiché essi possono dipendere da un fenomeno cui anche Jung dedicherà attenzione e che è conosciuto con il nome di “negativismo”, ossia la tendenza del paziente a fornire una risposta negativa là dove il medico si attenderebbe una risposta positiva. Bleuler riconosce la possibilità che il negativismo sia generalmente legato a un complesso e rappresenti la radice delle “risposte per traverso” dello schizofrenico che mirano a occultare le richieste riguardanti il complesso stesso. Bleuler distingue un negativismo esterno che concerne la risposta al medico e uno interno, a cagione del quale il paziente – influenzato dalle voci che esprimono sempre parere contrario rispetto alla sua volontà – decide di farsi deliberatamente del male. Le voci, in questo caso, sono “voci del pro e del contro” che proibiscono o comandano sempre in opposizione alla volontà del malato dinanzi al quale si aprono due vie: apatia o disperazione¹¹.

11 Nella critica junghiana alla teoria del negativismo di Bleuler, il fondatore della psicologia analitica lamenta il carattere episodico attribuito alla sessualità in relazione alle manifestazioni negativistiche: in realtà – scrive Jung – il negativismo è il risultato della resistenza del paziente al complesso (Cfr.: Jung C.G., *Critica a Bleuler, “Teoria del negativismo schizofrenico”*, trad. it., in *Opere*, vol. III) e Freud ha dimostrato la natura sessuale del complesso.

Nella parte seconda della sua trattazione, Bleuler offre una ricognizione sulla nomenclatura kraepeliniana della *dementia praecox*, tradizionalmente suddivisa in paranoide, catatonica, ebefrenica, introducendo, però, una quarta denominazione che – secondo quando sostiene L. Pelizza¹² – sarà accolta da Kraepelin solo nell’ottava edizione del suo *Trattato di psichiatria*, pubblicato nel 1919: si tratta della *schizofrenia simplex*, caratterizzata da progressiva debilitazione intellettuale e affettiva che rende il paziente inabile alla cura di se stesso e nei rapporti con gli altri. Possono mancare del tutto i sintomi accessori, pertanto la diagnosi si fonda più che sulla constatazione di un quadro sintomatico evidente, sulla probabilità e, dunque, sulla latenza della patologia stessa. Ora, anche nel caso della *schizofrenia simplex* la prognosi è decisamente sfavorevole, poiché se – come si è detto in precedenza – la guarigione consiste nella *restitutio ad integrum* del soggetto, questa è resa impossibile dall’idea sconcertante che l’integrità psichica del paziente potrebbe risalire a tempi davvero remoti: in breve, il medico non conosce lo stato precedente la patologia, se si considera che i primi sintomi, quali irritabilità e tendenza all’isolamento, potrebbero essersi manifestati già nell’infanzia ed esser passati inosservati. In breve, si tratta di quelle progressive e inesorabili “modificazioni del carattere” che condurranno alla malattia, ma che sono impercettibili al loro esordio. Piuttosto che di guarigione, Bleuler postula la possibilità di un miglioramento, ossia di una ripresa, seppur con difficoltà, della vita sociale e professionale.

Sebbene più breve delle altre, la pregnanza filosofica della parte quarta dell’opera di Bleuler è imprescindibile, poiché essa propone una riflessione sul concetto di malattia e da essa sono inevitabilmente dipendenti anche i restanti capitoli del volume che riguardano le possibili cause della schizofrenia e il suo trattamento. Ciò in quanto la patologia, per essere individuata e descritta, non può basarsi soltanto sul corredo dei sintomi: una volta individuato il sintomo principale – o il gruppo principale di sintomi – sostiene Bleuler – è necessario procedere a una disanima del rapporto con eventuali altri sintomi, con il de-

12 Pelizza L., *Schizofrenia simplex. Attualità del pensiero di E. Bleuler* in *Journal of Psychopathology*, vol. 10, Giugno 2004, (www.jpsychopathol.it/issues2004/vol.10/2/pelizza.htm).

corso, con l'esame dei reperti anatomici e, possibilmente, con l'individuazione del disturbo di base. Per quanto concerne la schizofrenia, il disturbo di base – secondo Bleuler – è quello associativo, ma, data l'impossibilità d'individuare la causa della patologia, ci si deve inevitabilmente appellare a un criterio diagnostico sintomatico, secondo la procedura già seguita da Kraepelin per l'individuazione della *dementia praecox*, la quale risponde al concetto di malattia in primo luogo perché è delimitata rispetto all'esterno possedendo un corredo di sintomi che le appartengono in via esclusiva; in secondo luogo, perché la presenza o meno di sintomi accessori non modifica l'essenza della malattia; in terzo luogo, perché i quadri patologici, fluttuando l'uno nell'altro, forniscono l'idea di unitarietà della malattia; in quarto luogo, per la facilità nel reperimento dei criteri diagnostici. Ciò che Bleuler critica di Kraepelin è proprio la suddivisione della *dementia* in sottogruppi, compito che egli ritiene debba essere affidato ai ricercatori futuri.

Ora, per quanto concerne le cause, Bleuler prende in considerazione l'ereditarietà e le predisposizioni individuali, tuttavia egli sostiene la sostanziale indipendenza della schizofrenia dalle circostanze esterne¹³, pertanto le costellazioni traumatiche, lungi dall'essere cause della patologia, costituiscono soltanto eventi in grado di slatentizzare la malattia medesima. Bleuler si dimostra pessimista sulle possibili terapie della schizofrenia: egli pare più favorevole a una prevenzione collettiva e individuale che si realizza attraverso la sterilizzazione dei soggetti a rischio e la rinuncia per loro a progetti particolarmente ambiziosi. Anche quando si attua la cosiddetta terapia del lavoro, è importante assegnare al paziente occupazioni semplici, il più possibile lontani dall'istituzione all'interno della quale l'individuo dovrebbe essere recluso solo se pericoloso per sé e per gli altri. Non bisogna, infine, dimenticare la straordinaria tendenza all'affaticamento di alcuni pazienti che impedisce lavori intellettualmente impegnativi e continuativi. Una terza via terapeutica che Bleuler contempla è il trattamento a letto con conten-

13 Scrive Bleuler: “La schizofrenia sembra indipendente dalle circostanze esterne. Si verifica in condizioni di povertà e ricchezza; in ogni situazione, regolare o irregolare, fortunata o sfortunata. Ogni clima e ogni razza producono schizofrenia” (Bleuler E., *Dementia praecox...*, cit., p. 254). È evidente che vissuti psichici sgradevoli “possono condizionare” il manifestarsi della schizofrenia, tuttavia non la causano.

zione e isolamento: lo psichiatra, cosciente del fatto che questo sistema contraddica il *no restraint*, consiglia di mitigare la contenzione attraverso la sorveglianza e l'ingaggio di personale infermieristico specializzato. Migliori speranze non sembrano provenire dalla somministrazione di farmaci come l'apomorfina – responsabile di crisi emetiche – e dalla terapia abreativa, poiché, nei casi gravi, anche in seguito alla scoperta di complessi i pazienti non migliorano. Allora, quali obiettivi può proporsi il trattamento della schizofrenia? Bleuler insiste sullo sviluppo di autocontrollo e disciplina, nonché sulla resistenza all'autolesionismo, sul quale, però, lo psichiatra espone un punto di vista originale e, in breve, favorevole al suicidio: se il malato conduce una vita non degna di esser vissuta, se egli ha consapevolezza della profonda condizione di dolore e prostrazione in cui la malattia lo getta, allora perché imporgli a tutti i costi di vivere? È così che il medico si trasforma in esecutore dei biechi dettami della società e abdica alla sua coscienza morale che gli suggerirebbe di non mantenere in vita coloro i quali non desiderino più vivere¹⁴. Sorge, a questo punto, un problema filosofico di non poca rilevanza: ossia se i malati di schizofrenia – per come Bleuler tende a vederli – siano uomini *dimidiati*, incapaci di recupero nonostante le sue stesse parole. E, se così fosse, questo motiverebbe una sorta di eugenetica? Se è vero che l'umanità deve essere intesa come fine in sé e mai come mezzo, la teoria di Bleuler violerebbe una delle fondamentali leggi kantiane che prescrivono il rispetto dell'altro uomo non per ciò che egli fa, ma per ciò che è. Per quanto assurda, la domanda che implicitamente l'opera di Bleuler pone è se lo schizofrenico sia ancora un uomo, se il “valore negativo” della vita schizofrenica non implichi la presa di coscienza da parte del medico che tale vita non sia degna di essere salvaguardata.

La questione è, in realtà, ben più controversa e contraddittoria di

14 “(...) L'attuale ordinamento sociale richiede allo psichiatra un'estrema crudeltà. Si costringe a continuare a vivere gente che ha le sue buone ragioni per non continuare più questa vita.

(...) Ma ancor più grave è rendere a questi malati la vita ancor più insopportabile con tutti i mezzi e con una sorveglianza penosa. La maggior parte delle nostre più terribili misure di costrizione sarebbe inutile se non fossimo costretti a mantenere il malato in vita; una vita che per loro e per gli altri ha solo valore negativo” (ivi, p. 359).

quanto appare a una prima lettura, poiché – come si è cercato di dimostrare – Bleuler asserisce, da un lato, che vi sia la possibilità di una remissione dei sintomi schizofrenici; dall’altro, però, conclude la sua opera con l’affermazione che il paziente schizofrenico grave ha dinanzi a sé una vita dal “valore negativo”. Se è vero – secondo quanto scrive lo studioso Mistura¹⁵ – che le contraddizioni attraversano la vita e il pensiero di Bleuler a cominciare dalla pratica clinica perpetrata al Burghölzli, al cui interno le etichette nosografiche tendevano a limitare fortemente la comprensione del paziente e dei suoi bisogni umani, Eugène Minkowski, devoto bleuleriano e accomunato a Jung da un’attenta conoscenza di Bergson, ha tentato di porre in luce la fecondità terapeutica della nozione di schizofrenia, sostenendo i pregi di un approccio che, lungi dal soffermarsi sul deterioramento, desse importanza al distacco affettivo dello schizofrenico dal “mondo-ambiente”¹⁶: Minkowski insiste, in altre parole, sulla perdita di contatto da parte dello schizofrenico con la realtà, ma anche sulla possibilità che tale perdita sia temporanea e recuperabile attraverso il ripristino di rapporti affettivi, uno su tutti quello fra medico e paziente. Mediante un dettato estremamente poetico e “incarnato”, egli sostiene che la psichiatria sia prima di tutto psicoterapia – nel senso di “cura della psiche” – e contesta la definizione di *dementia* kraepeliniana, ponendo in luce l’impossibilità di recuperare il deterioramento rispetto al contatto affettivo con la realtà. La schizofrenia, pertanto, non è un concetto nosografico, ma una nozione terapeutica in base alla quale il medico opera tenden-

15 Mistura S. ha curato una dettagliata *Introduzione* al citato volume di Minkowski in cui ha approfondito i rapporti fra Bleuler e Freud, pur con la precisazione che l’intero carteggio fra i due potrà essere reso noto soltanto dopo il 2020. Dal materiale a disposizione, tuttavia, risulta che Bleuler resistette con caparbietà all’invito di Freud ad entrare nella Società psicoanalitica e a fondare una sezione svizzera di cui egli stesso avrebbe dovuto assumere la carica di presidente. Ciò non significa che Bleuler non riconoscesse i meriti di Freud, bensì il direttore del Burghölzli era poco incline alle strategie organizzative del circolo psicoanalitico e, soprattutto, temeva di subire l’ostracismo da parte della medicina del tempo che avversava profondamente le nuove idee ritenendole non scientifiche. Vi era, poi, la questione Jung, il nuovo allievo che Freud intendeva allontanare dall’influenza di Bleuler per attrarlo definitivamente nell’orbita della psicoanalisi (Cfr.: Mistura S., *Introduzione* a Minkowski E., *La schizofrenia*, cit., pp. LVI-LXVII).

16 Ivi, p. 155.

do invisibili corde affettive fra sé e il paziente, nella consapevolezza di avere dinanzi un uomo che, nella sua estrema complessità non solo patologica, deve essere accompagnato e guidato verso la restituzione al “mondo-ambiente”¹⁷.

Per Minkowski, la psichiatria non ha solo bisogno di esser validata come scienza, bensì essa necessita anche di fede, ossia di credere nella speranza che un paziente possa essere recuperato, perché nel momento in cui il medico smette di aver fede nel recupero, allora, si pone dinanzi al malato come un automa di fronte a un altro automa, contribuendo ad accentuare il distacco dell'individuo sofferente dalla realtà e a rendere quella stessa realtà ancor più ostile di quanto non fosse avvertita in precedenza. Le misure terapeutiche per la schizofrenia, pertanto, devono essere volte a reintegrare il paziente nella quotidianità, seppur in una quotidianità protetta: a tal fine, sono utili il ricollocamento presso la famiglia, la terapia del lavoro che, però, è intesa in maniera differente da Bleuler, se non addirittura contraria, in quanto, da un lato, s'insiste sulla necessità di un lavoro stabile, dall'altro, si pone l'accento sull'importanza dell'interesse che il paziente deve essere sollecitato a nutrire per il compito che svolge. Minkowski riprende, a tal proposito, il caso narrato dal collega Repond¹⁸ di un'infermiera schizofrenica che, ricoverata da tempo in isolamento per catatonia, di notte assisteva sotto sorveglianza le altre pazienti e si comportava diligentemente provvedendo ai bisogni delle ammalate e stilando rapporti molto precisi. Durante il giorno, però, la medesima ammalata tornava a versare in uno stato di agitazione e chiedeva lei stessa di essere ricoverata in isolamento. Tale comportamento si spiega con una risposta al mondo dello schizofrenico che potremmo definire “a intervalli”: compito del medico – secondo Minkowski – è praticare una “breccia” sempre più ampia nelle reazioni del paziente e, a questo scopo, possono risultare utili anche le dimissioni precoci dall'ospedale, in quanto l'ambiente artificiale

17 Scrive Minkowski: “La nozione di perdita di contatto con la realtà implica l'idea della possibilità di ristabilire questo contatto, sia interamente, sia almeno parzialmente” (ivi, p.158).

18 Un altro psichiatra seguace di Bleuler e autore, fra le altre pubblicazioni, di un articolo intitolato *Qualche nota sul trattamento della schizofrenia negli ospedali* che Minkowski cita.

ospedaliero favorisce la stabilizzazione delle reazioni schizofreniche e la tendenza del malato a considerarsi condannato al proprio destino. Ora, Minkowski non ne fa specifica menzione, tuttavia, come non vedere in queste reazioni dello psicotico grave una regressione e fissazione della libido intesa in senso junghiano? Se si esamina la condizione ospedalizzata del paziente schizofrenico, non si può evitare di osservare che essa è improntata all'immobilità e, pertanto, a una progressiva introversione della libido che aggrava il distacco dalla realtà e l'autismo, come accadde per la Spielrein. Se questo, da un lato, favorisce l'emersione di materiale archetipico, dall'altro lato, è inabilitante per la vita in società dell'individuo che si ritrova costretto in una sorta di condizione narcisistica in cui conta soltanto il proprio mondo interiore. È la medesima condizione di narcisismo che occorre anche a Nietzsche, sebbene Jung fosse più incline a parlare di sopraggiunta psicosi con conseguente paralisi per il Filosofo, piuttosto che di *dementia praecox*¹⁹. È innegabile, pe-

19 Si leggano a tal proposito i *Seminari sullo Zarathustra*, voll. 4, trad. it., Bollati Boringhieri, Torino 2012-2013. In particolare, nel vol. I, Jung risponde alla domanda di uno dei partecipanti al seminario, la signora Sigg, che paragona l'aquila e il serpente di Zarathustra alla visione di un malato mentale – riferita dallo stesso Jung – di un disco solare con un tubo pendente. Jung smentisce immediatamente il parallelismo, sostenendo che il caso dello schizofrenico non sia accostabile a quello nietzscheano, in quanto il malato aveva espresso un simbolismo arcaico derivante dallo strato più primitivo dell'inconscio collettivo e tale il simbolismo era rimasto, ossia improntato all'arcaismo, mentre Nietzsche si dimostra molto più evoluto nella simbologia richiamandosi non al culto mitraico, bensì alla discesa del Logos nel mondo, com'è testimoniato dal planare di un uccello nobile e abituato alle grandi altezze, ossia l'aquila (Jung C. G., *Lo "Zarathustra" di Nietzsche*, vol. I, pp. 260-262 trad. it., Bollati Boringhieri, Torino, 2013). Non a caso, la discesa di Zarathustra fra gli uomini è un *Untergang*, ossia un tramonto. Per quanto concerne il narcisismo di Nietzsche, Jung non ricorre mai a questa "etichetta" psicoanalitica, tanto più che, nei *Tipi psicologici*, egli tratta solo fugacemente del narcisismo quale deviazione del sentimento introverso (Jung C. G., *Tipi psicologici* in *Opere*, vol. VI, trad. it., Bollati Boringhieri, Torino 2002 pp. 392-393): se il sentimento introverso è rivolto all'interiorità e alle immagini primordiali, se esso ostenta nei confronti del mondo esterno indifferenza perché da tale mondo è sovente ferito non trovando corrispondenza in alcuno della profondità dei suoi moti più intimi, l'amore smodato per l'Io in cui degenera talvolta l'introversione è considerato da Jung una forma di narcisismo, perché sostituisce all'attenzione per la dimensione archetipica quella per una "passionalità priva di contenuto", tipica dell'egocentrismo. Da ciò

rò, che la carica libidica sia in entrambi i casi introvertita e fissata: l'ospedalizzazione – o, per ricorrere a un termine goffmaniano e basa-

risulta evidente il motivo per il quale Jung non avrebbe mai considerato Nietzsche un narcisista: infatti, la passionalità di Nietzsche era ben lungi dal non avere contenuti, tuttavia il narcisismo freudianamente inteso è evidente nel personaggio stesso di Zarathustra che, pur tentando il tramonto, anela alla solitudine e all'intangibilità rispetto agli altri quale stato di perfezione. E, soprattutto, una forma di narcisismo da parte di Nietzsche è ravvisabile nel suo perenne contrapporre un sublime "egoismo" alle forme di altruismo che inducono l'uomo a smarrire il senso di sé. L'altruismo è ammesso da Nietzsche in un solo caso, ossia quando esso permette, mediante una vita dedicata agli altri uomini, di conservare una forma di autodisciplina verso se stessi (cfr.: Nietzsche F., *Ecce homo*, trad. it., Newton Compton, Roma 2014, p. 69): lontano dalle dichiarazioni disinteressate e dall'immolazione per un mondo che non lo merita, Nietzsche sostiene che, mentre l'individuo accoglie gli altri, prenda forma in lui una sorta di "idea dominante" che lo riconduce alla propria vera natura, mobilitando quelle qualità e capacità che gli diverranno indispensabili. In tal senso, non esistono – nell'ottica nietzscheana – azioni "egoistiche" e "non egoistiche" o, almeno, non esiste la loro opposizione nella misura in cui l'individuo sia impegnato a "diventare ciò che è". Si potrebbe dire che l'orizzonte altruistico scompare sotto il peso dell'affermazione individuale – il che è proprio di una condotta narcisistica – e che in questo atteggiamento si collochi anche la difesa perorata da Nietzsche che egli definisce "gusto" (ivi, pp. 67-68: "In tutto ciò – nella scelta dei cibi, del luogo e del clima, del riposo – domina un istinto di autoconservazione, che nel modo più netto si esprime come istinto di *autodifesa*. Non vedere, non udire, non farsi avvicinare da molte cose – prima astuzia, prima dimostrazione che non vi è un caso, bensì una necessità"), ma che è in sostanza un allontanamento volontario dall'umano, una non-reazione – secondo quanto egli stesso dichiara – volta a difendere gelosamente la propria libertà interiore dalla moltitudine di cui il Filosofo si diceva ammalato (ivi, p. 71, ma sono tanti i passi delle opere di Nietzsche in cui la moltitudine è severamente deprecata), poiché non poteva sopportarla. Anche nei confronti dei libri e della cultura Nietzsche dimostrava un atteggiamento narcisista caratterizzato dalla necessità di non leggere troppo, ossia di non lasciarsi attraversare da altre idee mentre formulava le proprie, atteggiamento che lo distingueva dal dotto e dal filologo di professione, costretto a "compulsare duecento libri al giorno" (ivi, p. 62 e 68) Infine, come non citare la ferita narcisistica ricevuta dal cattivo rapporto con la madre e con la sorella? Se ciò non bastasse, si pensi alle parole di Lou Von Salomé (Andreas Salomé L., *Friedrich Nietzsche*, trad. it., SE, Milano 2009, pp. 59-60), la quale scrive che la "personalità chiusa" di Nietzsche era spesso investita da un turbine tale d'idee che mettevano in serio rischio l'equilibrio psicofisico del Filosofo, il quale era dilacerato dal conflitto tra "una vita spirituale ricca e piena" e il tramutarsi di questa vita in uno "scatenamento caotico" che egli aveva la necessità di

gliano²⁰, l'istituzionalizzazione – ha innumerevoli punti di contatto con l'isolamento psicotico e contribuisce ad aggravarlo. Interessante è, infine, notare la concezione che Minkowski nutre riguardo all'impiego di farmaci nel trattamento della schizofrenia: si ricordi che la sua opera risale al 1927, dunque non si parla ancora di psicofarmaci, bensì di sostanze che, inducendo una condizione fisica di malattia, contribuiscono a determinare uno “spostamento” della focalizzazione interna dello schizofrenico che, da malato psichico, si vede tramutare in malato fisico e può trasferirsi in un altro reparto, sebbene sotto la debita sorveglianza. Ciò spezza la routine dell'ospedale psichiatrico e costituisce un deterrente all'istituzionalizzazione.

È evidente quanto Minkowski sia andato oltre Bleuler nella sua trattazione e quanto sia prevalsa in lui la volontà di attribuire importanza al disturbo affettivo della schizofrenia piuttosto che a quello associativo, come invece aveva reputato opportuno il suo maestro. È altresì evidente che porre l'accento sul disturbo affettivo nella schizofrenia piuttosto che su quello associativo induca nell'allievo Minkowski quella fede nel recupero che non rientrava propriamente nelle corde di Bleuler, determinando la concezione tutta fenomenologica della psichiatria, in primo luogo, come psicoterapia e avvicinando straordinariamente questo autore al nostro Jung²¹, il quale, in una conferenza

tenere a freno isolandosi e denunciando la *decadence* del proprio tempo, pur avvertendosi egli stesso come *decadent*, ossia come individuo che aveva conosciuto e affrontato la malattia, ma l'aveva superata con l'*amor fati*, evitando accuratamente di definirsi un malato di nervi e leggendo la malattia stessa e, soprattutto, il suo superamento come un'accresciuta possibilità di conoscenza di sé.

20 Cfr., Basaglia F., *Scritti*, voll. I-II, Einaudi, Torino 1999 e Goffman E., *Asylums*, Einaudi, Torino 1978.

21 Ancora una volta è Mistura (Mistura S., *Introduzione...*, cit., p. LXXXII) a far chiarezza sul rapporto Jung-Minkowski, ponendo in luce quanto per Jung fosse importante, nel trattamento delle psicosi, la relazione terapeutica fra medico e paziente esplicantesi soprattutto nella ricostruzione della storia personale del paziente psicotico, ossia di quello che Minkowski chiamerà in seguito “fondo mentale”. Mistura, tuttavia, individua il diverso approccio alle psicosi di Jung rispetto a Freud nella lunga pratica che il padre della psicologia analitica aveva svolto con gli schizofrenici proprio al Burghölzli sotto la supervisione di Bleuler: in breve, prima di scriverne, Jung aveva trattato schizofrenici gravi, gioendo dei loro sia pur esili miglioramenti e riconoscendo nella personalità del terapeuta la vera fonte di recupere-

zurighese del 1908 aveva dichiarato la psichiatria una “cenerentola della medicina” insistendo sull’assurdità riduzionistica di vedere nelle patologie psichiatriche una mera alterazione del cervello. Come la religione – sostiene Jung – interpreta il peccato quale causa della malattia, la psichiatria materialistica attribuisce la condizione patologica a un danno funzionale del cervello, mentre secondo statistiche raccolte proprio al Burghölzli dal 1904 al 1908, i tre quarti dei pazienti affetti da *dementia praecox* presentavano un cervello “per lo più” intatto all’apparenza o le cui alterazioni nulla spiegavano del disturbo psicologico in atto nella patologia stessa²². In breve, Jung prendeva le mosse, in questa conferenza zurighese, dallo spinoso interrogativo sull’etiologia della *dementia praecox*, chiedendosi se il disturbo psicologico fosse primario o secondario rispetto a quello anatomico. Se per i disturbi cosiddetti “funzionali” come l’isteria l’etiologia somatica poteva esser messa da parte in favore di quella psicogena, Jung poneva in luce la mancanza di prove della natura primaria del disturbo organico nella *dementia*, asserendo, invece, la presenza di una disfunzione psicologica primaria legata ai complessi²³. Nell’*Appendice* del 1914, l’Autore continuerà

ro. Tuttavia, chi scrive non esclude che anche la diversa considerazione dell’energia psichica o libido – come, d’altronde, prova *Simboli della trasformazione* (1912) che segna la rottura con Freud – abbia indotto in Jung una diversa valutazione del fenomeno schizofrenico, decisamente più feconda rispetto a quella di Freud che, non potendo troppo deviare dalla teoria della sessualità, eludeva l’interpretazione dei mitologemi e del materiale arcaico, prova decisiva dell’esistenza di una energia psichica introvertita. Sembra essere in accordo con questa tesi Innamorati, il quale scrive che la teoria junghiana dei complessi già in *nuce* nel lavoro del 1907 permise a Jung di affermare la propria posizione con una certa originalità, pur senza “attaccare al cuore” la psicoanalisi. La vera dichiarazione d’inadeguatezza – da parte di Jung – del concetto freudiano di libido per spiegare la *dementia praecox* sarebbe giunta non solo con il lavoro del 1912, ma anche con il *Saggio di esposizione sulla teoria psicoanalitica* in cui Jung avrebbe espresso senza indugi quanto il concetto di un’energia eminentemente sessuale fosse inapplicabile ai malati di *dementia* (Cfr.: Innamorati M., Jung, Carocci, Roma 2013, pp. 57-58).

22 Cfr., Jung C. G., *Il contenuto della psicosi*, trad. it., in *Opere*, vol. III, Bollati Boringhieri, Torino 1999, pp. 167-168.

23 Cfr., *ivi*, p. 171 in cui Jung descrive il caso della paziente abbandonata molti anni prima dall’amante con un figlio illegittimo e scrive queste parole: “(...) Perciò il malato mentale ci è più vicino umanamente. Egli è un essere umano che soffre

a contrapporre il metodo riduttivo al metodo costruttivo, interpretando quest'ultimo non come una teoria rigida al pari di quella causale, bensì come traccia di una linea di sviluppo per l'indagine della psiche in grado di guardare al divenire – e non al divenuto, ossia al passato – dell'anima²⁴. Il pensiero costruttivo, in psicologia, si fonda non sulla comprensione oggettiva, bensì su quella soggettiva che pone il terapeuta in primo piano nell'indagine di se stesso e delle sue proiezioni sul mondo. In questa direzione, può aiutare l'esempio che Jung propone del filosofo scolastico il quale crede, attraverso il proprio sistema, di aver trovato un paradigma comprensivo del mondo, mentre, in realtà, egli ha soltanto compreso se stesso. La lettura comprensiva, in psichiatria, si propone di guardare ai fini del paziente anche nel delirio di questi, perché la formazione delirante, in quanto soggettiva e finalizzata, ha diritto all'esistenza: essa rappresenta l'impulso a costituire una nuova visione del mondo attraverso la quale i pazienti tentano di adattarsi alla propria realtà. Sebbene la costruzione di una propria visione del mondo sia un passo che Jung considera indispensabile per collocarsi nella vita, tuttavia quello dello schizofrenico corrisponde a un difetto di realtà (della *fonction du réel*, per dirla con Janet) poiché egli non riesce a superare il soggettivismo del quale è prigioniero per raggiungere la società. Come si può osservare, anche qui vi è un'opposizione "oggettivo/soggettivo", tuttavia Jung tiene a precisare che la realtà "oggettiva" – ossia condivisa dalla maggior parte degli uomini dotati di capacità di raziocinio – non coincide con la comprensione "oggettiva" psicoanalitica che è essenzialmente quella causale e di riduzione delle fantasie schizoidi ai loro elementi costitutivi precipuamente di natura sessuale.

La visione comprensiva e costruttiva studia l'adattamento del sog-

come tutti noi di problemi che sono di tutti gli uomini, e non è una macchina cerebrale che abbia avuto un guasto. Finora abbiamo creduto che il malato mentale nei suoi sintomi non ci mostrasse altro che i parti assurdi delle sue cellule cerebrali malate; ma questo era un sapere da eruditi intriso di polvere e muffa". Jung continua sostenendo che, attraverso l'immedesimazione, il terapeuta viene a conoscenza dei "segreti umani" che appartengono al malato e si rende conto di quanto la sua malattia costituisca una "reazione affettiva insolita" a problemi legati alla sfera dell'affettività cui nessuno è estraneo.

24 Ivi, pp. 190-193.

getto alla realtà mediante il suo specifico interesse, ossia mediante la libido che è qui definita quale “espressione energetica per i valori psicologici”²⁵. Dall’introversione della libido vengono all’essere quei simboli che esprimono le formazioni mitologiche – Jung, com’è noto, giungerà alla nozione di archetipo cinque anni più tardi – i cui paralleli con le rappresentazioni collettive dei popoli primitivi sembravano al padre della psicologia analitica così evidenti. La visione costruttiva, pertanto, prende in esame il simbolo e il temperamento o tipo – introverso/estroverso – che lo ha prodotto.

Ora, se già Shamdasani poneva in luce il debito di Jung con la filosofia di Bergson²⁶ – un debito che, peraltro, lo stesso Jung dichiara nella conclusione dell’*Appendice* – occorre, tuttavia, osservare che Bergson non ritiene che l’adattamento possa spiegare le molteplici direzioni dell’*élan vital*: come le curve e i dossi presenti nel terreno non costituiscono la causa di una determinata strada, analogamente non è per adattarsi a una realtà prestabilita che la vita si dispiega nelle sue molteplici forme, poiché questo equivarrebbe a ricadere in una visione causal-meccanicistica la quale se, da un lato, si oppone al finalismo costituendo un dipolo paradigmatico, dall’altro non rende ragione della dissociazione in singoli organismi e specie dell’impulso originario il cui progresso è, invece, implicito nella tendenza stessa della vita. Essa si sviluppa in un “ventaglio” di direzioni opposte, avendo dinanzi a sé, in quanto natura, infinite possibilità, a differenza della vita del singolo uomo le cui possibilità si atrofizzano nel corso della crescita²⁷. Sembra di poter concludere che, se certamente l’idea di libido junghiana ha affinità con l’*élan vital*, se il metodo costruttivo, respingendo induzione e deduzione, si apparenta al metodo intuitivo di Bergson che rifiuta, al

25 Ivi, p. 196.

26 Cfr.: Shamdasani S., *Jung e la creazione della psicologia moderna*, trad. it., Magi, Roma 2007, pp. 250-253.

27 Scrive Bergson: “Certamente non neghiamo che la condizione necessaria dell’evoluzione sia l’adattamento all’ambiente. È fin troppo evidente il fatto che una specie sparisce quando non si piega alle condizioni di esistenza che le si pongono di fronte. Ma una cosa è riconoscere che le circostanze esterne sono forze di cui l’evoluzione non può non tener conto, e un’altra è sostenere che esse sono le cause direttrici dell’evoluzione. Quest’ultima tesi è quella del meccanicismo” (Bergson H., *L’evoluzione creatrice*, trad. it., Bur, Milano 2012, p. 104).

pari di Jung, il riduzionismo positivista e pone in luce la necessità che l'intelligenza trascenda se stessa mediante un vero e proprio salto o "atto di volontà"²⁸, tuttavia sussistono fra Jung e Bergson alcune differenze rilevanti. In primo luogo, la libido è un'energia psichica e non organica; in secondo luogo, il criterio di misurazione della libido in relazione alla patologia psichiatrica è proprio l'adattamento alla realtà e la conseguente valutazione, da parte del ricercatore, della visione del mondo del malato e della sua funzionalità all'adattamento, inteso, però, non come appiattimento sulla realtà, bensì quale delicato equilibrio di forze cosce e inconse, secondo una spinta di impulsi e controimpulsi che determinano la relazione con l'ambiente. Ecco, l'adattamento è una relazione dell'individuo con la realtà circostante mediata da comprensione intellettuale e sentimento, come Jung chiarirà nel 1928 in *Energetica psichica*, collocandosi inevitabilmente entro un orizzonte diverso da quello bergsoniano.

2. L'evoluzione della concezione di Jung dal 1907 al 1959

Come già si è posto in luce, se si esaminano con attenzione gli scritti di Jung sulla *dementia praecox*, si osserva la presenza non solo di un confronto con Freud – il quale di psicosi si era, in fondo, occupato poco – ma anche con l'antico maestro Bleuler, benché occorra precisare che *Psicologia della dementia praecox* è anteriore (1907) al sopracitato lavoro bleuleriano. Già nel 1907, Jung riconduceva la *dementia* a una etiologia complessuale e affettiva²⁹, ponendosi la questione – che accompagnerà tutta la sua produzione in materia – del significato dei disturbi psicologici in questa patologia, là dove la letteratura corrente offriva sul tema solo spunti parziali e incompleti. È evidente in *Psicologia della dementia praecox* che né Jung né Bleuler si muovessero entro un orizzonte del tutto inesplorato e che, nonostante si tenda a menzionare con più facilità nella storia di questa patologia le tesi kraepeliniane, altri autori come Tschisch, Masselon, Weygandt, Roller e Neisser, Sommer e Pellettier concordassero sul motivo del deterioramento appercettivo

28 Ivi, p. 152.

29 Jung C. G., *Psicologia della dementia praecox*, trad. it. in *Opere*, vol. III.

nella *dementia* o sull'abbassamento del *niveau mental* che Janet aveva posto in luce³⁰. In particolare, Jung si sofferma sulla tesi di O. Gross, secondo cui la *dementia* consisterebbe in uno "svolgimento simultaneo di serie di associazioni funzionalmente distinte". Jung obietta a questa teoria che la *dementia* non consista nel decorso simultaneo di singole serie associative, bensì in "complessi di rappresentazioni" emergenti nella coscienza e attivati ("costellati") da altri complessi che a questi erano associati precedentemente. Ora, ciò che tiene insieme l'emisfero dei complessi è l'affetto che presiede ai "legami associativi inconsci": se è vero – secondo quanto sostiene Freud – che la fissazione degli affetti comporta un'impossibilità di escludere ulteriormente i complessi rimossi dalla coscienza, all'interno della quale essi si fissano impedendo lo sviluppo della personalità, tuttavia Jung non omette di osservare che le conseguenze della fissazione dell'affetto isterogeno sono assai diverse da quelle studiate nella *dementia praecox*, pertanto occorre sia riesaminare la nozione di complesso, sia includere fra le possibili cause la presenza di una tossina metabolica che altererebbe il funzionamento cerebrale. Si noti quanto Jung si dibettesse qui tra una spiegazione di matrice organica e una psicologica della *dementia* e questo conflitto lo accompagnerà per tutta la sua attività scientifica, anche se, dal secondo dopoguerra in poi, egli contemplerà sempre più la possibilità che la schizofrenia non abbia una matrice organica e che si possa parlare, nella maggior parte dei casi, di un disturbo psicogeno.

Ciò che è opportuno osservare riguarda la formulazione *in nuce* della teoria junghiana dei complessi che vede nell'affettività la base imprescindibile della personalità di cui pensiero e azione costituiscono "sintomi". Il complesso – così come Jung argomenta – è "un'insieme di rappresentazioni connesse dal tono affettivo", una definizione che resterà sostanzialmente immutata nella sua produzione³¹. Complesso,

30 Jung cita scrupolosamente tutti gli autori menzionati nel testo e ne illustra brevemente le tesi, proponendo le proprie obiezioni.

31 Anche in *Simboli della trasformazione* (1912-1951), Jung sosterrà la presenza di un complesso affettivo nella prepsicotica Miss Miller della quale analizzerà le fantasie, ponendo in luce i mitologemi. Si è scelto di non trattare quest'opera, poiché essa poco o nulla svela delle dinamiche schizofreniche, bensì è una poderosa eviscerazione di materiale antropologico.

in quanto “stato affettivo accompagnato da innervazioni somatiche”, è destinato a diventare ogni avvenimento connotato in maniera affettivamente forte, benché l’Autore distinguesse tra un “effetto acuto” del complesso, il quale viene superato con il venir meno dell’ostacolo esterno e con la conseguente caduta dell’attenzione da parte dell’individuo e un “effetto cronico” dovuto precipuamente a situazioni traumatiche, a causa delle quali i complessi continuano ad agire anche a distanza di tempo secondo quanto dimostrato dagli esperimenti associativi. Il complesso più stabile e saldo è – o dovrebbe essere in caso di equilibrio psichico – il complesso dell’Io, “espressione psicologica dell’insieme strettamente associato di tutte le sensazioni somatiche”, mentre i complessi che penetrano nella coscienza o permangono in stato di rimozione sono – e qui Jung è, in parte, nell’orbita freudiana – prevalentemente di natura erotico-sessuale, soprattutto nelle donne e si esprimono in maniera prevalentemente simbolica. Siamo ancora lontani dall’elaborazione del concetto di funzione trascendente che vedrà Jung interpretare il simbolo quale unione di elementi consci e inconsci, poiché in questa sede egli si limita a distinguerlo dall’allegoria attribuendo a quest’ultima valore intenzionale e dichiarando il simbolo quale “associazione secondaria al pensiero, poco chiara”. Forse, uno schema del funzionamento della psiche così come la descrive Jung potrà chiarire meglio l’azione dei complessi.

INCONSCIO (formazione del complesso)



Questa rudimentale schematizzazione rappresenta la formazione del complesso – per mezzo dell’unione delle rappresentazioni attraverso il tono affettivo – e l’influsso che tali rappresentazioni, tenute insieme

me dall'affettività, determinano sull'Io dallo sconfinato mare dell'inconscio e attraverso formazioni simboliche. È opportuno operare un parallelo fra lo scritto del 1907 in esame e le *Considerazioni generali sulla teoria dei complessi* del 1934³²: nelle *Considerazioni*, Jung tratta il complesso quale “immagine di una determinata situazione psichica”³³ connotata affettivamente e incompatibile con la coscienza. È, però, il caso di osservare che la situazione psichica non è propriamente l'evento traumatico, il quale può costellare il complesso, ossia ingenerare una “predisposizione di attesa” in virtù della quale a un determinato stimolo si reagirà in una determinata maniera: p. es., a una data parola stimolo l'analizzando reagisce in un determinato modo che pone il ricercatore in una condizione di attenzione in merito al complesso che soggiace alla risposta. Oltremodo interessante la nozione già presente nel 1907 – come si è detto in precedenza, meno chiara nel lavoro di Bleuler – d'incompatibilità del complesso con la coscienza: quando il complesso si attiva, esso determina una condizione d'illibertà della coscienza che è trasportata nella coazione al pensiero e all'azione pervenendo non solo a quella che Jung chiama una “limitata capacità d'intendere” (la schizofrenica “restrizione della coscienza”), bensì, nei casi estremi, alla psicosi.

Al termine delle *Considerazioni*, Jung giunge a formulare determinate conclusioni che qui si espongono perché funzionali alla comprensione dei successivi sviluppi della teoria della schizofrenia.

In primo luogo, il complesso è inconscio e, pertanto, involontario:

32 Jung C. G., *Considerazioni sulla teoria dei complessi*, trad. it. in *Opere*, vol. VIII.

33 Scrive Jung caratterizzando il complesso che esso è: “(L') immagine di una situazione psichica caratterizzata in senso vivacemente emotivo che si dimostra inoltre incompatibile con l'abituale condizione o atteggiamento della coscienza (ivi, p. 113). Quando Jung tratta la figura del funambolo nello *Zarathustra (Seminari, vol. I)*, egli afferma chiaramente che tutta la situazione in cui il personaggio Zarathustra parla alla folla e, all'improvviso, si arresta lasciando spazio all'infausta azione del funambolo, è l'espressione di un complesso, ossia di una realtà inconscia che Nietzsche non può esprimere a parole. Tale realtà risiede nell'incompatibilità fra la vita di Nietzsche e la realizzazione del Superuomo che, in effetti, rimane allo stato di abbozzo, quasi che l'Ombra intervenisse continuamente a ricordare al Filosofo la propria malattia che risulta incompatibile con lo stato di salute che Nietzsche auspica per il suo Superuomo. Il funambolo, pertanto, rappresenterebbe il fallimento del progetto nietzscheano e lo sprofondare nella follia.

non è corretto dire che noi abbiamo determinati complessi, quanto, piuttosto, che “i complessi abbiano noi”. In secondo luogo, il complesso attivato irrompe nella coscienza e ne limita la libertà di agire: ciò induce considerazioni sull’azione morale dell’individuo che, da soggetto dell’azione, diviene oggetto del suo stesso impeto sottoposto all’azione del complesso (si consideri l’“impulso a pensare” dello schizofrenico). In terzo luogo, la paura del complesso svia l’attenzione del paziente e del medico, che proietta o nasconde i propri complessi, dall’inconscio per riportare il discorso terapeutico a un’esortazione volontaristica che sortisce l’unico effetto di aumentare il complesso d’inferiorità del paziente il quale si sente incapace di dominarsi. In quarto luogo, i complessi hanno sempre connotato l’umanità al punto che l’uomo primitivo – nel senso di originario – se li rappresentava sotto forma di più anime e lo psicotico sotto forma di allucinazioni soprattutto uditive. In quinto luogo, non i sogni – come sosteneva Freud – costituiscono la “via regia all’inconscio”; bensì i complessi che di sogni e sintomi sono la causa³⁴.

Ciò che si può osservare a questo punto consiste nel fatto che il dinamismo dei complessi si adatterebbe bene anche alla nevrosi, pertanto, tornando al lavoro del 1907 in cui Jung aveva enunciato la natura del complesso, sebbene ritenendo l’effetto cronico di questo ancora legato a un evento traumatico, che cos’è peculiare della *dementia praecox*? Jung riscontra una certa apatia nei malati di *dementia*, tuttavia tiene a precisare che gli affetti siano ben lungi dall’estinguersi: essi sono solo “inibiti” o “spostati” sulle formazioni allucinatorie come dimostrano alcuni casi in cui una terapia abreativa produce eccitamento perché libera l’affetto inibito. Jung, però, sembra sostenere, almeno in questa fase, l’impossibilità da parte del terapeuta di penetrare stabilmente nel com-

34 Frey-Rohn L. sostiene che, per Jung, il complesso sia sempre stato un’entità psichica in cui si verifica la connessione stabile fra affettività e rappresentazione, tranne che nei casi di dispersione psicotica (cfr.: Frey-Rohn L., *Da Freud a Jung. Uno studio comparato della psicologia dell’inconscio*, trad. it., Raffaello Cortina, Milano 1984, p. 24), mentre Jolande Jacobi ha posto l’attenzione sul valore del complesso dell’Io scrivendo che esso costituisce la nostra differenza specifica dall’altro che diviene a noi cosciente in quanto Io nel momento in cui a noi si relaziona (Cfr.: Jacobi J., *Complesso, archetipo, simbolo*, trad. it., Bollati Boringhieri, Torino, 1960).

plesso, il che renderebbe infausta la prognosi nel ripristino della “sintesi dell’Io” la cui disgregazione costituirebbe il disturbo alla base della schizofrenia. È questa, allora, la vera differenza con l’isteria in cui l’intervento del terapeuta sortisce l’effetto di penetrare nel complesso e di ridurne la dilatazione; non così avviene nella *dementia praecox* in cui la stabilità del complesso – secondo Jung – occlude qualsiasi intervento da parte dello psichiatra: talvolta, si riesce nell’intento di penetrare nel complesso solo per qualche istante e, in quella circostanza, la personalità del demente pare ravvivarsi, ma, subito dopo, essa ritorna “fredda” ed “estranea”. Accanto al disturbo di sintesi dell’Io si riscontra anche un restringimento della coscienza, a cagione del quale l’attenzione del malato si concentra su una sola rappresentazione e le associazioni secondarie perdono chiarezza. Jung, al pari di Bleuler, traccia in quest’opera una mappa della sintomatologia della *dementia praecox* indicando quali sintomi principali l’incapacità di fissare l’attenzione; il delirio complessuale, ossia lo sfogo del complesso sotto forma di realizzazione del desiderio; il delirio di riferimento; il disturbo del sentimento d’attività che può tradursi in sentimento d’incompletezza riassumibile nella perdita di senso, in sentimento di dominio riassumibile nell’idea che qualcuno induca a pensare, in sentimento di percezione incompleta, riassumibile nell’idea che il mondo intero sia un’allucinazione e, infine, in sentimento d’automatismo riassumibile nell’incapacità di astenersi dal compiere determinate azioni. Da quest’ultimo derivano molte stereotipie e verbigerazioni. Per quanto concerne le voci, Jung prende in considerazione l’idea – poi non sviluppata da Bleuler – che esse, se correttive, possano costituire un “residuo del complesso dell’Io”³⁵, pertanto assumerebbero valenza non negativa, ma positiva, richiamando il malato a un barlume di coscienza e sentimento di realtà.

L’opera si chiude con una disamina di un caso di demenza paranoide che si attesta sulla conferma – da parte di Jung – delle posizioni freudiane in merito all’analogia fra dinamiche oniriche e quadro patologico della *dementia praecox*: la paziente, una sarta nubile nata nel 1845, all’esame del metodo diagnostico associativo, presenta nel pensiero e nel linguaggio fenomeni di “condensazione” e “metonimia” fondati, in

35 Cfr., Jung C.G., *Psicologia della dementia praecox*, cit., p. 82.

primo luogo, sull'incapacità di distinguere fra materiale importante e non importante, sulla "scarsa capacità di distinguere fra due rappresentazioni"; su associazioni ossessive, anche dette "intuizioni patologiche" per il loro carattere di compulsiva illuminazione. La donna, costretta alla miseria fin da giovanissima, aveva sviluppato un complesso di potenza, ritenendo che lo Stato le dovesse dei soldi e che, presto, avrebbe trovato riscatto dalle sue sofferenze³⁶.

Se *Psicologia della dementia praecox* presenta un impianto fenomenologico e descrittivo, Jung s'interrogherà maggiormente sull'etiologia della schizofrenia nella conferenza zurighese del 1908 già esaminata in precedenza e in un'altra conferenza tenuta a Londra che è stata tradotta con il titolo italiano *Il problema della psicogenesi nella malattia mentale* (1919). In questa sede, il padre della psicologia analitica si esprimerà in favore del condizionalismo³⁷ in psichiatria, ossia di un'idea etiologica mista che contemperi la causa psicologica con la presenza di una "costituzione particolarmente ricettiva". L'Autore sosterrà, infatti, che una causa psichica da sé produrrà difficilmente una patologia se non alimentata da un terreno fertile. D'altronde, la ricettività costituzionale potrà rimanere pura potenza se si eviteranno all'individuo gravi conflitti e situazioni particolarmente a rischio, in breve, quelli che oggi definiremmo "eventi stressanti". Per quanto concerne la definizione della psicosi, Jung non modificherà la sua posizione rispetto agli anni precedenti, ritenendola il frutto dell'irruzione di "elementi inconsci" capaci di assumere il posto della realtà.

Trascorso un ventennio dall'enunciazione del condizionalismo, nel

36 Nell'esposizione del caso, si osserva che la malata costruisce, per mezzo della sua patologia, un "paradiso compensatorio", sia pur attraverso associazioni che parrebbero prive di senso. Descrivendo speranze e delusioni della propria esistenza, la donna agisce "come fa il poeta" o in una maniera analoga a quella del sonnambulo, se si eccettua che il poeta ha un certo interesse a rendersi comprensibile e il sonnambulo presenta uno stato di coscienza obnubilata. Ciò che l'analisi di questo caso pone in luce è la natura multipla dei complessi che, lungi dall'essere solo di natura sessuale, riguardano l'intera esistenza. Jung trae da Freud la concezione dell'innervazione somatica dell'idea alla base del complesso, tuttavia, nel formulare la nozione stessa di complesso, respinge categoricamente la sola matrice sessuale.

37 Cfr., Jung C. G., *Il problema della psicogenesi nella malattia mentale* in *Opere*, vol. III, p. 228.

1939³⁸, Jung continuerà ad esigere un equilibrio nelle conoscenze psichiatriche tra fisiologia e patologia cerebrale e psicologia dell'inconscio, nonché a qualificare la schizofrenia quale "scissione assoluta" della personalità rispetto a quella relativa presente nella nevrosi, paragonandola a un "grande sogno" con presenza di materiale arcaico in forma simbolica. Trattasi, però, di una simbologia primitiva rimasta intatta rispetto allo sviluppo della personalità e, soprattutto, incapace di adattarsi alle condizioni della modernità³⁹. Non a caso, l'anamnesi del paziente schizofrenico – ove possibile – non dovrebbe prescindere da conoscenze riguardanti la storia della civiltà, la religione, la filosofia e la mentalità primitiva. Ancora nel 1957⁴⁰ Jung continuerà ad affermare che "l'origine psicogena della malattia è più probabile di quella tossica", poiché la schizofrenia è caratterizzata da un'intensità emotiva complessuale notevolmente dilatata la quale induce un fenomeno di disturbo nella "sintesi della rappresentazione". Lo scritto del 1957, intitolato *La schizofrenia*, è meritevole di analisi, poiché rappresenta l'esito più maturo cui Jung è pervenuto su questo tema. In apertura, egli ripercorre i suoi primi studi sulle associazioni, ponendo di nuovo in luce, in primo luogo, la disgregazione delle rappresentazioni e, in secondo luogo, l'analogia fra schizofrenia e fenomeni onirici, tenendo ben presente, tuttavia, che il sogno si verifica in uno stato di coscienza obnubilata, mentre la psicosi si verifica in uno stato – come già osservato – di restrizione della coscienza e di fissazione dell'affetto che deriva dal complesso e che produce una "disgregazione dell'appercezione". Nello schizofrenico il senso di sé e il rapporto con il mondo circostante è irrimediabilmente compromesso, come dimostrano proprio le sue rappresentazioni oniriche che sono testimonianza non solo dell'emersione di materiale archetipico in forma simbolica – Jung ammette qui di esser giunto alla formulazione della nozione di archetipo nella pratica clinica e terapeutica con soggetti schizofrenici – bensì anche di un progressivo isolamento dal mondo. Uno schizofrenico

38 Cfr., Jung C. G., *Psicogenesi della schizofrenia* in *Opere*, vol. III

39 Ivi, p. 255.

40 Si vedano: Jung C. G., *Nuove considerazioni sulla schizofrenia e La schizofrenia*, trad. it. in *Opere*, vol. III. Entrambe sono conferenze scritte rispettivamente in inglese e tedesco.

sogna inondazioni, catastrofi e morte dei propri cari: ciò testimonia un senso crescente di distacco dalla realtà, tuttavia, accanto a queste drammatiche visioni oniriche, si collocano anche visioni simboliche che devono essere esternalizzate sia mediante la terapia della parola, sia mediante quella del disegno e della pittura: quest'ultima, infatti, consente al paziente di oggettivare il proprio materiale inconscio e di frapporre tra sé e il simbolo che atterrisce un *medium* che potremmo definire catartico: in altri termini, il paziente si rappresenta all'esterno e rappresenta la struttura della propria psiche. Ciò gli consente di osservarsi e di comprendere il funzionamento del proprio disturbo. Jung torna sovente sul caso delle visioni di padre Niklaus⁴¹, ma anche su quello di una giovane schizofrenica che si vedeva abitante della luna e investita del ruolo di salvare il suo popolo⁴². La paziente perviene a Jung in stato catatonico grave condotta dal fratello medico. Occorrono molte consultazioni prima che giunga a mormorare qualcosa sulle proprie rappresentazioni psicotiche: la giovane subisce due recidive causate, rispettivamente, dal timore di non poter più tornare sulla luna dopo aver rivelato a un essere umano il suo segreto e, più avanti nel tempo, dalla paura di reinserirsi nella società. L'esito della terapia è, però, positivo e Jung prende a pretesto il caso per confermare l'importanza di analizzare il materiale simbolico anche quando questo si presenti estremamente frammentato e il senso di realtà sia gravemente compromesso, in quanto la distinzione che occorre operare tra psicosi e nevrosi risiede proprio nella mancanza di un "contesto significante", in virtù del quale il nevrotico, pur sviluppando una personalità scissa, presenta ugualmente una forma di adattamento all'ambiente attraverso il carattere sistematico della dissociazione. Se dovessimo rendere ancor più semplice l'esposizione di Jung, si potrebbe dire che il nevrotico non fa delle sue rappresentazioni patologiche tutta la realtà, ma ha sempre una parte della personalità che presenta contatto con il mondo, mentre lo

41 Delle visioni del mistico Niklaus von der Fluee (Sachseln 1417 – 1487) tratterà anche Von Franz M. L. in un volume intitolato *Le visioni di Niklaus von Fluee* edito in Italia per Bollati Boringhieri nel 1991: dopo aver avuto la visione della Trinità, padre Niklaus espresse il suo atterrito stupore realizzando mandala sulle pareti della grotta in cui si era ritirato.

42 Cfr., Jung, C. G., *La schizofrenia*, cit., pp.279-280.

schizofrenico perde il controllo delle proprie rappresentazioni che, a causa dell'affettività compromessa derivante dal complesso, invadono la sua personalità e determinano nel linguaggio e nel comportamento quei fenomeni sintomatici come “pensiero laterale”, catatonia, neologismi, verbigerazioni.

A questo punto, verrebbe da chiedersi come Jung pensasse di agire nei confronti di quei pazienti di scarsa cultura, incapaci d'interpretare i propri affetti e la disgregazione delle proprie rappresentazioni. L'Autore è, in ogni caso, favorevole all'idea che si possa e si debba trasmettere al soggetto nevrotico e psicotico quanta psicologia sia possibile, in modo che egli abbia gli strumenti razionali per interpretare le manifestazioni dell'inconscio, tuttavia riconosce anche di avere meno fiducia nella riuscita del suo lavoro terapeutico con pazienti gravi e deteriorati. Jung evita accuratamente, nel caso della schizofrenia, di parlare di metodo, poiché è la dedizione del terapeuta, la sua attenzione al paziente che sortisce gli effetti sperati e, in questa direzione, anche un profano può ottenere buoni risultati⁴³, mentre non è escluso che un medico “s'infetti” trattando uno schizofrenico. È evidente – e non infrequente – che una nevrosi possa scivolare nella psicosi e, in questo caso, le misure terapeutiche devono essere tempestive, includendo non solo un cambio d'ambiente e d'abitudine, ma anche del terapeuta e, persino, delle letture come nel caso della giovane signora di cultura universitaria che frequentava i seminari di Jung sul tantrismo e approfondiva i contenuti dell'inconscio senza tuttavia riuscire a esprimerli. Si verificarono, allora, sogni catastrofici che, riferiti a Jung, persuasero l'Autore sull'urgenza di un intervento: egli proibì alla signora di frequentare ulteriormente i suoi seminari e le consigliò lo studio approfondito di Schopenhauer in funzione compensatoria⁴⁴.

All'etiologia Jung dedica l'ultima parte del suo scritto, persuaso che

43 Scrive Jung: “Alla psicoterapia dei casi gravi si pongono tuttavia limiti relativamente stretti. 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 pertanto di dunque di parlare in generale di *metodo*. Ciò che importa soprattutto nel trattamento è l'*impegno personale*, il *serio proposito* e la *dedizione*, anzi il *sacrificio* del terapeuta” (Ivi, p.280)

44 Ivi, p. 275.

la schizofrenia sia causata dai complessi e dagli affetti a questi legati: potrebbero essere gli affetti a produrre quella tossina che determina il danno psichico e organico, agendo però solo nell'area del complesso patogeno. Jung propende per una teoria localistica non solo del complesso, ma anche dell'archetipo, riferendosi ad alcuni esperimenti che avrebbero visto prodursi l'archetipo della quadratura del cerchio conseguentemente alla stimolazione del tronco cerebrale. Ora, è indubbio che gli archetipi appaiano in momenti di particolare disorientamento e pericolo nell'esistenza dell'individuo, tuttavia ciò non esclude che essi, in quanto modi istintuali, abbiano una localizzazione fisica che l'affetto stimola. Ciò non mette capo a una teoria organicistica che svalluta quella psicologica: semplicemente, induce ad approfondire la connessione fra psiche e soma che obbliga lo psichiatra, al pari dei medici paracelsiani, ad avere conoscenze non solo di medicina, ma anche di mitologia, psicologia primitiva e antropologia, in quanto, se è vero che la natura non può esistere “senza sostanza”, tale sostanza – secondo le parole di Jung – si riflette nella psiche⁴⁵.

3. “Idee fisse” e complessi

Nel 1893, un articolo redatto da S. Freud e J. Breuer e corredato di casi clinici sul *Meccanismo psichico dei fenomeni isterici*⁴⁶ analizzava le forme d'isteria traumatica, descrivendone sintomi e possibili decorsi, tuttavia, quel che qui occorre osservare è la particolare attenzione che i due Autori dedicano alle idee la cui abreazione si rende impossibile per due ordini di ragioni: in primo luogo, il futuro nevrotico non ha reagito a un trauma psichico – quale può essere un lutto – perché questa tipologia di evento escludeva la reazione oppure perché – nel caso di eventi connessi alla socialità – le circostanze impedivano la reazione stessa. In secondo luogo, il paziente non ha reagito perché determinate idee apparentemente non significative sono sorte in particolari stati di coscienza alterati – come vedremo, gli

45 Ivi, p. 286.

46 Freud S.- Breuer J., *Studi sull'isteria*, trad. it., in Freud S., *Tutte le opere*, vol. I, Newton Compton, Roma 2015.

“stati ipnoidi” di Janet che Freud e Breuer definiscono “stati crepuscolari o semipnotici” – i quali inibiscono la reazione. Alla luce di ciò, si può affermare che le idee patologiche acquisiscano sempre maggior preminenza sulla psiche del malato, perché non trattate mediante abreazione e associazione.

Ora, Freud e Breuer, nell’elaborazione della loro teoria, erano tutt’altro che digiuni, com’è noto, degli studi di Charcot e Möbius⁴⁷ sulle idee fisse che saranno magistralmente analizzate da P. Janet nel suo *Nevrosi e idee fisse* datato 1898⁴⁸, pertanto cinque anni dopo il contributo freudiano. Il motivo per il quale ci si sofferma, in questo paragrafo conclusivo, sulle *idées fixes* è ravvisabile nella possibile connessione che esse avrebbero con il complesso, almeno così com’è stato elaborato da Jung nel 1907 ed esposto nel paragrafo precedente. Di precipuo interesse, a tal proposito, la definizione che Janet propone di questo fenomeno patologico che sarebbe riduttivo assimilare alle ossessioni, poiché le idee fisse producono ossessioni, ma non sono le ossessioni medesime. Esse costituiscono, piuttosto, “stati emotivi” che si distinguono in primari e secondari: gli stati emotivi primari sono all’origine della nevrosi e non sono propriamente né rappresentazioni né sentimenti, bensì entrambe le istanze⁴⁹ proprio come il complesso costituisce una “rappresentazione connotata affettivamente”.

47 Si pensi, in particolare, a *Maladies du système nerveux* (trad. it.: *Nuove lezioni sulle malattie del sistema nervoso e in particolare sull’isterismo nell’uomo*, Vallardi, Milano 1885) di Charcot J.-M.: nel testo è stabilita la connessione fra paralisi isterica e “preoccupazioni del malato” la cui preponderanza è tale nello stato patologico da indurre il ricercatore a credere che il soggetto suggerisca a se stesso la propria malattia. Janet preciserà quest’affermazione sostenendo che, in realtà, il paziente non è in grado di determinare il proprio disturbo, ma soggiace all’azione di una potente emozione.

48 Cfr.: Janet P., *Trauma, coscienza, personalità. Casi clinici*, trad. it., Raffaello Cortina, Milano 2016: da quest’antologia degli scritti di Janet è tratto il resoconto del caso clinico di Justine e la formulazione della teoria sulle idee fisse.

49 Scrive Janet riferendosi alle idee fisse: “Io ho ripetuto continuamente che si tratta di un’emozione raggelata, un’emozione compressa che si riproduce sempre identica, ecc.”. D’altronde, persino negli ossessivi propriamente detti, l’idea ossessiva non è astratta e fredda, ma determina reazioni emotive così forti da far denominare questo stato come *delirio emotivo*”. (Ivi, p. 120).

Janet propone il caso di un'isterica – Justine – ossessionata dalla paura del colera in seguito a un ricordo di giovinezza della madre infermiera che assisteva sovente i defunti e, una notte, aveva vegliato i cadaveri di due uomini morti di colera. Justine era stata emotivamente colpita da questa visione e, pur tacendo, ne aveva tratto un'impressione profonda che l'aveva scossa e indotta in un progressivo stato d'instabilità emotiva con chiari sintomi psiconevrotici, fra i quali anche allucinazioni uditive. Allo stato affettivo primario, con il sopraggiungere del matrimonio, se n'era associato un altro consistente nel rigetto del marito, un sentimento che la spingeva a cercare in confessori e avvocati l'appoggio per l'annullamento del vincolo coniugale, nonostante l'uomo fosse dolce e permissivo con lei. Due, pertanto, erano le idee fisse di Justine: la paura del colera (idea primaria) e il desiderio spasmodico della separazione dal marito (idea secondaria), tuttavia la sua suggestionabilità, anche dopo che queste idee furono allontanate dalla sua mente per mezzo della terapia, restò tale che la donna risultava estremamente permeabile a ogni tipo d'idea fissa, come per esempio la colpa per azioni che non aveva commesso e la conseguente paura della punizione.

Janet argomenta che qualsiasi ricordo, qualsiasi pensiero in grado di suscitare “emozioni forti e durevoli” – si potrebbe parlare di affetti analogamente al complesso – può esser classificato tra le idee fisse e alla domanda relativa allo statuto delle idee fisse in relazione alla psiche, egli non esita a definirle “subcoscienti”, ossia esse possono rimanere sconosciute al paziente che è in grado di esprimerle soltanto in determinati stati: sotto ipnosi; nei fenomeni di sonnambulismo; nei deliri; nella scrittura e nella parola automatica, naturalmente in maniera inconsapevole. Anche in questo caso si può ravvisare una significativa somiglianza fra l'idea fissa e il complesso che si esprime per mezzo della rappresentazione grafica come Jung preciserà nel 1959, pertanto ciò deve indurre a considerare che tale somiglianza è sì particolarmente ravvisabile nella formulazione che Jung ne dà del 1907, tuttavia, benché la nozione di complesso si renda sempre più elaborata, alcune analogie permangono anche nelle riflessioni successive.

Le idee fisse, al pari dei complessi, si esprimono in maniera simbolica, così che è impresa ardua, talvolta, ricondurre un sintomo all'idea fissa che lo ha generato: se, p. es., il disturbo ai genitali è da ricondursi a un problema di natura sessuale, più difficilmente – soprattutto se non si conosce l'anamnesi del paziente – si ricondurrà un tic facciale

a una rovina finanziaria⁵⁰. Si osservi che Janet è ancora lungi dal riferirsi a una dimensione simbolica, benché lo avesse già fatto Freud nel sopracitato studio sull'isteria⁵¹. Il pensiero janetiano si sofferma sulle cause delle idee fisse, ammettendo che ravvisarne l'etiologia nella suggestionabilità non fornisce alcuna risposta perché anche la suggestionabilità è una caratteristica indotta nel paziente da una determinata predisposizione. Si tratta di una predisposizione non esclusivamente psicogena che Janet ricollega a un'alterazione istologica delle circonvoluzioni corticali di natura ereditaria. Se torniamo al caso di Justine, la donna proveniva da una famiglia ad alto tasso patogeno con un padre alcolista e una madre estremamente collerica e volubile, il che equivale a dire che, da un lato, vi erano i presupposti psicologici perché insorgesse un disturbo, dall'altro, tali presupposti non erano solo psicologici, bensì assimilabili a tare ereditarie, considerando che anche i nonni soffrivano di disturbi nervosi e che si era registrato un alto tasso di mortalità tra i figli di quella stessa famiglia. Il riconoscimento di una tara ereditaria, tuttavia, nulla sottrae ai possibili sviluppi della psicologia e, in particolare, allo studio dei fenomeni correlati alle idee fisse come l'abbassamento del *niveau mental* caratterizzato dal restringimento del campo della coscienza o disturbo "della sintesi mentale" che consiste nell'incapacità del malato di costruire una dialettica fra più idee che, peraltro, mancano, poiché nella mente vi è un'idea isolata. Si ravvisa un'altra somiglianza con il complesso i cui effetti – secondo la concezione junghiana – penetrano nella coscienza fino a irrigidirla e renderla poco duttile agli interventi del terapeuta. Tali interventi – se ci si riferisce a Janet – si possono classificare in due macrotipi: il trattamento generale e quello locale. Il trattamento generale prevede "pratiche idroterapiche e toniche" così da curare l'eccitamento della sensibilità, mentre il trattamento locale si avvale principalmente della suggestione in una prima fase e, in una seconda, dell'educazione e della ginnastica. L'obiettivo della terapia locale consiste nel trattare l'emozione o il ricordo cui è legata l'idea fissa. Si riconsideri il caso di Justine: Janet riferisce che, per mezzo della suggestione, egli aveva invitato la paziente a vestire i cadaveri che comparivano nella sua fantasia con

50 Caso clinico citato da Janet.

51 Cfr., Freud S. – Breuer J., *Studi sull'isteria*, cit., p. 131.

appositi abiti, in modo tale da distogliere l'attenzione dell'ammalata dall'idea della morte e concentrarla su una manifestazione vitale dell'essere umano quale l'abbigliarsi anche con una certa ironia. Un secondo esempio di suggestione che Janet suggerisce è quello della "scomposizione automatica" della parola "*cholera*" che veniva associata a termini positivi quali, p. es., "*chocolat*", finché la paziente, pur avendo preso le mosse dalla parola iniziale, non ricordava più quale fosse l'elemento perturbante. L'Autore tiene, tuttavia, a precisare che la suggestione in sé raggiunge solo effetti di labile durata, trattandosi del prevalere di una determinata idea o di "alcune idee al di fuori della volontà e della coscienza personale": in breve, il paziente non compie uno sforzo di volontà per trarsi fuori dal suo stato patologico, ma ne viene trascinato via quasi a forza dal medico senza comprendere né quale sia il disagio sottostante al proprio sintomo né quali siano le strategie per giungere a un effettivo benessere anche senza l'aiuto del medico. Analogo discorso, d'altronde, vale per l'ipnosi. La strada più corretta da seguire è, pertanto, quella dell'educazione mediante il lavoro fisico: Justine era esortata a impegnarsi in lavori di sartoria, anche se questo non escludeva che, mentre era intenta a cucire, un'idea ossessiva le tornasse alla mente e le impedisse di continuare l'opera causando un senso di disorientamento.

Janet si ritiene convinto che, pur mirando il trattamento locale a ridurre l'esagerazione patologica dell'idea fissa e a implementare il campo di coscienza, gli effetti di un miglioramento duraturo siano difficili da vedersi: l'unica strada che il medico può seguire è quella di essere guida morale del paziente, assumendo una sorta di direzione della sua anima che sarà espletata in incontri sempre più radi, ma probabilmente distribuiti per tutto l'arco della vita dell'ammalato. Anche nel caso dell'isteria, la *restitutio ad integrum* – nell'ottica janetiana – è di difficile realizzazione.

In sintesi, l'obiettivo di questo paragrafo era quello di osservare analogie e differenze fra il concetto di "idea fissa" così come lo elabora Janet e quello di "complesso" junghiano: se l'idea fissa e il complesso hanno in comune la pervasività e lo stato di subcoscienza, anche se, nel caso del complesso, sarebbe più opportuno parlare di inconscio; se essi possiedono entrambi i caratteri della rappresentazione affettiva; se producono nel medesimo modo un abbassamento del *niveau mental*, benché Jung tenda a porre in luce che l'abbassamento non si verifichi

sempre, che cosa distingue le due istanze psichiche? In primo luogo, il complesso può non essere ossessivo come l'idea fissa: nel caso di Justine la paura del colera induceva in lei pensieri e atteggiamenti anomali, mentre nel caso della sarta esaminata da Jung il sintomo non era immediatamente riconducibile a un complesso univoco. Si potrebbe obiettare che anche nella distinzione operata da Janet esistono idee fisse primarie e secondarie, tuttavia la possibilità di distinguere l'idea fissa è più ampia rispetto a quella di reperire il complesso, soprattutto se si considera che lo stesso Io è un complesso, pertanto un insieme di rappresentazioni che danno vita a un processo osmotico con le rappresentazioni inconse nei casi d'equilibrio e che tale equilibrio disgregano nei casi di patologia. In secondo luogo, il complesso può anche essere egosintonico, mentre l'idea fissa è sempre egodistonica nei casi descritti da Janet. In terzo e ultimo luogo, Janet non è persuaso che la terapia della parola possa in qualche modo curare l'idea fissa, perché la "confessione" non elimina i timori associati al pensiero ossessivo, anzi, in molti casi, sortisce l'effetto opposto, mentre Jung sarà persuaso che occorra sempre informare i pazienti sul loro stato e intraprendere un dialogo con loro, come dimostrava già la sua pratica al Burghölzli⁵².

Conclusioni

In questo contributo si è tentato di mettere in luce alcuni aspetti e temi riguardanti la storia della schizofrenia fra diciannovesimo e ventesimo secolo. Si è osservato, in primo luogo, che un grande dibattito sull'etiologia ha permeato la trattazione degli Autori esaminati e che, se Bleuler si colloca nell'orizzonte dell'organicismo, Jung è a favore di una psicogenesi della schizofrenia, sebbene riconosca la possibilità di una tossina in circolo nell'organismo causata da quelli che potremmo definire "eventi stressanti" e dall'attivazione del complesso. Fra i due poli dialettici di Jung e Bleuler, tuttavia, altri esponenti della psichiatria e della psicologia sono stati citati con l'obiettivo di costruire un

⁵² Jung ne parla in *Ricordi, sogni, riflessioni* (Rizzoli, Milano 2003), confessando anche il suo scoraggiamento nel ritrovarsi isolato all'interno della clinica per quanto concerneva l'applicazione della pratica psicoterapica.

confronto efficace che desse misura di quanto fosse centrale il dibattito sulla schizofrenia, ma, soprattutto, di quanto la psichiatria dei primi del Novecento abbia attribuito importanza all'*humanum*, non solo perché non erano stati compiuti studi neurobiologici particolarmente raffinati, bensì per un tentativo – che diverrà proprio soprattutto dei fenomenologi – di realizzare la coincidenza fra psichiatria – “scienza dell’anima” – e psicoterapia – “cura dell’anima”. In sintesi, al centro delle ricerche di Jung, Minkowski e dello stesso Bleuler, sebbene con risultati divergenti, vi era non il cervello di cui pochissimo si conosceva, ma la psiche dell’uomo per quanto soggetta alla *diminutio* della patologia. Ciò induce a riflettere sui cambiamenti che sono occorsi in quest’ultimo secolo e su quanto si stia lentamente ritornando a un orientamento positivista della psichiatria, il medesimo che Freud e Jung avevano tentato di scardinare attraverso l’indimostrabile, eppur feconda, nozione d’inconscio. Soprattutto da parte di Jung, l’attenta disamina dell’azione dei complessi e della direzione della libido ha consentito di formulare un’etiologia della schizofrenia che – per ricorrere alle parole del già citato Minkowski – alimentava la fede nella speranza di un recupero del paziente attraverso l’impegno in prima persona del terapeuta il quale, pur non disponendo di un metodo preciso, offriva abnegazione e dedizione agli ammalati con i quali, sovente, lavorava per anni interi offrendo consultazioni e, soprattutto, colloqui finalizzati all’esame delle fantasie psicotiche e al progetto di cura. La parola chiave di questa conclusione è proprio “progetto”: di essa, in buona parte della psichiatria contemporanea fortemente permeata dalle neuroscienze, si deve purtroppo constatare l’eclissi progressiva anche per motivi di razionalizzazione dei servizi dedicati alla salute mentale. In una società in cui il tempo si è drasticamente ridotto, neurobiologia e psicofarmacologia hanno progressivamente sostituito nel mondo – eccetto rari casi virtuosi – la terapia della parola per le psicosi più gravi sortendo, però, l’infelice risultato di mutare i pazienti in automi dipendenti dalle pillole e – fatto ancor più grave – di accrescere i bisogni artificiali della popolazione mondiale, ormai legata al consumo di farmaci piuttosto che alla parola. Con ciò non s’intende screditare la psicofarmacologia pur necessaria per la gestione e la riduzione dei sintomi psicotici, ma soltanto – e questo articolo si è proposto di dimostrarlo – precisare la necessità di un intervento integrato anche per le psicosi che riporti in auge il dialogo fra paziente e terapeuta e che

risultati finalizzato al ricollocamento della persona nella quotidianità. In quest'ottica, Jung e Minkowski hanno, senza dubbio, fornito la lezione più valida il cui nucleo si potrebbe riassumere nella celebre frase del commediografo latino Terenzio: *homo sum et nihil a me humani esse alienum puto* ("Sono un uomo e nulla di umano ritengo mi sia estraneo"), pertanto vi è una *ratio* umana anche nella follia e un nucleo sofferente – la "ferita vitale" di Bleuler – che il terapeuta deve incaricarsi di riassorbire.

Riferimenti bibliografici

- AA.VV., *Trattato di psicologia analitica*, a c. di Carotenuto A., voll. 2, Utet, Torino 1992.
- Basaglia F., *Scritti*, voll. I-II, Einaudi, Torino 1999.
- Bergson H., *L'evoluzione creatrice*, trad. it., Bur, Milano 2012.
- Bleuler E., *Dementia praecox o il gruppo delle schizofrenie*, trad. it., La Nuova Italia, Roma 1985.
- Carotenuto A., *Diario di una segreta simmetria*, Astrolabio-Ubaldini, Roma 1999.
- Charcot J.-M., *Nuove lezioni sulle malattie del sistema nervoso e in particolare sull'isterismo nell'uomo*, trad. it., Vallardi, Milano 1885.
- Frey-Rohn L., *Da Freud a Jung*, trad. it., Raffaello Cortina, Milano 1984.
- Freud S. – Breuer J., *Studi sull'isteria*, trad. it. in *Opere*, vol. I, Newton Compton, Roma, 2015.
- Garrabé J., *Storia della schizofrenia*, trad. it., Magi, Roma 2001.
- Goffman E., *Asylums*, trad. it., Einaudi, Torino 1978.
- Innamorati M., *Jung*, Carocci, Roma 2013.
- Jacobi J., *Complesso, archetipo, simbolo*, trad. it., Bollati Boringhieri, Torino, 1960.
- Janet P., *Trauma, coscienza, personalità. Casi clinici*, trad. it., Raffaello Cortina, Milano 2016.
- Jung C.G., *Psicologia della dementia praecox*, trad. it. in *Opere*, vol. III, Bollati Boringhieri, Torino, 1999.
- Jung C.G., *Il contenuto della psicosi*, trad. it., in *Opere*, vol. III, Bollati Boringhieri, Torino 1999.
- Jung C.G., *Critica a Bleuler, "Teoria del negativismo schizofrenico"*, trad. it., in *Opere*, vol. III, Bollati Boringhieri, Torino 1999.
- Jung C.G., *Il problema della psicogenesi nella malattia mentale*, trad. it., in *Opere*, vol. III, Bollati Boringhieri, Torino 1999.
- Jung C.G., *Psicogenesi della schizofrenia*, trad. it., in *Opere*, vol. III, Bollati Boringhieri, Torino 1999.

- ghieri, Torino 1999.
- Jung C.G., *Nuove considerazioni sulla schizofrenia*, trad. it., in *Opere*, vol. III, Bollati Boringhieri, Torino 1999.
- Jung C.G., *La schizofrenia*, trad. it., in *Opere*, vol. III, Bollati Boringhieri, Torino 1999.
- Jung C.G., *Simboli della trasformazione*, trad. it., in *Opere*, vol.V, Bollati Boringhieri, Torino 1992.
- Jung C.G., *Tipi psicologici*, trad. it. in *Opere*, vol.VI, Bollati Boringhieri, Torino 2002.
- Jung C.G., *Considerazioni sulla teoria dei complessi*, trad. it. in *Opere*, vol.VIII, Bollati Boringhieri, Torino 1996.
- Jung C.G., *Energetica psichica*, trad. it., in *Opere*, vol.VIII, Bollati Boringhieri, Torino 1996.
- Jung C.G., *Lo "Zarathustra" di Nietzsche*, voll. 4, Bollati Boringhieri, Torino, 2013-2014.
- Jung C.G., *Ricordi, sogni, riflessioni*, Rizzoli, Milano 2003.
- Minkowski E., *La schizofrenia*, trad. it., Einaudi, Torino 1998.
- Nietzsche F., *Ecce homo*, trad. it., Newton Compton, Roma 2014.
- Shamdasani S., *Jung e la creazione della psicologia moderna*, trad. it., Magi, Roma 2007.
- Von Franz M. L., *Le visioni di Niklaus von Fluee*, trad. it., Bollati Boringhieri, Torino 1991.
- Von Salomé Lou, *Friedrich Nietzsche*, trad. it., SE, Milano 2009.

