

**CIPA - ISTITUTO MERIDIONALE**

**I BIENNIO CORSO ANNUALE**

***Psichiatria, psicopatologia e  
diagnostica clinica***

**I OTTOBRE 2017**

**I BIENNIO CORSO ANNUALE**

***ELEMENTI DI PSICOPATOLOGIA E  
DIAGNOSI CLINICA IN OTTICA  
JUNGHIANA***

***LUCA BIASCI***

# LA GRANDE CENSURA

Sconcertante ed imponente cecità della letteratura psicoanalitica internazionale nei confronti dell'opera di Jung.

Negli indici bibliografici di una qualunque annata di una qualsiasi rivista psicoanalitica nazionale o internazionale (con la ovvia eccezione delle riviste del campo junghiano) la possibilità di ritrovare un riferimento a Jung si avvicina allo zero assoluto (provare per credere).

# DUE CRITICHE PRINCIPALI

Jung è stato accusato di lavorare troppo di fantasia, quando non di essere psicotico, di elaborare sue teorie più o meno deliranti sulle storie dei pazienti senza tenere conto della cosiddetta oggettività clinica.

Gli è stata rimproverata la mancanza di una METAPSICOLOGIA e di una TEORIA DELLA TECNICA ANALITICA.

# LA PRATICA CLINICA COME GUIDA

Jung, dal canto suo si è sempre difeso autodefinendosi essenzialmente un clinico: “**I AM A DOCTOR**”.

Sostenendo con forza che quello che andava affermando l’aveva visto, rivisto, confrontato e rielaborato, ripetutamente, nella sua vita dedicata alla psicoterapia.

# LA PRATICA CLINICA COME GUIDA

«La tecnica freudiana induce a distanziarsi quanto più possibile da un tale fenomeno, cosa perfettamente comprensibile da un punto di vista umano, ma che a volte pregiudica considerevolmente l'efficacia terapeutica. **E' inevitabile che il medico subisca una certa influenza e che si verifichi un qualche disturbo»**

*C. G. Jung (1946), «La psicologia del transfert», Opere, vol.16, Bollati Boringhieri, Torino, p.183.*

# IL TRANSFERT? UNA SCOPERTA DI JUNG

Il medico può ammalarsi, afferma con stile perentorio Jung, anzi, precisa in un altro luogo nello stesso scritto, può infettarsi, risultando contagiato dal morbo del paziente. Questo scritto è del 1946 e prima di questa data nessun altro ha mai sottolineato il problema in maniera così chiara e definitiva.

# LE DINAMICHE DELLA RELAZIONE TERAPEUTICA

«Da questi contenuti promana un fascino che non soltanto aggredisce e ha già aggredito il paziente, ma può anche esercitare un'azione induttiva sull'inconscio dell'osservatore in un primo tempo neutrale, cioè del terapeuta (...) il terapeuta (...) si espone lui stesso ai contenuti che premono dall'inconscio. (..) il caso comincia ad interessarlo (...) ciò si può facilmente spiegare in base a propensioni o antipatie personali.....»



# LE DINAMICHE DELLA RELAZIONE TERAPEUTICA

«Così facendo però non si nota che si sta spiegando ignotum per ignotius. In realtà questi sentimenti personali (..) sono retti da quegli stessi **contenuti inconsci attivati**. In quanto il paziente porta al terapeuta un contenuto attivato dall'inconscio, anche nel terapeuta viene costellato, per un effetto di induzione che nasce più o meno sempre dalle proiezioni, il materiale inconscio corrispondente» C.G. Jung (1946), *op.cit.*, p.186-187.

# Jung, la Klein ed i Post-kleiniani

L'enfasi posta da Jung sulla ineluttabilità di un influsso diretto esercitato dal paziente sull'analista e sul fatto che si tratta precisamente di un contenuto dell'inconscio del paziente che va ad attivare uno stesso contenuto inconscio nell'analista, provocandone dei comportamenti o comunque dei pensieri nei confronti del paziente stesso, rende le sue affermazioni veramente molto vicine, almeno sul piano euristico, a quelle fatte dalla Klein nel formulare il concetto di **identificazione proiettiva** (M. Klein (1946), «Note su alcuni meccanismi schizoidi», in Scritti 1921-1958, Boringhieri, Torino, 1978).

# Jung, la Klein ed i Post-kleiniani

nel formulare il concetto di identificazione proiettiva ed a quelle estensioni post-kleiniane del concetto medesimo che sono state introdotte in seguito soprattutto dalla Segal: identificazione proiettiva e meccanismi di scissione dell'lo (H. Segal (1957), «Note sulla formazione del simbolo», in Scritti psicoanalitici, Astrolabio, Roma, 1984)

e da (6-7) Bion: l'attacco al legame e la teoria del contenitore contenuto (W.R. Bion, 1959, «Attacchi al legame», in Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico, Armando, Roma, 1970.).

# IL CONTRO-TRANSFERT

««Anche lo psicoterapeuta più esperto è continuamente costretto a riscoprire che a partire da una comune inconscietà si è creato un vincolo, un rapporto, che lo coinvolge direttamente. E se egli si illude di possedere già tutti i necessari concetti e conoscenze degli archetipi costellati, finirà col persuadersi che **esistono molte cose ancora che il suo sapere accademico non immaginava neppure lontanamente.....**

# IL CONTRO-TRANSFERT

««...Ogni nuovo caso che esiga una cura radicale rappresenta un lavoro da pionieri, e ogni traccia di routine si rivela allora una pista sbagliata»»

*C.G. Jung (1946), op. cit., p. 189.*

**JUNG E L'INTERSOGGETTIVITA'** D. M. Orange, G.E. Atwood, R.D. Storolow (1997), Intersoggettività e lavoro clinico, Raffaello Cortina, Milano, 1999.

«Se voglio curare la psiche di un individuo devo, volente o nolente, rinunciare ad ogni saccenteria, a ogni autorità, a ogni desiderio di esercitare la mia influenza; devo necessariamente seguire **un procedimento dialettico consistente in una comparazione dei nostri reciproci dati.** Ma questo confronto sarà possibile soltanto se darò all'altro la possibilità di presentare il più perfettamente possibile il suo materiale senza limitarlo con i miei presupposti» » C. G. Jung (1935), «*Principi di psicoterapia pratica*», *Opere*, vol.16, Bollati Boringhieri, Torino, p. 9.

# QUINDI, dopo quanto detto, QUALE DIAGNOSI E QUALE CLINICA PER JUNG?

SONO NECESSARIE DELLE PREMESSE EPISTEMOLOGICHE E METODOLOGICHE:

## 1) E' NECESSARIO USCIRE DALL'OTTICA FREUDCENTRICA

- La psicologia analitica **non è una deviazione** della psicoanalisi e neppure un semplice sviluppo.
- Le premesse culturali, filosofiche, di Jung sono **completamente diverse** da quelle di Freud

# QUINDI, dopo quanto detto, QUALE DIAGNOSI E QUALE CLINICA PER JUNG?

## 2) LE CATEGORIE DIAGNOSTICHE FREUDIANE NON SONO ADEGUATE

Freud è un neurologo che si troverà a lavorare prevalentemente con pazienti nevrotici. La psicoanalisi si fonderà su di una **TEORIA DELLA NEVROSI**.

Jung è uno psichiatra che si è formato nella clinica Burghölzli con i Bleuler (padre e figlio). Il suo pensiero prenderà le mosse da una **TEORIA DELLA SCISSIONE (PSICOSI)**.



# QUINDI, dopo quanto detto, QUALE DIAGNOSI E QUALE CLINICA PER JUNG?

## 3) PSICOLOGIA ANALITICA/**PSICOLOGIA COMPLESSA**

Per Jung la psicologia analitica avrebbe dovuto chiamarsi “psicologia complessa”, con un riferimento alle teorie dei sistemi complessi.

La **psiche per Jung è multicentrica** e l'unico approccio possibile ad essa nel tentativo di comprenderla è **necessariamente multidisciplinare**.

# QUINDI, dopo quanto detto, QUALE DIAGNOSI E QUALE CLINICA PER JUNG?

## 4) IL SUPERAMENTO DELLA PSICOANALISI VERSO UNA PSICOLOGIA GENERALE

Jung è stato tutta la vita interessato alla costruzione di una psicologia generale che superasse i riduzionismi.

Nella mitologia, nelle fiabe, nei sogni è andato alla ricerca dei simboli delle categorie universali (archetipi/immagini archetipiche) attraverso i quali comprendere il senso della sofferenza dei pazienti, *sub specie aeternitatis* .

# QUINDI, dopo quanto detto, QUALE DIAGNOSI E QUALE CLINICA PER JUNG?

## 4) L'EQUAZIONE PERSONALE COME STELLA POLARE

Un altro punto centrale della ricerca di Jung è stato lo studio del processo d'individuazione.

Va da se che lo psicoterapeuta deve imparare ad usare i simboli viventi che ha incontrato nel proprio cammino - ciò che ha vissuto e compreso durante la propria "ricerca del senso" - come strumenti essenziali di diagnosi e di cura non standardizzati: personalissimi eppure universali.

## **IL COMPLESSO A TONALITA' AFFETTIVA (CaTA)**

**Con la scoperta del test associativo verbale Jung (1904-1906) inaugura una nuova forma di indagine psichica:**

**Con uno stimolo adeguato è possibile ottenere una certa risposta in un individuo, che ci segnala la presenza di uno stop, di un ingorgo o di una deviazione dell'energia psichica.**

**In questo modo è possibile inferire, almeno per sommi capi, com'è strutturato l'assetto psichico di un soggetto in quel momento.**

# IL COMPLESSO A TONALITA' AFFETTIVA (CaTA)

Se impariamo ad utilizzare il CaTA come un Sonar, come una sonda....

Ci costruiamo una specie di **mappa energetica-simbolica**

Ottenendo così, certamente insieme al lavoro su i sogni, sulle immagini, sul e nel transfert, una sorta di planimetria della psiche del paziente.

# IL COMPLESSO A TONALITA' AFFETTIVA (CaTA)

Ma cos'è una CaTA?

Cerchiamo di definirlo: “è l'*immagine di una determinata situazione psichica caratterizzata in senso vivacemente emotivo* (...) possiede una forte compattezza interna, ha una sua propria completezza e dispone di un grado relativamente alto di *autonomia* (...) come un *corpus alienum animato*”.

*C. G. Jung (1934), «Considerazioni generali sulla teoria dei complessi», Opere, vol.8, Bollati Boringhieri, Torino, p.113.*

## IL COMPLESSO A TONALITA' AFFETTIVA (CaTA)

Un complesso quindi si comporta come **una parte scissa della psiche** e quindi, per certi versi, con le dovute differenze, si può assimilare agli Io parziali della scuola indipendente inglese (Fairbairn, Guntrip, Winnicott) ed agli oggetti buoni o cattivi della scuola kleiniana o agli oggetti Sé di Kohut:

cioè a causa di contrasti e tensioni consce ed inconsce, rispetto a fattori dinamici interni ed esterno, l'Io totale od il Sé, si frammenta e si parcellizza, dando luogo ad **isole parzialmente autonome di coscienza** con un motore inconscio.

## IL COMPLESSO A TONALITA' AFFETTIVA (CaTA)

Quindi il CaTa ha un **nucleo elementare**, autonomo, originario depositario di un significato (inconscio collettivo, archetipi) ed un **involucro** secondario costituito da numerose associazioni derivate dall'incontro del Io-Sé con l'ambiente e collegate al nucleo attraverso una comune tonalità affettiva.

In altre parole abbiamo un **motore pulsante di energia psichica**, prevalentemente oscura, rivestito da un cosmo di emozioni ed immagini.



## PSICOPATOLOGIA JUNGHIANA

Ma allora in ottica junghiana, un sintomo, una sindrome, un disturbo psichico, andrà sempre visto come frutto dell'emersione di un complesso dall'inconscio, complice una **abbassamento del livello di coscienza**, con relativa sottrazione di energia al Soggetto che cade in uno stato di "possessione".

L'abituale atteggiamento della coscienza viene disturbata da una **tempesta emotiva** che ne altera la natura in maniera più o meno grave e che crea tutta una serie di quadri sintomatologici.

# DIAGNOSI JUNGHIANA

Di conseguenza, l'inquadramento diagnostico sarà ottenuto attraverso:

**un'analisi minuziosa della rete dei complessi** riscontrabili nella psiche del paziente

e delle loro **reazioni dinamiche interne** ed esterne (rapporti fra un complesso e l'altro, rapporti fra un complesso e la sua proiezione su persone o situazioni reali).

# DIAGNOSI JUNGHIANA

Naturalmente il tutto andrà integrato con:

- a) lo studio della tipologia psicologica del paziente (Funzioni ed Atteggiamento prevalenti)
- b) dipanarsi del processo d'individuazione nelle sue varie tappe attraverso la vita del paziente e attraverso il transfert nella relazione terapeutica

# COMPLESSI PRINCIPALI

DUE GRANDI COMPLESSI FONDAMENTALI DAI QUALI  
DISCENDONDO TUTTI GLI ALTRI:

A) C. MATERNO (NEGATIVO/POSITIVO)

A) B) C. PATERNO (NEGATIVO/POSITIVO)

*I bambini a livello inconscio soffrono e danno forma ai problemi e ai complessi dei genitori (F. Wicks 1931).*

# COMPLESSI PRINCIPALI

*Jung (1938), gli aspetti psicologici dell'archetipo della Madre:*

**IL COMPLESSO MATERNO E' POSITIVO** quando si ha una sostanziale identità con la madre (personale e archetipica)

quindi : dipendenza e subordinazione rispetto alla madre, iperfemminilità nella donna e tratti omosessuali nell'uomo,

simbiosi, autismo, non differenziazione del Sé, non nascita dell'Io = Psicosi.

# COMPLESSI PRINCIPALI

**IL COMPLESSO MATERNO E' NEGATIVO** quando si ha un rifiuto o una forte estraniamento rispetto all'archetipo;

quindi: ribellione verso il genitore e quello che rappresenta,

tratti omosessuali nella donna, misoginismo nell'uomo, vuoto interiore e rabbia (tratti borderline),

intolleranza verso oggetti, segni, comportamenti o persone a "valenza materna (fobie specifiche, Spettro ossessivo).

## COMPLESSI PRINCIPALI

In *La Grande Madre Neumann* (1956) distingue, per quanto riguarda i complessi materno e paterno, positivo e negativo, tra:

- CARATTERE ELEMENTARE (positivo e negativo): complesso genitoriale con caratteristiche grezze, arcaiche, rigide. Queste qualità estreme possono sottrarre molta energia al Sé, abortire l'lo, disintegrare la psiche, produrre sensi di colpa incoercibili.

**PROGNOSI NEGATIVA**

# COMPLESSI PRINCIPALI

In *La Grande Madre Neumann* (1956):

- CARATTERE DI TRASFORMAZIONE (positivo e negativo):

Complesso genitoriale che si presenta più elastico e dinamico, da segni di possibili cambiamenti e modulazioni.

*PROGNOSI POSITIVA*



# COMPLESSI PRINCIPALI

In *La Grande Madre Neumann* (1956)

QUALITA' DEL CARATTERE **ELEMENTARE POSITIVO**:  
GENERARE, LIBERARE, SVILUPPO, NUOVA NASCITA  
(Mania, Schizofrenia, Disturbi Deliranti)

QUALITA' DEL CARATTERE **ELEMENTARE NEGATIVO**:  
TRATTENERE, FISSARE, CATTURARE, MALATTIA, MORTE  
(Psicosi Depressiva, tendenze suicide, Psicosi Ossessiva,  
psicosi ipocondriaca, Dipendenze)

# COMPLESSI PRINCIPALI

QUALITA' DEL CARATTERE DI **TRASFORMAZIONE POSITIVO**:  
SUBLIMAZIONE, ISPIRAZIONE, ESTASI, VISIONE, SAGGEZZA  
(Isteria, Depersonalizzazione, Derealizzazione,  
Spiritualismo, misticismo, )

QUALITA' DEL CARATTERE DI **TRASFORMAZIONE NEGATIVO**:  
RIFIUTO, PRIVAZIONE, DISSOLUZIONE, STUPORE  
(Psicosi Depressiva, tendenze suicide, Psicosi Ossessiva,  
psicosi ipocondriaca, Dipendenze)

# COMPLESSI PRINCIPALI

**COMPLESSO DELL'EROE: negativo (Brigante)**

**Psicopatie (antisociale, serial killer)**

**Perversioni (Parafilie, Sadomasochismo)**

**Personalità borderline (Rabbia, Disforia, Distruttività)**

## COMPLESSI PRINCIPALI

COMPLESSO **DELL'EROE: positivo** (Eroe solare; Campbell, 1958, L'Eroe dai mille volti.

Ipertrofia dell'lo.

Identificazione dell'lo con l'Eroe = Complesso di superiorità (Narcisismo maligno, tratti ipetimici, Mania/ipomania).

Integrazione dell'Eroe nel Super-lo = Complesso di Inferiorità (complessi di colpa, fobia sociale, spettro ossessivo).

## COMPLESSI PRINCIPALI

Complessi Erotici o Sessuali (negativi o positivi): ipo/ipersessualità; dongiovannismo, promiscuità/impotenza, frigidity, mancanza di libido); complesso di Edipo e di Electra.

Complessi fraterni: rivalità, gelosie. Proiezioni dell'immagine del padre o della madre su fratelli e sorelle. Conflitti familiari, coniugali.

Complessi di potenza: ruolo sociale, competitività, conflitti lavorativi, conflitti familiari e coniugali (La visione di Adler)

## DSM V - psichiatria psicodinamica junghiana

Qual'è il complesso principale o la rete dei complessi che sottrae energia al Sé?

Quali dinamiche complessuali si nascondono dietro le manifestazioni psicopatologiche?

# DSM V - psichiatria psicodinamica junghiana

**Disturbi Affettivi**, 2014 Gabbard, specchietto storico:

Freud (1915) *Rabbia rivolta verso l'interno.*

Abraham (1924) *Perdite nel presente che riattivano ferite infantili all'autostima.*

Klein (1940) *Fallimento evolutivo durante la posizione depressiva.*

Bibring (1953) *Presenza nell'lo di tensioni tra ideali e realtà.*

# DSM V - psichiatria psicodinamica junghiana

Disturbi Affettivi, 2014 Gabbard, specchietto storico:

Sandler e Joffe (1965) *Impotenza in risposta a perdita di oggetti d'amore reali o immaginari durante l'infanzia.*

Abraham (1924) *Perdite nel presente che riattivano ferite infantili all'autostima.*

Bolwby (1969) *Esperienze di perdita riattivano la sensazione, correlata a un attaccamento insicuro, di essere abbandonati ed indegni d'amore.*



# DSM V - psichiatria psicodinamica junghiana

Disturbi Affettivi, 2014 Gabbard, specchietto storico:

Jacobson (1971) *Oggetti d'amore perduti si trasformano in Super-io sadico.*

Arieti (1924) *Perdite nel presente che riattivano ferite infantili all'autostima.*

Bolwby (1977) *Vivere per l'altro dominante.*

# DSM V - psichiatria psicodinamica junghiana

E PER JUNG?

Una madre e un padre deprivanti o abusanti possono creare dei complessi genitoriali profondamente negativi, se trovano un humus archetipico con la stessa valenza.

tutta una serie di rappresentazioni mentali, di pensieri ma soprattutto di immagini e di affetti, che prendono il sopravvento e che "forzano", "piegano" la volizione dell'individuo e gli rendono impossibile vivere, provare piacere.

## DSM V - psichiatria psicodinamica junghiana

Come mai il **vecchio re ferito** non riesce a rinnovarsi?

Come mai prende il sopravvento il **Senex** con il suo corteo malinconico?

Quali dinamiche trattengono il paziente dentro una **nigredo** (fasi alchemiche) che sembra non finire?

# DSM V - psichiatria psicodinamica junghiana

Qual'è il complesso positivo che

INFLAZIONA (In-flatus) l'lo del soggetto e lo proietta in:

- Un Disturbo Narcisistico anche severo?
- In una MANIA?

## DSM V - psichiatria psicodinamica junghiana

Gabbard per la SCHIZOFRENIA,  
cita tutte i modelli: da quello del conflitto e del  
disinvestimento libidico (Freud),  
alle varie Teorie del Deficit (Federn),  
le difficoltà nelle cure relazionali e la mancanza  
di cure materne (Sullivan),  
la fissazione allo stadio della Simbiosi e  
dell'Autismo (Mahler) ...e poi i fattori genetici,  
ecc.

# DSM V - psichiatria psicodinamica junghiana

E per Jung?

La **SCISSIONE**, meccanismo primitivo della psiche arcaica, può generare il disastro della schizofrenia (Bleuler)

Un complesso genitoriale primario disintegra la psiche in una nebulosa di frammenti psichici e crea una psicosi.

DSM V - psichiatria psicodinamica junghiana

oppure quale è l' alternanza creatasi

tra un complesso in parte di segno negativo ed in parte di segno positivo (il doppio legame da parte di un genitore, l'ambivalenza)

al punto di vedere la scissa la propria psiche in un disturbo dello spettro schizofrenico o in un disturbo borderline.

# DSM V - psichiatria psicodinamica junghiana

I Disturbi D'Ansia e le Fobie. La teoria delle nevrosi (Freud).

Ma con Jung ci chiederemo anche:

quale complesso **genitoriale positivo/negativo** può generare un disturbo ossessivo compulsivo? E/o quale complesso secondario?

Lo abbiamo accennato prima citando vari esempi di complessi...



# DSM V - psichiatria psicodinamica junghiana

Va considerata una scansione temporale/genetica:

- 1) Prima il **complesso** genitoriale
- 1) Poi la **coniunctio**: incompleta o parziale o invertita o abortita o mostruosa
- 3) infine le **distorsione delle fasi dell'individuazione**

Con l'evidenziarsi dei relativi complessi d'Anima, Animus, Ombra.

# **DSM V - psichiatria psicodinamica junghiana**

**ESEMPI CLINICI?**

**DOMANDE?**

**CONSIDERAZIONI?**

# BIBLIOGRAFIA.....per meglio comprendere ed approfondire l'incontro di oggi:

M. Klein (1946), «Note su alcuni meccanismi schizoidi», in Scritti 1921-1958, Boringhieri, Torino, 1978.

H. Segal (1957), «Note sulla formazione del simbolo», in Scritti psicoanalitici, Astrolabio, Roma, 1984.

W.R. Bion (1959), «Attacchi al legame», in Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico, Armando, Roma, 1970.

W.R. Bion (1962), Apprendere dall'esperienza, Armando, Roma, 1988.

P. Heimann (1959), «Sul controtransfert», in c. Albarella e M. Donadio (a cura di) Il Controtransfert, Liguori, Napoli, 1986.

R. Money-Kyrle (1956) contro-transfert normale e alcune sue deviazioni. In Scritti 1927-1977, Loescher, Torino, 1984.

H. Racker (1968), Studi sulla tecnica psicoanalitica, Armando, Roma, 1970.

H. Rosenfeld (1952), Stati psicotici, Armando, Roma, 1973.

C. G. Jung, «Psicogenesi delle malattie mentali», Opere, vol. 3.

C. G. Jung, «Simboli della trasformazione», Opere, vol. 5.

C. G. Jung, «La dinamica dell'inconscio», Opere, vol.8.

C. G. Jung, «Gli archetipi e l'inconscio collettivo», Opere, vol. 9.

C. G. Jung, «Principi di psicoterapia pratica», Opere, vol.16

Wickes (1931), *Il mondo psichico dell'infanzia*, Astrolabio, Roma, 1949.

Jaffé Anela, a cura di, (1961): *Ricordi, sogni, riflessioni*, di C. G. Jung, Rizzoli/BUR, Milano, 1978/1992.

Dieckmann Hans, 1991, *I Complessi*, tr. It 1993, Roma, Astrolabio.

Gabbard Glen O, *Psichiatria Psicodinamica*, V edizione, 2015, Milano Raffaello Cortina.

Sonu Shamdasani (2003), *Jung e la creazione della psicologia moderna. Il sogno di una scienza*, Edizioni Magi, Roma, 2007.

Neumann E., *La Grande Madre*, 1981, Astrolabio, Roma.