

□ In questi ultimi decenni, come si è detto precedentemente, lo studio dei disagi psicologici si è approfondito e diffuso anche nel Magistero riguardante la vita consacrata. Ai formatori viene in aiuto l'ampia trattazione che le riviste propongono (soprattutto "Vita consacrata" e "Tredimensioni"); gli articoli in questione hanno uno scopo divulgativo e orientativo, per aiutare gli educatori a "intuire", "sospettare" e così "segnalare un possibile problema di un candidato. La diagnosi di eventuali patologie spetta solamente a uno specialista in scienze umane (psicologo, neurologo, psichiatra), mentre il successivo discernimento e la conseguente decisione tocca ai responsabili della formazione (cfr. il paragrafo 2.1.i) di questo lavoro, a proposito della sussidiarietà).

□

PSICOSI GENERALIZZATE E PSICOSI CIRCOSCRITTE Sono patologie che precludono tassativamente l'ingresso nella vita religiosa. Solitamente la loro evidenza è tale per cui il discernimento non incontra dubbi. Il problema sta nel fatto che, in alcuni casi, queste psicosi si manifestano anche dopo anni...a volte dopo la professione perpetua; occorre sensibilità e attenzione, per non sottovalutare qualche sintomo, anche se sembra "banale". Le psicosi generalizzate sono: schizofrenia e sindrome maniaco-depressiva (detta anche disturbo bipolare); le psicosi circoscritte sono: idee deliranti (di persecuzione, di megalomania, di gelosia e altre; inoltre la follia morale) e allucinazioni

[37](#)

1. □□ **schizofrenia** Nella forma conclamata produce la scissione completa del pensiero. I malati non hanno nessuna concatenazione delle idee, nessuna logica; le parole si succedono a caso, secondo associazioni verbali: è la disgregazione psichica spinta al più alto grado. Tra idea e azione non c'è nesso. La malattia assume modalità diverse. Non è rara la crudeltà, la perversione, il cinismo. Un religioso, per esempio, potrebbe essere piissimo nella preghiera corale e subito dopo abbandonarsi sfrenatamente all'impurità senza alcun senso di colpa; potrebbe fare penitenze corporali fino all'autolesionismo e poi gettarsi avidamente sul cibo senza controllo; potrebbe aiutare con slancio un confratello nei lavori più faticosi e poi scoppiare a ridere insensibilmente se lo vede cadere e ferirsi; potrebbe fare un perfetto discorso sulla Santissima Trinità, inserendo però improvvise digressioni, prive di ogni logica, su argomenti assolutamente estranei al discorso iniziale. Sono segni allarmanti di schizofrenia: la notevole introversione che può giungere fino all' «autismo» (isolamento completo dal mondo esteriore per seguire i propri sogni e fantasmi), l'affievolimento o l'assenza del sentimento (non commuoversi neanche per la morte di persone care), il comportamento «strano», «originale», «improvvisamente mutevole», la percezione di «voci interiori», il presentarsi di «allucinazioni», la contemporaneità di atteggiamenti opposti: riso e pianto, euforia e angoscia, tenerezza e sadismo. Non c'è una precisa dimostrazione della «ereditarietà» della schizofrenia: tuttavia il fenomeno si ripete con frequenza nella stessa famiglia ed è quindi prudente sondare se vi siano dei precedenti nella linea genealogica diretta di un candidato che desta qualche dubbio in

proposito. In caso di sintomi preoccupanti è doveroso evitare una diagnosi «fai da te» e ricorrere invece a una vera e propria perizia, a meno che l'evidenza sia tale da poter dimettere il candidato senza esitare.

2. Disturbo bipolare o sindrome maniaco-depressiva: E' una grave perturbazione dell'umore che può portare all'alienazione psichica. Si distinguono la fase dell'«euforia» (mania) e della «malinconia» (depressione). L'umore euforico è gaio, estroverso, ottimista, creativo: è caratteristico l'impulso ad affaccendarsi, a moltiplicare progetti, a scrivere freneticamente e ad allacciare molte relazioni; a volte l'umore euforico, nella sua caratteristica eccitazione, può assumere tratti di iraconda insofferenza o effusioni di accorata commozione, con la teatralità tipica dei comportamenti «isterici».

□

La fase malinconica è caratterizzata da profonda tristezza; il soggetto ha una espressione di pianto senza lacrime, è timido ed esageratamente modesto e taciturno; tende a nascondersi e a chiudersi; spesso non è consapevole della sua malinconia e attribuisce a fattori esterni il suo malumore (sono tutti cattivi e indifferenti quelli che, in fase euforica sembravano amabili e sensibili); a volte si sente «morto dentro», «apatico», «vuoto»; spesso è preda di idee deliranti di indegnità e, in certi casi, addirittura «colpevole di esistere» e assillato dal pensiero del suicidio. Solitamente le due fasi si succedono alternativamente con periodi abbastanza lunghi, magari anche di parecchi mesi; quando i passaggi dall'euforia alla malinconia sono rapidi e frequenti, si parla di sindrome circolare. Non è accertata l'ereditarietà e si suppone che prevalga il condizionamento ambientale durante la fase evolutiva. Si deve distinguere la depressione endogena (strutturale) da quella reattiva (dovuta a lutti, malattie gravi, ecc. e, quindi, transitoria). Solo un'appropriata perizia può decifrare adeguatamente i sintomi e condurre ad una diagnosi attendibile.

c) □ □ □ Idee deliranti Si tratta di idee parzialmente o interamente erranee, refrattarie ad ogni prova o dimostrazione che le smentisca. Il soggetto delirante è, nella materia del suo delirio, assolutamente impermeabile a una visione chiara; rimane invece lucido e coerente in tutte le altre dimensioni della sua vita che non interferiscono con la sua fissazione. L'idea delirante può essere interamente falsa («il cuciniere mi mette del veleno nel cibo»: non esiste alcun collegamento con il comportamento del cuciniere), oppure avere un appiglio nella realtà (alcuni dati coincidono; per esempio: «il confratello mi racconta affabilmente quello che fa, solo per umiliarmi, per indurmi a lasciare il mio incarico e a farmi trasferire»: è errata l'interpretazione della gentilezza reale riscontrata nel confratello): in questo secondo caso si tratta della *sindrome paranoide*

. «una persona sospettosa (nevrotica) è ritenuta tale per le sue apprensioni ingiustificate. La sospettosità del paranoide non si riferisce solo ai contenuti, ma al modo di pensare che è segnato dalla "rigidità": il paranoide guardale cose con uno strano pregiudizio, per cui le coglie esattamente come lui si aspettava che fossero. Immagina, osserva, penetra, ma con un'eccezionale *intensità d'attenzione*

(per esempio cronometra e controlla i minuti di conversazione concessi a lui e a un confratello da parte del superiore: ndr), sempre prevenuta, continua, intensa e mai liberamente vagante. Questi due tratti portano a due conseguenze: il paranoide cerca ogni indizio che possa

confermare le sue idee e, insieme, è così sicuro della sua visione da riuscire a trascurare contraddizioni evidenti (è il contrario psicologico della suggestionabilità). Terza caratteristica è la "ipervigilanza": tutto quello che è inaspettato è fatto oggetto di una scrupolosa indagine (...). Il meccanismo di difesa principale è la "proiezione", ossia la tendenza ad attribuire a figure esterne motivazioni, pulsioni o altre tensioni ripudiate e intollerabili in se stessi (...). Ciò che gli fa difetto è il senso di "autonomia": mentre una persona normale può permettersi di rilassarsi, lui si preoccupa di non soggiacere ad alcun controllo esterno (nelle forme estreme questo prende la forma dei deliri di controllo). Pertanto, teme anche di dover capitolare di fronte alle figure di autorità: ha perciò una notevole sensibilità al potere e rango altrui, un forte rispetto dell'autorità (e un'acuta sensibilità alla mortificazione) ma per scopi difensivi

[38](#)

».

d) Allucinazioni: Le idee deliranti possono accompagnarsi ad allucinazioni. Le "allucinazioni" si possono definire «percezioni senza oggetto». Il soggetto vede, sente, ode («parole interiori») ciò che esiste solo nella sua mente, attribuendo a un oggetto esteriore l'origine delle sue pseudo-sensazioni. L'allucinato non dubita dell'esistenza reale di ciò che percepisce e rifiuta accanitamente ogni prova che lo smentisca; si sorprende anzi della "incredulità" e della "sorpresa" manifestata dai presenti. Non sempre è immediata la constatazione di questo disturbo psicotico, che spesso è sottovalutato come un fenomeno legato alla suggestionabilità della persona e quindi considerato episodico o transitorio. La ripetitività di eventi possibilmente allucinatori deve essere presa in seria considerazione per una diagnosi precisa. Non devono assolutamente essere considerate psicotiche le allucinazioni causate da farmaci (anestesi e compresse) o da forme di intossicazione (per esempio del fegato).

[37](#) Cfr. V. MARCOZZI, **Ascesi e psiche**, Morcelliana, Brescia 1958, pp. 180-192

[38](#) L. BALUGANI, **Quando un leader immaturo è preferito a uno maturo**, «Tredimensioni», III (2006), n. 2 (maggio/agosto), p. 178