

# La deformazione delle immagini archetipiche del soggetto schizofrenico

Miglietta M.D.\*

## Premessa

Esistono ancora poche certezze e molti punti oscuri sulle “leggi” che governano la psiche umana. Questo tema che sin dalle prime società evolute ha suscitato notevole fascino e di conseguenza ha scatenato per secoli la fantasia dell’uomo, ha incominciato a definirsi come scienza nel secolo scorso, quando Freud, teorizzando l’esistenza dell’*inconscio*, ha posto le prime basi per uno studio scientifico degli aspetti più oscuri della mente umana.

Seguendo le orme di Freud, altri grandi studiosi si sono prodigati ad elaborare delle teorie che in qualche modo spiegassero i comportamenti istintuali dell’uomo, le sue fobie, le sue debolezze, i suoi sogni, il suo carattere, i suoi sentimenti e quant’altro appartiene alla sua sfera inconscia.

La mancanza di prove inconfutabili che potessero avvalorare una tesi piuttosto che altre ha, però, generato una serie di modelli interpretativi ognuno dei quali presenta degli aspetti interessanti ma che nessuno di essi può avere la pretesa di proporsi come verità assoluta. Spesso questi modelli si integrano a vicenda ma a volte poggiano su teorie del tutto contrastanti tra loro.

Questo lavoro, dunque, non si pone come obiettivo quello di offrire delle certezze, ma piuttosto si propone di inquadrare le varie sfumature dei significati che sono stati attribuiti alle immagini e ai comportamenti di un “malato” mentale, con particolare riferimento al soggetto schizofrenico.

Il presente articolo, arricchito con l’analisi di due casi clinici reali, fornisce anche uno spunto di riflessione sulle terapie di cura da adottare nei confronti degli psicotici, spesso emarginati e maltrattati da una società cieca e culturalmente carica di pregiudizi.

### 1. Strutture e simboli del mondo infero

Il primo a capire che i nostri comportamenti non si possono spiegare tutti con la parte razionale, fu S. Freud. Il padre della psicoanalisi intuì che c’era qualcosa al di là della nostra zona cosciente che spesso condizionava pesantemente il nostro modo di vivere e di pensare.

Il susseguirsi degli studi in questo campo (e non solo ad opera dei seguaci di Freud) ha confortato la tesi sostenuta dallo psicanalista tedesco, tanto che ormai la maggioranza degli studiosi della personalità è propensa ad ammettere l’esistenza dell’*inconscio*. I dubbi maggiori tuttora esistenti riguardano soprattutto la sua esatta natura e l’importanza che riveste nei processi mentali.

---

\* Salice Salentino (LE)

Uno dei padri della psicologia analitica che ha dato un importante contributo allo studio della psiche umana fu Carl Gustav Jung (1875-1961), il quale non solo teorizzò l'esistenza dell'inconscio ma ne individuò due componenti fondamentali che chiamò *inconscio individuale* e *inconscio collettivo*. La prima di queste componenti è l'inconscio così come fu inteso da Freud, e cioè quella parte dell'inconscio in cui vengono immagazzinati tutti gli eventi più significativi della nostra esistenza (esperienze, abitudini, traumi, manie, modi di fare, nevrosi e disturbi della personalità). L'inconscio collettivo invece ha un carattere universale e quindi i suoi contenuti possono essere rintracciati ovunque. Al di fuori delle reminiscenze personali, infatti, esistono nella mente dell'uomo grandi *immagini originarie* che rappresentano o quantomeno forniscono la prova di una ereditarietà dell'immaginazione umana. Questa ereditarietà, che è un dato di fatto, spiega un fenomeno di per sé singolare: la presenza su tutta la terra, in forme identiche, di determinati elementi e motivi leggendari.

A queste immagini o motivi Jung ha dato il nome di **archetipi**.

Le immagini archetipiche sono numerose, tanto che un tentativo di elencarle ed interpretarle tutte coprirebbe uno spazio ben più ampio delle intenzioni di questo lavoro. Tuttavia per un maggiore approfondimento dell'argomento è possibile consultare i testi [1], [2] e [3] cui parte di questo paragrafo fa riferimento.

In [4] sono stati riportati alcuni esempi degli archetipi fondamentali e vengono descritti i significati più diffusi per ognuno di essi. Alcuni esempi sono il **Sole**, che simboleggia *luce, calore, vita, bellezza* oppure il **Padre**, che simboleggia il *creatore, la guida, il capo* o ancora **l'Eroe**, che simboleggia *l'uomo straordinario, il giustiziere, il coraggio, la virtuosità*. Queste figure assumono dei significati con valenza positiva ma non tutti gli archetipi hanno questa caratteristica. Ne esistono molti che hanno una doppia valenza, come ad esempio il **Fuoco** che, analogamente al sole, simboleggia *calore, luce, e anche purificazione* ma spesso è un'immagine che evoca *distruzione, sterminio* o il **Demonio**. Un'altra figura con una doppia valenza è il **Lupo**. In alcune culture la lupa è ricordata per le sue virtù materne ma moltissime altre culture collocano il lupo tra i feroci demoni di morte. Interessanti sono gli studi condotti sulla personalità di Hitler da cui si scopre che questi ultimi due archetipi ricorrono spesso nella sua vita [5].

Esistono archetipi che hanno quasi esclusivamente una valenza negativa: il **Diavolo** o l'**Ombra** per esempio, rappresentano il *lato oscuro dell'uomo, il lato che non viene riconosciuto e accettato*.

Uno degli archetipi più importanti e più potenti, perché è la figura che domina la prima parte della nostra esistenza è la **Madre**. Mi sembra opportuno soffermarmi maggiormente su questa figura poiché può rappresentare una buona chiave di lettura dei casi clinici illustrati nel prossimo paragrafo.

Per il bambino la mamma è tutto: cibo, guida, sicurezza, difesa dai pericoli. Tuttavia l'archetipo della madre non vuol dire solo rifugio e sicurezza, ma ha anche altri significati come *femminilità* (poiché simboleggia ciò che dà la vita o porta i frutti) o l'*inconscio* stesso (il ventre materno da cui si esce e verso cui si torna temporaneamente col sonno, o definitivamente con la morte).

Stando nello studio di uno psicanalista si può constatare che non tutte le madri assolvono adeguatamente il loro compito. A volte sono troppo repressive, altre volte troppo permissive, spesso non hanno né voglia, né tempo di occuparsi dei loro piccoli o si limitano soltanto a provvedere ai loro bisogni materiali. Molte madri sono autoritarie, nevrotiche, spesso lontane dal loro ruolo naturale, e perciò causano dolorosi traumi ai loro figli. Fanno nascere in loro sentimenti di ostilità e di diffidenza che, poi, finiscono per proiettarsi su tutto ciò che rappresenta il simbolo materno: l'inconscio, la femminilità, il mare, la chiesa e così via.

Altre volte il problema è di natura diversa: troppo attaccati alle gonnelle materne ci si rifiuta di intraprendere il viaggio verso l'autonomia e l'età adulta e così li rendono insicuri, infantili, incapaci di diventare adulti e psicologicamente autosufficienti.

Il rapporto con la madre e con il padre spesso è la causa principale in cui ricercare le spiegazioni ai problemi di uno psicotico. Un'immagine distorta di queste due figure, infatti, può essere letale per la formazione della personalità di un individuo.

Uno dei tanti personaggi che ha studiato a fondo il rapporto genitore-figlio, partendo dalle teorie di Jung, è lo psicologo analista J.C. Perry.

Seguendo gli insegnamenti dello studioso svizzero, Perry ha sviluppato delle teorie che tuttora stanno alla base di una serie di innovazioni metodologiche volte a migliorare la qualità della vita dello psicotico.

La caratteristica essenziale di queste teorie è quella di escludere a priori il ricorso ai farmaci nel processo di guarigione degli stati alterati della coscienza. Secondo Perry, infatti, il trattamento di uno psicotico richiede una conoscenza di base del rapporto del paziente con i propri genitori sin dall'età infantile. Una particolare importanza in questo processo riveste la figura della madre, considerata da Perry come la figura portante per la riorganizzazione del Sé.

Partendo dalla premessa biologica che l'essere umano sia fondamentalmente un animale dotato di facoltà superiori che gli permettono di dominare il suo ambiente, Perry descrive l'*Io* (ossia la personalità di ognuno di noi) come *“l'organo psichico preposto alle attività percettive, intellettive e motorie che hanno tutte una funzione di adattamento alla realtà esterna”* [6]. Pertanto, durante la sua crescita, un soggetto deve difendersi dalla forza delle spinte istintuali, compiere un adeguato esame di realtà e perseguire lo scopo di un buon adattamento sociale.

Il senso di identità l'uomo lo raggiunge anno dopo anno con una serie di problemi che si inquadrano nel già complesso schema dello sviluppo.

Nei primissimi anni il bambino ha un *Io* scarsamente strutturato e una coscienza ancora incapace di discriminare: è una situazione in cui esistono confini molto incerti fra soggetto ed oggetto, cioè egli vive in una condizione di partecipazione emotiva con la psiche di tutti coloro che gli stanno intorno.

I simboli e le immagini che si costruiscono in questa fase sono quelli che riemergono poi dalla psiche inconscia nella vita emotiva.

E' in questa maniera che si innesca quel processo entro cui si crea *l'immagine-affetto*, che nella terminologia junghiana corrisponde all'immagine archetipica.

Le attivazioni precoci (*proiezioni*) di queste immagini-affetto cominciano a formare le radici dei *complessi* fondamentali. Il *complesso*, come in genere viene inteso nella terminologia psicoanalitica, è fondamentalmente una situazione emotiva costituita da molteplici fattori: un conflitto tra varie tendenze che l'Io non riesce a comporsi, un groviglio di elementi affettivi che non ha modo di districare.

I complessi hanno le loro radici nell'appercezione emotiva tanto che se, ad esempio, in un certo momento la madre appare ostile può attivare nel bambino l'emozione di paura e quindi essere percepita attraverso l'immagine della strega; se questo tipo di percezione avviene ripetutamente si può costituire un complesso disturbante composto di tali percezioni della madre.

La madre rappresenta per il bambino non soltanto colei che appaga i suoi bisogni ma un importante punto di riferimento: il primo filtro attraverso il quale arriva al bambino tutto il mondo esterno. La continuità del rapporto tra madre e figlio viene anche definita *legame emotivo* o affettivo: è un legame profondo primariamente di tipo viscerale, che ha il compito di stabilizzare il senso di benessere organico. La figura materna è il mezzo attraverso il quale si acquisisce la fiducia nelle nostre possibilità e determina un tipo di comportamento che rappresenta la struttura psichica di base di ogni personalità.

Tutto questo spiega il perché gli stati emotivi della madre che, a loro volta, sono inconsci e autonomi hanno delle forti influenze sulla psiche del bambino. Se nel rapporto bambino-madre avviene che ci sia una risposta inadeguata da parte del genitore ad un particolare momento della vita del figlio, per esempio criticando continuamente il suo modo di essere ed esprimendo il desiderio di un bambino ideale, può avvenire che la psiche del bambino ne sia gravemente compromessa.

Nello psicotico, in cui l'Io sembra essere dominato prevalentemente dall'inconscio, gli effetti di un rapporto alterato con i propri genitori emergono spesso anche durante i colloqui terapeutici proprio perché egli quasi si identifica con i contenuti degli strati più profondi della psiche. In questo caso si tratta di persone che hanno subito dei danni psichici in momenti molto precoci dell'infanzia e che sono rimaste con una immagine di *Sé* compromessa ed una autostima estremamente fragile.

Poiché l'intimità dei rapporti minaccia di rinnovare esperienze dolorose, queste persone tendono a perdere il legame con i propri affetti, che vengono così resi meno intensi o addirittura repressi. Tutto questo porta ad una serie di circostanze che conducono l'individuo ad una situazione di autoannullamento.

### **2. I casi clinici di Elena e Mario**

Restando nell'ambito del rapporto genitore-figlio in età infantile, intendo presentare alcune parti interessanti di due protocolli d'esame che ho avuto modo di analizzare con la preziosa consulenza di due terapeuti del CIM di Padova. Il primo evidenzia un caso di un rapporto quasi morboso tra la madre e l'assistita (Elena) che finisce per rendere il soggetto in cura un individuo estremamente fragile ed incapace di diventare adulto. Il secondo caso, al contrario, evidenzia l'esistenza di un rapporto materno molto freddo e privo di affetto che porta l'assistito (Mario) alla fase più acuta della schizofrenia che si manifesta con il *delirio*.

Per non alterare il senso delle frasi espresse durante le sedute, vengono riportati di seguito parti del colloquio tra gli assistiti e i terapeuti.

Elena ha trentacinque anni ed è sposata in seconde nozze con un uomo più grande di lei di sedici anni. E' nata settimana quando la madre aveva appena diciannove anni e da quel momento le due donne non si sono mai separate, costruendo un legame unico e indiscutibile.

A diciannove anni anche Elena rimane incinta dal suo primo marito, ma colta dalla paura della gravidanza si costringe ad abortire. Durante il secondo matrimonio rimane incinta altre due volte, ma non riesce a portare a termine la gravidanza: il problema della maternità diventa via via sempre più angosciante, fino a portarla ad avere episodi allucinatori in cui i bambini "assassinati" la assalgono per vendicarsi della loro morte.

Il suo stato psicotico richiede un ricovero di tre mesi in ospedale psichiatrico con *diagnosi di allucinosi depressiva in paziente schizofrenica*.

Negli ultimi anni, inoltre, è ossessionata dalla paura della morte, particolarmente di quella di sua madre, della paura di fare i conti con il vuoto, il nulla. Per questo motivo si rifugia nel cibo, tappabuchi ideale per non sentire il panico, la frustrazione, l'incertezza dell'attesa.

Dopo il periodo di ospedalizzazione in cui Elena risponde molto bene ai farmaci chemioterapici viene affidata alla psicoterapeuta, con la quale ha il primo incontro a 35 anni. Sin dall'inizio esprime subito il malessere per lo stato del suo corpo.

*ELENA: "Il mio problema è il corpo, trattiene tutto ogni piccola cosa che ingoio si trasforma subito in chili. Non riesco ad eliminare. Non ho più gusto alla vita, non sto mai bene.... Non riuscirò mai ad essere felice. Eppure sono stata molto amata, fin troppo. Si può dire che sono stata soffocata dall'amore: un amore unico, assoluto e indistruttibile".*

Condizionata fin dalla nascita da un rapporto simbiotico con la madre e la famiglia, Elena percepisce il mondo intorno a sé come un pericolo permanente, una continua minaccia, evitabile solo se riesce a riprodurre quell'antico ed esclusivo legame.

*ELENA: "Alla mia nascita mia mamma aveva 19 anni. Mi ha raccontato che è rimasta con me giorno e notte per tre mesi: eravamo isolate e protette dal resto del mondo. Ero la cosa più bella che le fosse successa nella vita".*

Da quel momento, infatti, la madre le starà sempre vicina, sempre pronta e attenta a soddisfare ogni bisogno della bambina prima ancora che lo richieda.

Da adulta, però, Elena deve inevitabilmente fare i conti con la delusione, la frustrazione, il rischio che ciò che desidera intensamente non si realizzi. Ecco allora la paura dell'attesa, dello spazio vuoto che intercorre tra il desiderio come sentimento interiore e la sua realizzazione pratica. Comportandosi da "bambina viziata", niente deve sfuggire al suo controllo.

*ELENA: "non tollero che le cose non si svolgano come ho deciso e nel momento stesso in cui le desidero. Ho talmente paura di essere delusa che spesso preferisco non esprimere quello che voglio veramente".*

O tutto o niente, se non si possono avere rapporti esclusivi, unici (come quello che da sempre ha con la madre) meglio lasciar perdere: è la paura del futuro, il vuoto del presente, la delusione per qualcosa che non arriva.

Elena affronta questi problemi mangiando, riempiendo i "buchi esistenziali" con il cibo, anestetizzando contemporaneamente ogni dolore.

*ELENA: "ho paura della morte, ma per non aspettarla preferirei morire oggi. Non riesco a sopportare l'idea della morte di mia madre. Forse è per questo che penso di voler morire giovane, per evitare quell'enorme dolore e quell'intollerabile distacco".*

Elena si dimostra apparentemente distaccata da tutto, soprattutto dalla vita che ad ogni piè sospinto vuole "gettare via". In realtà né è profondamente legata, tanto legata da viverla con angoscia e da imporsi una sorta di isolamento forzato proprio per evitare ulteriori sofferenze.

*ELENA: "Sento un bisogno profondo di comunicare con gli altri, ma mi obbligo ad avere solo rapporti superficiali e insoddisfacenti per paura di soffrire per una rottura, per una fine, di attaccarmi troppo e di venire delusa nelle mie aspettative".*

Ed anche la voglia di essere madre fin'ora andata delusa, cede il passo alla paura.

*ELENA: "non so cosa siano nove mesi di gravidanza, mi sembra un'eternità. La prima volta ho preferito abortire, le altre due volte ho perso i bambini a tre mesi e a sei mesi di gravidanza. L'attesa per me è intollerabile".*

E durante una seduta terapeutica è ancora una volta Elena a voler ritornare sull'argomento della paura legata all'esperienza della gravidanza, questa volta però legata al fantasma della paura di suo marito, che inconsciamente l'ha sempre condizionata.

*ELENA: "So che desidero avere un figlio e contemporaneamente ne ho paura. Credo però di avere soprattutto bisogno di poter esprimere liberamente questo desiderio di essere madre. Per questo devo assolutamente trovare il modo di superare il terrore di mio marito, separando la mia paura e le sue cause da quella sua, che non appartiene alla mia vita".*

Un sogno in particolare in cui un piccolo di gorilla è chiuso in gabbia, si rivela importante per sciogliere il nodo che tiene prigioniera Elena rispetto alla maternità. La prigione se l'è creata da sola, considerando il desiderio altrui come segnale di partenza per ogni suo atto o pensiero.

Il sintomo depressivo, infatti, è in gran parte legato a questo meccanismo di "vita non propria" ma quasi totalmente dipendente da un'altra persona.

Un caso dove si riscontra (al contrario di Elena) una mancanza di affetto materno sofferta dall'assistito in età infantile é quello di Mario.

Il caso di Mario è abbastanza significativo anche da un altro punto di vista, ossia perché rivela uno degli aspetti più caratteristici (e più gravi) della schizofrenia: il *delirio*. Su tale argomento sono stati spesi fiumi di inchiostro, anche per la complessità e la varietà dei modi in cui si manifesta, per cui sarebbe dispendioso dilungarci a descrivere il fenomeno del delirio in questo articolo. Per un maggiore approfondimento dell'argomento consiglieri la lettura del testo [9].

Soffermiamoci, invece, sul caso personale di Mario.

Mario ha 27 anni, seguito dal CIM di Padova da circa due anni. Alle spalle ha tre ricoveri nel Servizio Psichiatrico con diagnosi di *delirio di gelosia* in paziente affetto da psicosi schizofrenica e viene trattato con dosi elevate di psicofarmaci.

La madre, casalinga, con una lista interminabile di lavori domestici da "sbrigare quotidianamente" e per nulla al mondo prorogabili al giorno dopo. Il padre, operaio, che dopo le ore trascorse in fabbrica, si occupa dell'orto di famiglia, aiuta nel lavoro parenti e amici e torna a casa solo a mangiare e a dormire.

Mario, più per dovere che per passione, studia quasi ininterrottamente, dalle elementari all'università, fino alla laurea in lettere.

Un ambiente familiare "a regime vittoriano" (così come lo definisce Mario) in cui il principio primo è il lavoro, seguito dal rigore morale, dall'etica del sacrificio, dall'onestà e dalla parsimonia.

I piaceri, i divertimenti, le emozioni, le sensazioni, sono aspetti della vita considerati effimeri, cui rinunciare per lasciare spazio ai doveri primari.

*MARIO: "Mai una volta che mia madre parli di cose belle, di esperienze piacevoli, sue o di altre persone. E' invece sempre pronta a cogliere il risvolto drammatico, i rischi e i pericoli presenti in tutte le situazioni esistenziali. Mai una coccola, un gesto affettuoso, rarissimo uno sguardo di dolcezza. Mio padre poi ...meglio lasciar perdere ...con il suo lavoro, i suoi doveri, le sue fatiche ...non è mai riuscito a trovare un po' di tempo per giocare con me o passare qualche ora insieme".*

Quelle di Mario sono "riflessioni a voce alta" che descrivono un mondo arido di affettività, una quotidianità in cui non c'è un momento da perdere, niente da sprecare, più vicina all'immagine di una "via crucis" che a quella di una famiglia che, nel bene o nel male, si sostiene vicendevolmente.

Ognuno porta la propria croce e Mario reagisce alla freddezza emotiva che lo circonda con timidezza e distacco, soprattutto nei confronti dell'altro sesso, con cui, da sempre, intrattiene solo storie brevi e fugaci, eliminando così il rischio del coinvolgimento sentimentale.

Una volta Mario si coinvolge e da qui nascono i problemi. Inizia a insinuarsi in lui una sorta di pensiero fisso: “*Lei si vede con un altro*”. Mario trasforma la sua relazione amorosa in una situazione triangolare. Il terzo introdotto tra lui e lei è un rivale; ed è sulla sua immagine che Mario proietta risentimento e odio accumulati dalle frustrazioni che vanno via via aumentando anche a causa di un sopraggiunto problema di eiaculazione precoce.

Mario si sente tragicamente beffato e abbandonato. Il suo delirio ricama tutte le sue peripezie; e allora accusa lei di mentire e di usare delle astuzie per vedersi con l’altro. E allora nella sua mente trova spazio il contrattacco, cerca di aiutarsi con tutti i mezzi e con tutti gli stratagemmi, ispirati dalla chiarezza che gli apre gli occhi per cercare di smascherare il tradimento.

Questa perspicacia morbosa polarizza la sua attenzione, gli consente di scrutare nel cuore di lei, di scoprire le sue intenzioni, di sventare le astuzie. Con un lavoro di inchiesta e di riflessione, Mario “chiarisce” il mistero e perviene a una “verità” per lui assoluta.

Nella fase in cui il suo delirio di gelosia è formato, si sistematizza in una serie di prove, di pseudoconstatazioni, di falsi ricordi, di interpretazioni deliranti, di illusioni della percezione e della memoria.

I suoi sogni a carattere d’incubo e sempre monotematici (lei e l’altro a letto assieme) alimentano la passione gelosa di Mario, che sfocia in un tentativo di strangolare la ragazza che viene sorpresa (allucinatoriamente) con l’altro.

### **3. Le principali metodologie interpretative dei disturbi mentali**

La gestione e la cura della follia sono sempre state strettamente dipendenti dalle spiegazioni che si davano al disturbo psichico ed abbiamo già avuto modo di sottolineare che la caratteristica fondamentale dei modelli interpretativi è che essi non possono essere considerati come “veri” o “falsi” in senso assoluto.

Le scienze del comportamento (la psichiatria in particolare), a differenza di quelle fisiche, impongono al momento di elaborare modelli interpretativi di problemi assai più complessi poiché i dati empirici di base non sono omogenei tra di loro, essendo costruiti sull’osservazione del comportamento di diversi individui. Da qui l’estrema difficoltà a formulare modelli interpretativi univoci del disturbo mentale che possono spiegare da soli tutta l’immensa varietà dei dati disponibili. I dati tendono a dimostrare che l’eziologia di tutti i disturbi di interesse psichiatrico è multifattoriale e quindi la necessità di integrazione di interventi di tipo diverso.

Tuttavia, con il passare degli anni, si sono affermate due tendenze principali riguardo il trattamento delle malattie mentali: quella *psicologica* e quella *biologica* che invece di convergere verso obiettivi comuni, si allontanano sempre più tra loro [9].

Fino ad ora si è data maggiore enfasi alla prima di queste tendenze, ma per una completezza della trattazione è doveroso evidenziare l’esistenza di altri approcci allo studio e alla cura delle malattie mentali, nonché le differenze che stanno alla base della loro stessa esistenza.

Come si è potuto capire dal contenuto dei paragrafi precedenti, il principio fondamentale della tendenza psicologica all'approccio delle malattie mentali è quello per il quale la malattia non deve essere bloccata, ma bensì seguita e valorizzata. Quindi viene escluso quasi a priori il ricorso ai farmaci preferendo il tentativo e lo sforzo di aiutare il paziente a riacquistare tutte le proprie facoltà e capacità con terapie che si inseriscono in maniera del tutto naturale nel suo mondo.

A tal fine, i terapeuti fanno leva soprattutto sulle risorse positive del paziente, interessandosi della persona nel suo complesso piuttosto che trattare sintomo per sintomo la malattia. Da questo punto di vista assume una particolare importanza il linguaggio per poter stabilire una relazione terapeutica di tipo collaborativo con il paziente e i familiari, i quali hanno una loro responsabilità nel lavoro e un ruolo importante per reintegrare il parente nella società.

Al contrario, la tendenza biologica allo studio e alla cura delle malattie mentali rappresenta l'indirizzo psichiatrico che tende a dare maggiore importanza ai fattori costituzionali nella genesi delle psicosi funzionali (schizofrenia e psicosi maniaco-depressiva), sollevando da pesanti responsabilità i familiari o le persone che vivono in contatto con il paziente. Le sue posizioni sono spesso inconciliabili con quegli indirizzi che danno maggiore importanza causale ai fattori psicologici o ambientali.

Storicamente, l'ipotesi biologica e quella psicologica si sono confrontate da sempre, con alterne vicende e con momenti cruciali di scontro. La preferenza dell'uno e dell'altro modello nella ricerca e nell'assistenza psichiatrica hanno sempre risentito dell'ideologia dominante in un periodo storico e dell'indirizzo politico detentore del potere in un determinato paese.

Al momento attuale, non diversamente che in passato, i due principali indirizzi psichiatrici si confrontano costantemente e in modo veemente.

Non mancano i tentativi di una conciliazione eclettica che ristabilisca un'unità "psicosomatica" alla psichiatria, ma nella realtà dei fatti tale fusione appare come utopica e velleitaria se si tiene conto delle diversità ideologiche ed operative dei due indirizzi, della totale diversità dei loro campi di indagine e della non conciliabilità degli assunti di base.

Si può dire, anzi, che le due tendenze col progredire degli strumenti di ricerca vanno allontanandosi verso poli sempre più distanti che, con le superspecializzazioni esistenti al momento attuale, hanno creato mondi psichiatrici del tutto separati e incapaci di comunicare tra loro. Ad un estremo, si può situare il ricercatore che lavora quasi esclusivamente nell'ambito di sofisticati laboratori di neurobiologia e in quello opposto, l'operatore che si interessa dell'assistenza al malato psichiatrico nella comunità sociale.

Il risultato paradossale di questo stato di cose è che il mondo psichiatrico è diviso in due sottomondi in cui si usano modelli, impostazioni e linguaggi totalmente differenti, mentre hanno come oggetti di studio gli stessi fenomeni.

#### 4. CONCLUSIONI

E' difficile esprimere dei giudizi oggettivi e inopinabili allo stato attuale delle cose e dinanzi alla conoscenza limitata che abbiamo dei processi che regolano lo stato di salute mentale. Ogni considerazione, al di là della sua validità, é spesso frutto delle convinzioni e della coscienza personale.

Certo é che i casi proposti nel secondo paragrafo ci fanno pensare che non tutti i malati mentali sono dei "pazzi" ma spesso loro stessi sono coscienti del proprio stato: hanno solo bisogno di essere aiutati a vincere il loro disagio e a rimediare ad una vita compromessa da forti traumi infantili.

Questo ci fa riflettere sull'importanza di un trattamento adeguato per la cura di un soggetto schizofrenico.

Le immagini simboliche che pervadono la psiche di un individuo affetto da *schizofrenia acuta* spesso appartengono ad una realtà soggettiva ed hanno un loro senso; non sono soltanto il prodotto casuale di un disturbo. Come abbiamo potuto desumere dai paragrafi precedenti, l'ipotesi più probabile della fuga nella malattia mentale è il risultato di un rapporto emotivo disturbato con l'ambiente sociale. Se in questa situazione l'individuo si sente spaventosamente isolato, la sua chiusura in se stesso si farà ancora più profonda e crescerà in senso di malattia.

Nella pratica clinica questa è l'occasione per un'intensiva terapia farmacologica: viene così messo in moto un ciclo di autoaggravamento, perché questo tipo di trattamento allontana ancora di più l'individuo dalla possibilità di entrare in contatto con le sue emozioni e con le sorgenti interiori della vitalità psichica.

Evitando invece l'intervento farmacologico e prestando attenzione alle immagini che provengono dalle profondità della psiche, si favorisce un processo di guarigione più naturale.

La malattia inquadrata in un ambiente dove la condizione psichica non è soffocata ma bensì aiutata e guidata, senza alcuna somministrazione di farmaci, è il punto focale per raggiungere scopi e obiettivi del tutto indirizzati a valorizzare il processo di rinnovamento interiore.

La chiusura degli ospedali psichiatrici non ha favorito certamente questa strada ma è pur vero che per come era organizzata questa struttura il malato mentale era spesso rinchiuso in un ambiente repressivo dove le terapie farmacologiche erano intensive, non tanto perché giovavano al malato quanto perché lo rendevano innocuo e tranquillo. Esistono dei documenti sottratti ad alcuni ospedali e successivamente pubblicati che testimoniano il trattamento dei malati mentali all'interno degli ospedali clinici [12].

Bisogna anche dire che il ricorso ai farmaci a volte é indispensabile, sia come integrazione alle cure psicoterapeutiche sia per non mettere a repentaglio l'incolumità di quelle persone che ruotano intorno a soggetti particolarmente pericolosi. Nei casi più gravi (i deliranti) é difficile addirittura correggere l'individuo, qualunque siano le terapie adottate, perché egli non può ammettere di averne bisogno. In questi casi l'evoluzione della malattia è spesso desolatamente cronica con graduale e lento deterioramento globale della personalità.

### BIBLIOGRAFIA

- [1] Carl Gustav Jung - *Gli archetipi dell'inconscio collettivo* - Boringheri Torino
- [2] Carl Gustav Jung - *Psicologia dell'inconscio* - Boringheri Torino
- [3] Gianni Gargione - *Psicologia facile* - Bruno Cerino Editore
- [4] Maria Donata Miglietta  
*Archetipi del mondo infero: strutture e simboli dei deliri schizofrenici*  
Tesi di laurea - A.A. 1997/98
- [5] James Hillman - *Il codice dell'anima* - Adelphi editore
- [6] John Weir Perry - *Le radici del rinnovamento* - Liguori editore
- [7] L. Trisciuzzi - *Psicologia, educazione e apprendimento* - Giunti Barbera.
- [8] Maura Luperto - *Protocolli d'esame riguardanti i casi di Gianni, Elena, e Mario* - CIM di Padova.
- [9] Giancarlo Reda - *Trattato di psichiatria* - USES Edizioni Scientifiche Firenze
- [10] Mara Selvini Palazzoli, Matteo Selvini *Modello psicoterapeutico e modello medico psichiatrico* Articolo pubblicato su internet al sito <http://www.spaziopiù.it/sirts/opinioni/selv.htm> (dicembre 98)
- [11] Salute e Medicina Internet - *Assistenza psichiatrica in Italia: luci e ombre* Articolo pubblicato su internet al sito : [http://www.sameint.it/cds/schizo/foto\\_arc.htm](http://www.sameint.it/cds/schizo/foto_arc.htm) (settembre 98)
- [12] Giorgio Antonucci - *I pregiudizi e la conoscenza critica alla psichiatria* Libro pubblicato su internet al sito <http://www.spunk.org/texts/health/sp001619/index.html> (febbraio 1999)