

Antonino Bucca

LE ESPERIENZE PSICOTICHE E I DELIRI CONDIVISI.

**EMPATIA E TEORIA DELLA MENTE TRA SCHIZOFRENIA E
PARANOIA**

PSYCHOTIC EXPERIENCES AND SHARED DELUSIONS.

**EMPATHY AND THEORY OF MIND BETWEEN SCHIZOPHRENIA AND
PARANOIA**

ABSTRACT. Schizofrenia e paranoia (ovvero Disturbo delirante – DD) costituiscono i poli estremi delle esperienze psicotiche. La schizofrenia insorge in giovane età con manifestazioni deliranti bizzarre, esperienze allucinatorie, deterioramento dissociativo cognitivo, comportamentale e linguistico. La paranoia, invece, acuendo tratti di personalità già critici (diffidenza, sospettosità, aggressività, ecc.) si insinua progressivamente e comincia a manifestarsi – solo dopo un lungo periodo di ‘incubazione’ – nella mezza età, e solo con il delirio lucido.

Provare sentimenti di empatia, considerare e/o valutare il giudizio degli altri e le loro convinzioni attraverso le capacità nella Teoria della Mente (*Theory of Mind* – ToM) e nelle Funzioni Esecutive (Executive Function – EF), comprendere e condividere il contenuto di un’idea morbosa, può far emergere la distanza

psicopatologica (e cognitiva) tra forme così estreme di psicosi, appunto, tra le psicosi schizofreniche e quelle paranoiche? E, soprattutto, qual è il ruolo che in questi casi gioca il linguaggio?

Attraverso i risultati di una nostra ricerca, in questo breve saggio cercheremo di esaminare le modalità emotive, cognitive, psicopatologiche e linguistiche delle psicosi che sono alla base di alcune delle differenze tra la schizofrenia e la paranoia. Differenze che emergeranno chiaramente osservando il ruolo dei rispettivi contesti comunicativi e relazionali, ma principalmente dalla possibilità di condivisione del delirio tra i soggetti psicotici.

ABSTRACT. Schizophrenia and paranoia (i.e., Delusional Disorder – DD) constitute the extreme poles of psychotic experiences. Schizophrenia begins at a young age with bizarre delusions, hallucinatory experiences, dissociative cognitive, behavioral and linguistic deterioration. Paranoia, on the other hand, exaggerating already critical personality traits (distrust, suspiciousness, aggression, etc.) progressively creeps in and begins to manifest itself – only after a long period of ‘incubation’ – in middle age, and only with lucid delusion.

Experience feelings of empathy, consider and/or evaluate the judgment of others and their beliefs through Theory of Mind (ToM) and Executive Function (EF) skills, understand and share the content of a morbid idea, can it bring out the psychopathological (and cognitive) distance between such extreme forms of

psychosis, precisely, between schizophrenic and paranoid psychoses? But, above all, what role does language play in these cases?

Through the results of our research, in this short essay we will try to examine the emotional, cognitive, psychopathological and linguistic modalities of psychosis that underlie some of the differences between schizophrenia and paranoia. Differences that will clearly emerge by observing the role of the respective communicative and relational contexts, but mainly by the possibility of sharing delusion among psychotic subjects.

Keywords: Delirio paranoico condiviso, delirio lucido, linguaggio psicotico, empatia, Teoria della Mente. Shared paranoid delusion, lucid delusion, psychotic language, empathy, Theory of Mind.

1. Introduzione: note sul *continuum* psicotico

Le esperienze psicotiche sono caratterizzate dal delirio, dalle allucinazioni, da alterazioni del comportamento e da altre manifestazioni emotive, cognitive e psicopatologiche. Alla fine dell'Ottocento, Emil Kraepelin (1899) descrisse il decorso, l'esito della malattia e i tipi di ideazione morbosa che distinguevano la *dementia praecox* (contraddistinta dal graduale e inesorabile deterioramento cognitivo dei malati) dalla *paranoia* (contrassegnata viceversa dallo sviluppo

insidioso, lucido e ‘coerente’ della *follia*). Più tardi, Eugen Bleuler (1911) raggruppò entrambi questi disturbi mentali sotto la comune definizione di *schizofrenia*. La psichiatria clinica odierna tende ancora a privilegiare l’approccio bleuleriano (APA 2013), considerando come essenzialmente schizofrenico tutto il *continuum* psicotico che va dalle forme disorganizzate (confusione, dissociazione, alienazione) a quelle lucide tipiche della paranoia. Cioè, sostanzialmente tende ad assimilare le forme psicotiche, mettendo quasi sullo stesso piano le forme deliranti bizzarre schizofreniche e le forme deliranti lucide paranoiche: oggi meglio definite come disturbo delirante (Winokur 1977; Sims 1988). Da una prospettiva fenomenologica (psicopatologica e/o filosofica) che tende alla comprensione delle diverse esperienze di follia, i due estremi psicotici sembrano però abbastanza distanti, addirittura al punto che la distinzione kraepeliana tra schizofrenia e paranoia può sembrare ancora convincente.

Le forme di delirio (bizzarro o lucido), il disturbo formale del pensiero (*Formal Thought Disorder* – FTD) e la presenza di allucinazioni, infatti, caratterizzano alcune delle ‘sfumature’ sostanziali tra le diverse psicosi, specialmente tra la schizofrenia e la paranoia (preferiamo continuare a usare questa definizione ormai romantica – vedi: Kraepelin 1899; Bleuler 1912; Krueger 1917 – invece della più attuale, appunto, disturbo delirante). Ma è soprattutto attorno alla funzione psicopatologica del delirio, nelle sue diverse espressioni, che sembra addensarsi il problema euristico

dell'indagine scientifica e della riflessione filosofica sui disturbi mentali in generale e su quelli psicotici in particolare.

Insomma, il problema di fondo riguarda l'universo di senso della malattia mentale che passa attraverso le forme esistenziali del delirio: ma riguarda anche vari aspetti della percezione, dell'intuizione, della rappresentazione e dell'esperienza psicopatologica. Come si sa, nel delirio specialmente gli elementi della percezione sono funzionali all'interpretazione morbosa. Secondo Kurt Schneider la *percezione* delirante (alimentata dai disturbi dissociativi della schizofrenia) contribuisce ad attribuire significati anomali alle esperienze sensoriali; d'altra parte, invece, l'*intuizione* delirante si distingue solo per la convinzione e fallacia senza compromessi con cui si manifestano le idee morbose (Cassano *et al.* 2002). Da un punto di vista filosofico, Michel Foucault (1972) parla di stati mentali disorganizzati (condizioni oniriche, disorientamento, disturbi della percezione spazio-tempo) e di stati autistici che sfociano nella demenza, o per altri versi dell'esaltazione passionale che porta all'esagerazione di alcuni tratti della personalità: suscettibilità, sospettosità, sfiducia, aggressività, sentimenti di grandezza, ecc.

Del resto i deliri bizzarri non sono sistematizzati, appaiono incomprensibili e con sentimenti di alienazione, divisione e disintegrazione dell'Io: tali da farli ritenere riferiti alla cosiddetta *identità del sé*. Mentre i deliri lucidi "plausibili", strutturati, pervicaci tendono a manifestare un'idea di *sé congruente*: essi costituirebbero così i deliri sulla *relazione oggettuale* (Lorenzini, Sassaroli 1992; 2008; Rossi Monti 2008).

Inoltre, le forme deliranti bizzarre tipiche della schizofrenia si accompagnano spesso al disturbo formale del pensiero (cioè agli elementi dissociativi delle idee che si esprimono attraverso il linguaggio incoerente, logorroico, tangenziale, circostanziale, distraibile, ecc.), e alle esperienze allucinatorie che sono prevalentemente di natura uditiva, ma che possono essere anche visive, olfattive, somatosensoriali e gustative (Bleuler 1911; Andreasen 1996). A differenza di queste manifestazioni psicotiche, le forme deliranti strutturate o lucide si manifestano solo con idee coerenti con la credenza morbosa, sostenute con assoluta certezza e al di là di ogni ragionevole dubbio (Cassano *et al.* 2002; APA 2013).

Gli stati psicopatologici confusionali, disorganizzati e bizzarri, sembrano in qualche modo rivelare la natura biologica dei disturbi schizofrenici. In effetti, sono sempre più numerosi gli studi di neuroscienze cognitive che cercano di confermare l'ipotesi del coinvolgimento di specifici circuiti neurali – ovviamente insieme al ruolo dei neurotrasmettitori e dei recettori sinaptici – che sarebbero alla base degli stati psicotici dissociativi e quindi delle esperienze deliranti bizzarre e allucinatorie. I sistemi neurali coinvolti così come i meccanismi patogenetici, tuttavia, rimangono ancora poco chiari: è stato studiato soprattutto il ruolo della corteccia frontale, cingolata anteriore e temporale (specialmente dell'emisfero sinistro) e naturalmente le loro strutture di connessione (Pennisi 2022). Altre ricerche si sono concentrate sul ruolo dell'attivazione somatosensoriale, dei processi di predizione e di controllo motorio dell'azione e, per questa via, hanno studiato il ruolo delle percezioni

allucinatorie uditive in relazione alle diverse funzioni linguistiche (Frith 2005): ovviamente, esistono numerose indagini più recenti e altre sono tuttora in corso.

Tra le psicosi schizofreniche e quelle paranoiche, dunque, già le forme del delirio (o del delirare) delineano chiaramente le diverse modalità psicopatologiche dei disturbi mentali. Infatti, esse consentono di cogliere il significato personale, gli aspetti della realtà oggettiva e intersoggettiva, nonché il contesto degli scambi relazionali e comunicativi dei malati.

2. È possibile condividere le idee deliranti?

Com'è noto, i casi clinici di *folie à deux* e/o di *folie communiquée* descritti alla fine del XIX secolo da Charles Ernest Lasègue e Jules Falret sono ormai considerati dei classici della letteratura psichiatrica. Queste manifestazioni di disturbo psicotico condiviso presentavano alcuni elementi costanti e ricorrenti: le forme di 'partecipazione' delirante erano prevalentemente di natura persecutoria, interessavano solitamente la sfera familiare o conviventi, l'ideazione delirante si sviluppava spesso tra coppie di donne (madre-figlia, sorelle, ecc.) legate da un rapporto simbiotico e in condizioni di isolamento sociale. L'aspetto più curioso, nondimeno, riguardava le condizioni psicopatologiche che manifestavano tali soggetti: in una sorta di "induzione" delirante, solo uno dei due presentava l'ideazione morbosa mentre l'altro ne subiva solo l'influenza (Lasègue, Falret 1877).

In altre parole, nei casi di follia a due o più individui ovvero nei casi di disturbo psicotico condiviso, esiste un delirante principale detto anche *incube* o protagonista da cui il delirio ha origine e si mantiene, e uno o più soggetti secondari fortemente influenzabili o *succubi* che aderiscono alla formazione delirante primaria del protagonista (Cassano *et al.* 2002; APA 2013).

Le manifestazioni di *folie à deux* e/o di delirio psicotico condiviso, quindi, sono caratterizzate dal rapporto *asimmetrico* in cui un soggetto delirante principale condiziona e/o influenza l'ideazione di un soggetto delirante secondario. In queste circostanze, evidentemente, il delirio sembra coinvolgere i soggetti in maniera diversa. Uno solo, infatti, è l'*incube*, cioè colui che concepisce l'idea delirante, che la difende e che finisce per influenzare l'altro, il *succube*, con la sua credenza o convinzione morbosa (Dissez 2004; Arnone *et al.* 2006). A seconda delle diverse modalità con cui il soggetto delirante principale esercita la sua influenza sul soggetto delirante secondario, sono state indicate diverse forme di delirio condiviso chiamate anche “psicosi di associazione” (Silveira *et al.* 1995; Tényi *et al.* 2006; Al Saif, Al Khalili 2022). In queste forme di *folie à deux* resta comunque abbastanza evidente l'asimmetria dei ruoli che caratterizzano il processo di “condivisione” del tema morboso che si fonda da una parte, appunto, sul ruolo dell'*autore* (il soggetto delirante principale) che ‘detta’ la sua convinzione all'*attore* ovvero al soggetto delirante secondario. Un processo simile può anche unire e sostenere un gruppo

molto più ampio di persone, come accade per esempio nel caso degli adepti delle sette (Sims 1988; Saragih *et al.* 2019).

Nelle forme di disturbo psicotico condiviso il soggetto delirante sembra perciò essere sempre e solo uno, poiché il soggetto delirante secondario solitamente segue acriticamente le idee morbose del primo. Probabilmente, allora, i casi di *folie à deux* non dovrebbero essere considerati forme di *folie simultanée* (nel senso letterale del delirare insieme, nello stesso tempo, anche se momentaneamente) o manifestazioni cliniche di “delirio condiviso”. Ammettendo però che tali casi di delirio condiviso possono riguardare le forme deliranti bizzarre, ossia le psicosi schizofreniche. Ma possiamo osservare qualcosa di simile anche nel caso delle esperienze deliranti lucide, ossia nelle cosiddette psicosi paranoiche? Oppure, nei casi di paranoia si possono verificare condizioni diverse in cui più soggetti possono fattivamente comprendere e condividere l’idea di un’altra persona delirante?

A tal proposito, abbiamo condotto una ricerca presso un ospedale psichiatrico giudiziario. Lo scopo della nostra indagine è stato quello di verificare le possibilità di condivisione di un delirio di gelosia: dunque, la possibilità di condividere un delirio lucido cronico e/o strutturato. In altre parole, abbiamo cercato di stabilire fino a che punto soggetti deliranti paranoici fossero stati disposti a condividere con altri soggetti paranoici le proprie interpretazioni, convinzioni ed esperienze morbose: in particolare, appunto, la possibilità e il grado di partecipazione e di condivisione di un delirio di gelosia. Nel corso della stessa ricerca, inoltre, abbiamo studiato le

rappresentazioni sociali e culturali dell'emozione di gelosia in un gruppo di controllo di studenti universitari, e la distanza che ovviamente separa le interpretazioni della realtà (cioè i giudizi sulla vicenda e sui personaggi della rappresentazione cinematografica) dei soggetti che costituiscono il gruppo di controllo da quelle dei pazienti paranoici internati (Bucca 2009; 2012).

La ricerca è stata articolata in due fasi distinte che hanno richiesto modalità e contesti specifici di raccolta dati e di analisi dei risultati. Nella prima fase sono stati presi in considerazione 8 soggetti paranoici, considerati spaventosi casi clinici di delirio lucido di gelosia. Questi soggetti avevano un'età media di 52 anni ed erano stati ricoverati in un ospedale psichiatrico giudiziario – in seguito al delitto che avevano commesso – con la diagnosi di disturbo delirante. La seconda fase dell'esperimento, invece, ha coinvolto un gruppo di circa 90 studenti universitari. Il metodo utilizzato in entrambe le fasi dello studio è stato quello dell'osservazione sistematica e diretta delle reazioni e delle relazioni evocate dall'uso del materiale simbolico preparato per l'occasione: la visione del film *L'inferno* di Claude Chabrol che ricostruisce mirabilmente la storia di un delirio di gelosia. La metodologia utilizzata, quindi, è stata essenzialmente descrittiva secondo le modalità tipiche della ricerca di base con esperimento cosiddetto cieco: attuato utilizzando strumenti generali di quantificazione come il dibattito strutturato (utilizzato con pazienti paranoici attraverso un *cineforum* e una serie di interviste psichiatriche effettuate ad intervalli di un anno); e un questionario a risposte multiple chiuso (somministrato agli

studenti universitari). Le affermazioni dei soggetti paranoici gelosi, nel contesto di un dibattito strutturato, sono state valutate attraverso le consuete tecniche di valutazione clinica-psichiatrica; le risposte al questionario somministrato al gruppo di controllo sono state misurate, invece, con un software per l'analisi statistica dei dati (*Statistical Package for Social Science – SPSS*). Naturalmente, il dibattito e il questionario sono stati adattati alle diverse caratteristiche dei due gruppi di soggetti e ai contesti presi in considerazione, e hanno riguardato sia i personaggi sia la storia di gelosia rappresentata dal film utilizzato (Bucca 2009).

Lo studio sembra dimostrare che la maggioranza dei soggetti paranoici gelosi (6 su 8) comprende, partecipa emotivamente e *condivide* l'esperienza delirante e il giudizio degli altri soggetti paranoici e del protagonista (delirante) del film: essi, infatti, tendono a giustificare l'ideazione di gelosia morbosa e i comportamenti aggressivi del protagonista del film che avevano visto. Mentre solo due di essi non mostravano di condividere il comportamento geloso e aggressivo del protagonista maschile del film, anche se mantenevano un giudizio abbastanza severo sul comportamento della protagonista femminile. Gli studenti del gruppo di controllo che attraverso le risposte al questionario mostravano di poter provare sentimenti – anche intensi – di gelosia e addirittura di poter giustificare comportamenti aggressivi, dopo aver visto il film hanno chiaramente dimostrato di operare una diversa *lettura e/o interpretazione della realtà*, giudicando *folle* i sentimenti di gelosia e l'idea del tradimento del protagonista

maschile, mentre il comportamento della protagonista femminile assolutamente innocente (Bucca 2009; 2012).

Dalla lettura della realtà e dai giudizi di verità espressi dai soggetti paranoici internati durante la nostra indagine sembra emergere, dunque, un comportamento cognitivo diverso rispetto ai noti casi di delirio psicotico condiviso. Abbiamo osservato, infatti, la disposizione dei malati a *comprendere*, a *partecipare* e a *condividere* una convinzione delirante altrà. Abbiamo osservato, inoltre, un complesso processo psicologico e psicopatologico che ha coinvolto i soggetti deliranti gelosi a diversi livelli: emotivo, cognitivo, linguistico e relazionale. Dal momento che i pazienti paranoici internati sembrano mettere in atto meccanismi di assimilazione e di identificazione sia con il soggetto delirante (lucido) sia con la vicenda di gelosia della rappresentazione cinematografica. Poiché, essi dimostrano di non poter fare a meno di ‘rivivere’ i propri vissuti di gelosia morbosa osservando la storia rappresentata dal film, di ‘riconoscere’ la propria storia personale (e psicopatologica) in quella del protagonista maschile e, appunto, di comprendere e di condividere le ragioni deliranti di un altro soggetto delirante lucido (paranoico). Rispetto ai casi classici di *folie à deux* in cui sono state osservate condizioni di “contagio” e/o di influenza psicotica, nei casi di condivisione delirante paranoica sembra invece emergere un contesto di scelta convinta, di solidarietà, di adesione e di partecipazione tra tutti i soggetti coinvolti. In altri termini, si tratterebbe di una condizione diversa, ovvero di un caso di condivisione delirante *simmetrico* che

implica un'evidente *ri-definizione* dell'ideazione morbosa lucida comune, nonché dei giudizi di realtà e di verità dei malati.

3. I deliri lucidi (paranoici) condivisi: il ruolo dell'empatia e della Teoria della Mente

I risultati della nostra ricerca sembrano dimostrare che nel momento in cui i soggetti deliranti lucidi paranoici condividono – con altri soggetti deliranti paranoici – la lettura della realtà, il riconoscimento delle loro esperienze e i giudizi di verità, tali processi di identificazione sembrano basarsi su un insieme di processi emotivi, cognitivi, volitivi e linguistici: questi processi consentono l'assimilazione delle esperienze vissute personalmente con quelle di un altro. L'atto del comprendere e del condividere un'idea – *anche* se delirante – comporta e/o si origina dal riconoscimento dell'esperienza dell'altro: ovvero, dall'esperienza dell'inganno e del tradimento coniugale (per esempio, nel nostro caso sperimentale, la storia cinematografica rappresentata), e dal riconoscimento-immedesimazione nei vissuti di un'altra persona (quelli del protagonista geloso-delirante film, e degli altri soggetti deliranti internati partecipanti all'esperimento). In questi casi le capacità nell'empatia e nella Teoria della Mente sembrano costituire la base e la spinta emotiva, cognitiva e relazionale necessarie per la definizione di uno spazio comune e condiviso in cui *anche* i soggetti paranoici mostrano di riconoscere e di comprendere l'esperienza dell'altro.

L'empatia, quindi, è parte integrante dello sfondo psicologico della comprensione e/o dell'immedesimazione nella credenza morbosa: si tratta, infatti, della condizione emotiva e cognitiva in cui si esprime il sentire comune sul piano percettivo e su quello delle rappresentazioni mentali. Oltre il livello empatico del sentire comune, tuttavia sono chiaramente necessari altri piani d'inferenza delle operazioni e/o degli stati cognitivi più complessi, proprio come quelli permessi dalle abilità nella Teoria della Mente e nelle Funzioni Esecutive.

L'empatia, vale la pena ricordarlo, si origina dalla disposizione a immedesimarsi con un'altra persona fino a dividerne desideri, sentimenti, intenzioni e convinzioni: è un'esperienza che tocca vissuti soggettivi e intersoggettivi, e coinvolge il corpo, le emozioni, i sentimenti, gli stati mentali e la volontà. Secondo Edith Stein (1917), questo fenomeno di accostamento e di partecipazione intima ai vissuti dell'altro comincia con l'atto di *rendersi conto*, con la 'scoperta' dell'altro e con il riconoscimento della sua esperienza. Nondimeno, tra l'esperienza empatica e l'esperienza reale che l'ha suscitata resta comunque uno scarto: per immedesimazione e per partecipazione empatica non si intendono infatti stati emotivi e cognitivi coincidenti, ma modi di "sentire dentro" (ovvero di comprendere) e/o di "sentire insieme" (ovvero di condividere) nel contesto di una pluralità (differente e/o intersoggettiva) di esperienze (Lipps 1903). Attraverso una relazione di reciprocità, l'empatia consente dunque di riconoscersi, di riconoscere l'altro, ma soprattutto di riconoscere un'esperienza altra (Boella 2006).

Le capacità empatiche, inoltre, sono in qualche modo legate ad altre capacità cognitive che consentono di fare inferenze, di attribuire credenze, di fare previsioni: cioè, alle capacità di saper riconoscere le intenzioni e gli stati mentali degli altri. Del resto oltre la sfera emotiva, l'empatia implica anche le capacità riflessive e cognitive. Dopotutto le stesse che permettono la comprensione e il riconoscimento di una esperienza altrà e di un soggetto altro. Le capacità empatiche consentono perciò di “farsi un'idea”, ossia di rappresentarsi concretamente desideri, intenzioni, aspettative personali e interpersonali ancor prima di entrare effettivamente in relazione con gli altri. In altri termini, l'empatia rende possibile anche il riconoscimento dell'altro, dei suoi stati mentali e della sua esperienza, integrando le funzioni cognitive della Teoria della Mente (Stueber 2010).

Le difficoltà ad attribuire stati mentali agli altri sono ben note non solo nei bambini con disturbi dello spettro autistico (*Autism spectrum disorder* – ASD), ma anche in altre sindromi neurologiche in cui sono evidenti lesioni nei circuiti neurali corticali dei lobi frontali e delle connessioni sottocorticali con il sistema limbico. Alcuni studi sulle psicosi schizofreniche sembrano dimostrare che oltre alle manifestazioni anaffettive, al pensiero autoreferenziale e alla chiusura relazionale autistica, i malati sembrano mostrare anche scarse *performances* linguistico-pragmatiche e nella Teoria della Mente (Brüne 2003; Badgaiyan 2009; Canty *et al.* 2021).

Altre indagini di neuropsicologia e di psichiatria sembrano dimostrare le difficoltà di questi soggetti nella Teoria della Mente (Frith, Corcoran 1996). In particolare,

proprio a causa dei loro problemi a inferire gli stati mentali e le intenzioni degli altri, sembra che durante la fase acuta o confusionale della produzione delirante e allucinatoria i soggetti schizofrenici avrebbero notevoli difficoltà a comprendere, interpretare e condividere realtà e/o altri elementi contestuali. Nella schizofrenia, l'inadeguatezza della Teoria della Mente e, più in generale, della cognizione sociale sembrano ripercuotersi nei disturbi relazionali tipici della malattia (Mazza *et al.* 2002; Mazza *et al.* 2008). In particolare i soggetti schizofrenici, a differenza dei bambini con disturbi dello spettro autistico in cui le difficoltà della Teoria della Mente avrebbero un carattere evolutivo, perderebbero tali capacità dopo averle precedentemente acquisite. Sembra, infatti, che sia i principali sintomi psicotici sia le scarse capacità nella Teoria della Mente e nelle Funzioni Esecutive dipenderebbero dagli stati dissociativi schizofrenici che si ripercuotono sulla metarappresentazione di sé, degli altri e 'del mondo' (Corcoran, Mercer, Frith 1995; Frith, Done 1989; Doody *et al.* 1998).

I soggetti paranoici, come dicevamo, non sembrano avere le stesse difficoltà dei soggetti schizofrenici nella Teoria della Mente e nelle Funzioni Esecutive. Anzi, possiamo dire che essi cercano disperatamente di entrare in contatto con l'altro, generalmente considerato nelle vesti o nelle figure istituzionali: cercano di persuaderlo argomentando insistentemente sulla 'verità' delirante di cui sono assolutamente convinti. Nel caso del delirio lucido condiviso, invece, il delirante paranoico cerca di far conoscere le proprie convinzioni e, in tal modo, di essere 'ri-

conosciuto' (Bucca 2009; 2013). Rispetto ai soggetti schizofrenici, i deliranti paranoici cercano dunque di entrare in relazione (anche empatica) con gli altri (anch'essi paranoici); chiaramente con la consueta diffidenza che contraddistingue il loro approccio relazionale. Ciò, ovviamente, comporta l'individuazione personale e il riconoscimento dell'altro: di un altro, però, in cui gli stessi soggetti paranoici possono trovare il senso di un'esperienza comune che è rintracciabile principalmente (e probabilmente esclusivamente) appunto nelle loro esperienze deliranti (Bucca 2018; 2019).

Inoltre, le condizioni del riconoscimento e/o della condivisione delirante, i giudizi di realtà e di verità, tutti gli usi referenziali e/o contestuali, sono definiti da precise costruzioni linguistiche. Attraverso l'uso del linguaggio si rendono esplicite anche le esperienze di follia: com'è noto, la schizofrenia si caratterizza soprattutto per la mancanza di coerenza e/o di coesione, l'inadeguatezza semantica e pragmatica e il discorso spesso ridotto a un monologo autoreferenziale a volte incomprensibile in cui il soggetto tiene scarsamente in considerazione gli altri (Piro 1967; Pennisi 1998). Nonostante i tratti di sospettosità, di permalosità e di diffidenza che difficilmente portano i soggetti paranoici a entrare in sintonia con gli altri e/o con le loro opinioni, essi non per questo abbandonano la tendenza dialettica e la spinta argomentativa e persuasiva. In fondo, per quanto petulante, il discorso paranoico è chiaro e basato su pochi elementi che, pur riferendosi alla realtà storica personale, sono comunque frutto di manipolazioni e di credenze false o immaginarie (Bucca 2013).

L'approccio pragmatico espresso sostanzialmente nell'uso retorico, argomentativo, persuasivo, metaforico del discorso paranoico trova la sua ragion d'essere solo in presenza dell'altro: poiché l'obiettivo principale del malato, appunto, è quello di convincere e di persuadere. Oltre che nelle altre funzioni cognitive di cui parlavamo, dunque, anche negli usi linguistici è possibile trovare elementi referenziali, contestuali e relazionali che mostrano – insieme all'evidente distanza psicopatologica tra le psicosi schizofreniche (bizzarre) e quelle paranoiche (lucide) – la partecipazione e/o la *condivisione* del delirio e, in particolare, del *delirio lucido*. Insomma, nel linguaggio schizofrenico e/o paranoico si palesa l'esistenza di modalità e di manifestazioni psicopatologiche psicotiche differenti. Tra queste, le forme del delirio e la possibilità di condivisione del delirio lucido.

Conclusioni

Le funzioni dell'empatia, delle abilità nella Teoria della Mente e nelle Funzioni Esecutive, e naturalmente gli usi linguistici sono veramente importanti per determinare e/o orientare le disposizioni emotive, cognitive e relazionali anche nel caso delle manifestazioni psicotiche schizofreniche e paranoiche. Empatia, Teoria della Mente e Funzioni Esecutive assumono, infatti, un ruolo rilevante riferibile all'atto del riconoscere gli altri e la loro esperienza, poiché esse costituiscono le

condizioni essenziali per entrare in relazione con l'altro dal momento che aprono e/o permettono la possibilità di partecipare all'esperienza dell'altro.

Facendo leva su tali funzioni cognitive, i risultati della nostra ricerca sembrano dimostrare che nel caso di delirio lucido condiviso i soggetti paranoici tendono ad assimilare, a comprendere e a condividere le caratteristiche salienti delle esperienze deliranti altrui, e con ciò a immedesimarsi e/o a identificarsi nelle circostanze simili alla loro esperienza e/o al loro delirio di gelosia. Ma è proprio su questo versante della questione, ovvero sulla capacità della spinta empatica verso gli altri, sulle capacità della Teoria della Mente e delle Funzioni Esecutive nonché sulle capacità – principalmente linguistiche e pragmatiche – nella ‘lettura’ del contesto comunicativo e relazionale che sembrano emergere nella mente del delirante le differenze nell'importanza attribuita all'altro. Tali differenze, probabilmente, sono alla base anche della distanza psicopatologica tra le psicosi schizofreniche e quelle paranoiche.

L'ipotesi di fondo del nostro studio sulla possibilità di condivisione del delirio lucido paranoico con *caratteristiche differenti* rispetto ai noti casi di *folie à deux* non è tuttora riscontrabile nella letteratura specialistica: a parte gli studi citati, infatti, non sembrano esserci studi simili. Naturalmente, si tratta di un'ipotesi di ricerca che cerca di fornire solo alcune osservazioni su fenomeni psicopatologici evidentemente abbastanza complessi, e che abbiamo cercato verificare sperimentalmente in più occasioni. Con la speranza che questa ipotesi possa interessare altri studiosi e/o

stimolare altre ricerche, ulteriori indagini in questa direzione sono non solo auspicabili ma chiaramente necessarie.

BIBLIOGRAFIA

- Al Saif F., Al Khalili Y. (2022), *Shared Psychotic Disorder*, StatPearls Publishing.
- American Psychiatric Association – APA (2013), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5*, Arlington VA-Washington DC.
- Andreasen N.C. (1996), *Schizofrenia. Scale per la valutazione dei sintomi positivi e negativi*, Milano, Raffaello Cortina.
- Arnone D., Patel A., Ming-Yee Tan G. (2006), *The nosological significance of Folie à Deux: a review of the literature*, *Annals of General Psychiatry*, 5, pp. 11-19.
- Badgaiyan R.D. (2009), *Theory of Mind and schizophrenia*, *Consciousness and Cognition*, 18, pp. 320-322.
- Bleuler E. (1911), *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*, Leipzig und Wien, Franz Deuticke.
- Bleuler E. (1912), *Affectivity, Suggestibility, Paranoia*, Utica, New York, New York State Hospitals Press.
- Boella L. (2006), *L'empatia nasce nel cervello? La comprensione degli altri tra meccanismi neuronali e riflessione filosofica*, in Cappuccio M. (a cura di), "Neurofenomenologia. Le scienze della mente e la sfida dell'esperienza cosciente", pp. 327-339, Milano, Bruno Mondadori.
- Brüne M. (2003), *Theory of Mind and the role of IQ in chronic disorganized schizophrenia*, *Schizophrenia Research*, 60, pp. 57-64.

- Bucca A. (2009), *La gelosia e i suoi dèmoni. Figure del delirio tra filosofia del linguaggio e psicopatologia*, Roma, Editori Riuniti University Press.
- Bucca A. (2012), *The shared ideation of the paranoid delusion. Implications of empathy, theory of mind and language*, *Journal of Psychopathology*, 18, 4, pp. 383-388.
- Bucca A. (2013), *La follia nelle parole. Ultime voci dal manicomio criminale?*, Roma, Fioriti Editore.
- Bucca A. (2018), *Pragmatics disorders and indirect reports in psychotic language*, in Capone A., García-Carpintero M., Falzone A. (Eds.), “Indirect Reports and Pragmatics in the World Languages”, pp. 439-453, Cham, Springer.
- Bucca A. (2019), *The Cathartic Function of Language: The Case Study of a Schizophrenic Patient*, in Capone A., Carapezza M., Lo Piparo F. (Eds.), “Further Advances in Pragmatics and Philosophy: Part 2 Theories and Applications”, pp. 549-560, Cham, Springer.
- Canty A.L., Cao Y., Neumann D., Shum D.H.K. (2021), *The Functional Significance of Cognitive Empathy and Theory of Mind in Early and Chronic Schizophrenia*, *Psychiatry Research*, 299, 113852.
- Cassano G.B., Pancheri P., Pavan L., Pazzagli A., Ravizza L., Rossi R., Smeraldi E., Volterra V. (2002), *Trattato italiano di psichiatria*, Milano, Masson.

- Corcoran R., Mercer G., Frith C.D. (1995), *Schizophrenia, symptomatology and social inference: Investigating 'Theory of Mind' in people with schizophrenia*, *Schizophrenia Research*, 17, 1, pp. 5-13.
- Dissez N. (2004), *La folie à deux, un épisode délirant expérimental?*, *Journal Français de Psychiatria*, 22, pp. 11-14.
- Doody G.A., Götz M., Johnstone E.C., Frith C.D., Owens D.G. (1998), *Theory of Mind and psychoses*, *Psychological Medicine*, 28, pp. 397-405.
- Foucault M. (1972), *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard.
- Frith C.D. (2005), *The neural basis of hallucinations and delusion*, *Comptes Rendus Biologies*, 328, pp. 169-175.
- Frith C.D., Corcoran R. (1996), *Exploring 'Theory of Mind' in people with schizophrenia*, *Psychological Medicine*, 26, pp. 521-530.
- Frith C.D., Done D.J. (1989), *Experiences of alien control in schizophrenia reflect a disorder in the central monitoring of action*, *Psychological Medicine*, 19, pp. 359-363.
- Kraepelin E. (1899), *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, Leipzig, Johann Ambrosius Barth Verlag.
- Krueger H. (1917), *Die Paranoia. Eine monographische Studie*, Berlin, Verlag von Julius Springer.
- Lasègue Ch., Falret J. (1877), *La folie à deux ou folie communiquée*, *Annales Médico-Psychologiques*, 17, pp. 320-355.

- Lipps T. (1903), *Einfühlung, Innere Nachahmung und Organempfindung*, Archiv für die Gesamte Psychologie, 1, pp. 465-519.
- Lorenzini R., Sassaroli S. (1992), *La verità privata. Il delirio e i deliranti*, Roma, La Nuova Italia Scientifica.
- Lorenzini R., Coratti B. (2008), *La dimensione delirante. Psicoterapia cognitiva della follia*, Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Mazza M., Di Michele V., Pollice R., Roncone R., Casacchia M. (2008), *Pragmatic language and theory of mind deficits in people with schizophrenia and their relatives*, Psychopathology, 41, 4, pp. 254-263.
- Mazza M., Tozzini C., De Risio A., Ussorio D., Roncone R., Casacchia M. (2002), *Teoria della mente e sindromi schizofreniche*, Journal of Psychopathology, 8, 2.
- Pennisi A. (1998), *Psicopatologia del linguaggio. Storia, analisi, filosofie della mente*, Roma, Carocci.
- Pennisi A. (2022), *Psychopathology of Language, DMN and Embodied Neuroscience. A Unifying Perspective*, Reti, saperi, linguaggi, 11, 21, 1, pp. 5-64.
- Piro S. (1967), *Il linguaggio schizofrenico*, Milano, Feltrinelli.
- Rossi Monti M. (2008), *Forme del delirio e psicopatologia*, Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Saragih M., Amin M.M., Husada M.S. (2019), *Shared Psychotic Disorder (Folie À Deux): A Rare Case with Dissociative Trance Disorder That Can Be Induced*, Macedonian Journal of Medical Sciences, 7, 16, pp. 2701-2704.

Silveira J.M., Seeman M.V. (1995), *Shared Psychotic Disorder: A Critical Review of the Literature*, *The Canadian Journal of Psychiatry*, 40, 7, pp. 389-395.

Sims A. (1988), *Symptoms in the Mind: An Introduction to Descriptive Psychopathology*, Philadelphia, W.B. Saunders.

Stein E. (1917), *Zum Problem der Einfühlung*, Halle, Buchdruckerei des Waisenhauses.

Stueber K.R. (2010), *Rediscovering Empathy: Agency, Folk Psychology, and the Human Sciences*, London, Bradford Books.

Tényi T., Somogyi A., Hamvas E., Herold R., Vörös V., Trixler M. (2006), *Coexistence of folie communiquée and folie simultanée*, *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 10, 3, pp. 220-222.

Winokur G. (1977), *Delusional Disorder (Paranoia)*, *Comprehensive Psychiatry*, 18, 6, pp. 511-521.