
**Fai una libera offerta a sostegno
del progetto per leggere
gratuitamente le opere in catalogo.**

**Il tuo contributo servirà a
promuovere e divulgare
nuovi opere
fuori dai grandi canali
distributivi
e dei mass-media,
riservati solo
agli amici degli amici.**

**[CLICCA QUI](#)
e fai la tua offerta**



**Alla parola "libro":
tra la - **BI** e la **ERRE** inserisci la **E** - diventa libero;
LIBRO più **LIBERO**.
BUONA LETTURA**

I Sentieri della Psiche

Collana diretta
da Francesco D'Ambrosio

Proprietà letteraria riservata

© 2020 **Arduino Sacco Editore**

Prima edizione 2020

Finito di stampare
dal centro stampa editoriale della
Arduino Sacco Editore

Donatella Visceglia
Francesco D'Ambrosio

FOLLIA A DUE

Due menti, un legame, un unico mondo



Saggistica

Arduino Sacco Editore

*A ognuno di noi, che
a suo modo, costruisce di continuo
e vive il racconto di se stesso,
per conservare la propria
dignità, il suo sé.*

La verità umana è ciò che l'uomo
conosce costruendolo con le sue
azioni, e formandolo attraverso
esse.

Giambattista Vico, *Opere filosofiche*

GLI AUTORI

Donatella Visceglia, laureata in Scienze della Formazione Primaria presso l'Università degli Studi "Roma Tre". Ha conseguito la laurea triennale in Scienze e Tecniche Psicologiche dello Sviluppo e della Salute in età e poi quella specialistica in Intervento Psicologico nello Sviluppo e nelle Istituzioni Socio-educative presso l'Università degli Studi "La Sapienza". Psicologa e specializzata come psicoterapeuta presso la Scuola COIRAG. Ha conseguito il Dottorato di ricerca in Psicologia dell'Orientamento e dei Processi dell'Apprendimento presso l'Università degli Studi "La Sapienza". Lavora presso l'Istituto Comprensivo "P.zza Damiano Sauli", dove, oltre a essere un'insegnante di sostegno, svolge la funzione di referente per l'area disagio e benessere, di coordinamento dell'attività di sostegno e di responsabile dello sportello psicologico. Si occupa da sempre di formazione, consulenza e supporto a docenti, alunni e genitori.

Francesco D'Ambrosio, psicologo e psicoterapeuta, specialista in Psicologia Clinica, è docente di Psicologia Generale presso l'Università di Roma "La Sapienza" e di Sociologia dell'ambiente e del territorio presso l'Università di Roma "Tor Vergata", nonché docente nei Master Universitari. Docente interno, analista e supervisore della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicodinamica (SFPID) e membro del consiglio direttivo. E' stato cultore della materia e membro della commissione d'esame presso la Cattedra di Fondamenti anatomico-fisiologici dell'attività psichica, già Psicologia Fisiologica, Università di Roma "La Sapienza", ove ha svolto attività didattica e di ricerca. È presidente SIFIPsi e vicepresidente dell'Organizzazione di Volontariato inFORMARE associazione a tutela delle fasce deboli e svantaggiate. È co-direttore della collana "Psicoterapia e Formazione Psicodinamica" dell'editore romano Alpes, membro dei comitati di redazione di varie riviste scientifiche nazionali e internazionali, autore e coautore di numerose pubblicazioni scientifiche. Ha pubblicato, fra l'altro, *Compendio allo studio delle neuroscienze* (Aracne Editore, 2013), *Psicologia* (Augh Edizioni, 2016) e *L'uomo e l'ambiente* (Arduino Sacco Editore, 2016).

I SENTIERI DELLA PSICHE

Collana diretta
da Francesco D'Ambrosio

Indice

Presentazione *di Rosario Mocciano* Pg. 15

Premessa Pg. 19

Capitolo I

LA FOLIE A' DEUX: QUANDO LA FOLLIA E' CONDIVISA Pg. 21

1.1. Origine della folie à deux: il delirio condiviso Pg. 21

1.2. La formazione del legame e la condizione del contagio psichico Pg. 29

1.3. Inquadramento clinico e criteri diagnostici Pg. 31

1.3.1. Caratteristiche diagnostiche Pg. 33

1.3.2. I fattori di rischio Pg. 36

1.3.3. Incidenza e prevalenza Pg. 37

1.3.4. Diagnosi differenziale e relazione con i criteri diagnostici per la ricerca dell'ICD-10 Pg. 39

1.4. Meccanismi che portano alla formazione di un delirio psicotico condiviso Pg. 41

1.5. Aspetti clinici e prospettive d'intervento terapeutico Pg. 45

Capitolo II

LO STUDIO DI DUE INDIVIDUI INDIPENDENTI. UNA MADRE E UNA FIGLIA "ACQUISITE" Pg. 55

2.1. La presentazione dei casi: analisi preliminare Pg. 55

2.2. Anamnesi personale e familiare	Pg. 57
2.2.1. <i>Assunta: la madre, individuo dominante (paziente primario o induttore)</i>	Pg. 57
2.2.2. <i>Rosaria: la figlia, individuo debole (paziente secondario o indotto)</i>	Pg. 60
2.3. Descrizione del modello d'intervento	Pg. 66
2.4. Il momento del ricovero	Pg. 68

Capitolo III

IL DELIRIO CONDIVISO: DINAMICHE INTRAPSICHICHE E RELAZIONALI	Pg. 71
3.1. Introduzione ai contenuti del delirio condiviso	Pg. 71
3.2. Il mondo intrapsichico e le relazioni di Assunta	Pg. 72
3.3. Il mondo intrapsichico e le relazioni di Rosaria	Pg. 77

Capitolo IV

VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA E RIFLESSIONI EMERSE	Pg. 97
4.1. L'utilizzo diagnostico del Rorschach Concordato	Pg. 97
4.2. Considerazioni cliniche e conclusioni	Pg. 101
Bibliografia	Pg. 105

Presentazione

di *Rosario Mocciano*

*La nostra meta non è di trasformarci l'un l'altro,
ma di conoscerci l'un l'altro e d'imparar a
vedere e a rispettare nell'altro
ciò che egli è: il nostro opposto
e il nostro completamento.*
(Hermann Hesse, *Narciso e Boccadoro*)

E' con molto piacere e interesse che ho accettato di scrivere una presentazione al libro di Donatella e Francesco sulla *Follia a due*.

Come è noto il fenomeno della *follia a due*, è stato descritto per la prima volta nel 1877 da La-sègue e Falret, come una sindrome clinica caratterizzata da sintomi psicotici, principalmente da deliri condivisi da due o più persone che hanno una relazione vicina e intima.

Prendendo spunto da questa concezione, negli ultimi anni la letteratura psichiatrica si è sempre concentrata sulla qualità della relazione dei due individui affetti, il “vero” paziente psicotico e

colui che è stato indotto. In questo contesto, vorrei limitarmi a delineare alcuni punti essenziali su cui si fonda il delirio a due, uno dei quadri clinici più studiati in tutto il mondo. In particolare, Gralnick nel 1949 descrive i seguenti tipi di *folie a due*.

- *folie imposée*, rappresenta la forma più comune, in cui i sintomi di un individuo attivo e dominante della coppia sono adottati da un altro individuo sottomes- so e suggestionabile;
- *folie simultanée*, si manifesta quando due individui intimi, entrambi predisposti a psicosi, sviluppano sintomi nello stesso momento e nessuna parte sembra dominante e, in questo caso, se vengono separati, non c'è miglioramento in nessuno dei due;
- *folie communiquée*, una tipologia di follia in cui due individui predisposti sviluppano una psicosi con un intervallo di tempo;
- *folie induite*, infine, due individui con una preesistente psicosi adottano parte dei sintomi deliranti dell'altro, aumentando i propri.

Nella maggioranza dei casi riportati dai lavori clinici, i soggetti coinvolti nella *follia a due* sono membri della stessa famiglia o della stessa coppia, ma ci sono anche diversi casi documentati di rapitori e rapiti, in entrambe le situazioni, è presente una relazione dominante-sottomesso, carnefice-vittima.

Per tali motivi, mi sembra importante che questo libro venga letto e discusso da tutti coloro che si occupano della salute mentale, e non solo, che lavorano professionalmente in questi ambiti.

Risulta ancora più interessante il racconto presentato dai due autori, Donatella e Francesco, perché ci fa conoscere la follia a due attraverso gli occhi di una madre e di una figlia, che tali non sono. Essi osservano anche come questa coppia “acquisita” vive in un contatto intimo, isolata dal resto del mondo percepito come ostile e pericoloso. Quindi, ancora più fondamentale risulta essere l'appoggio reciproco, l'accettazione e la condivisione delle idee deliranti, senza dubbio, senza tentennamenti e soprattutto senza l'intromissione della realtà esterna.

Nella follia a due sussistono predisposizione genetica e fattori ambientali, ma probabilmente ciò che più influenza l'avanzare inesorabile del delirio è la necessità di mantenere intatta l'esclusività della relazione, perché solo in essa si può esistere.

Il libro di Donatella e Francesco accompagna il lettore nello straordinario viaggio di questa nuova comprensione della follia a due e questo diventa un ulteriore strumento di conoscenza clinica e anche un valido aiuto per tutti quei professionisti e operatori della salute mentale.

Rosario Mocciano
*Professore di Psicologia della salute e
Psicologia dello sviluppo
all'Università di Roma Sapienza*

Premessa

Questo lavoro nasce dalla riflessione determinata in noi attraverso la pratica clinica con il Disturbo Psicotico Condiviso definito anche follia a due, follia indotta o follia simultanea, e che denota quella situazione in cui due membri di una coppia si incontrano sul piano comunicativo tramite un “reciproco influenzamento delirante”. Per dirlo con parole semplici, si tratta di quella forma di delirio che in alcune circostanze viene condiviso da più persone.

Presentiamo una breve panoramica della *folie à deux* (disturbo psicotico condiviso) e sottolineiamo le diverse modalità con cui si può esprimere e manifestare, a seconda della formazione del legame e della condizione di contagio psichico che rende possibile, la trasmissione del delirio condiviso.

Nonostante le sopraindicate condizioni indichiamo una prospettiva in cui il delirio non è confinato all’esperienza di un individuo, ma piuttosto alla condivisione di un altro individuo dello stesso ambiente, ostile e diviso.

Descriviamo il fenomeno della follia a due attraverso i criteri diagnostici per un inquadramento clinico che racchiude, nella sua semplicità, la complessità dei sintomi, le cause e le conseguenze della follia.

Inoltre, proponiamo di valutare l'impostazione della malattia nella classificazione del DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) e sue implicazioni cliniche presentando due casi clinici.

Abbiamo, infine, concluso il nostro lavoro con un capitolo dedicato alla prospettiva, da noi elaborata, di utilizzazione di uno strumento diagnostico come ausilio, e un'attenzione particolare a un modello di trattamento nel lavoro con pazienti affette da follia a due.

Gli Autori

Capitolo I

La folie à deux: quando la follia è condivisa

1.1. Origine della folie à deux: il delirio condiviso

La nascita della *folie à deux* che letteralmente significa *follia a due*, noto anche come disturbo psicotico condiviso può essere individuata nel 1877 da Lasègue e Falret (Babini, 1994), denominata nella letteratura medica come la sindrome di Lasègue-Falret. Prima di quella data il tema della trasmissione del delirio era già stato affrontato da diversi autori ed erano state avanzate alcune ipotesi esplicative per il “contagio” (Auxéméry, 2012; Saraceno, Santonocito, 2017). Tuttavia, Lasègue e Falret sono stati i primi ad affrontare dettagliatamente il problema relativo al contagio della follia.

In particolare, i due autori hanno introdotto un nuovo termine molto più specifico per questa patologia ovvero quello di *follia a due*, in cui deliri, soprattutto di stampo paranoideo vengono trasmessi dall'uno all'altro tra i componenti di

una coppia. Inoltre, hanno presentato e discusso sette casi discretamente omogenei, caratterizzati dalla comunicazione, all'interno della relazione duale, di un delirio di persecuzione fortemente sistematizzato e strutturato.

Di tale condizione morbosa sono state individuate e descritte le condizioni interne effettuando un'attenta analisi psicologica e, pertanto, non solo medica, dei soggetti e della loro relazione. Gli autori, inoltre, arrivano a proporre una soluzione terapeutica, che diventa anche il mezzo per poter confermare la diagnosi in quanto strumento in grado di individuare la fonte o l'origine di quella particolare forma patologica, nel momento in cui se ne interrompeva il decorso (Babini, 1994). Infatti, l'intervento consisteva nel separare i due malati: il "contagiato" o delirante secondario guarisce a seguito della separazione, consentendo, soprattutto nei casi più difficili, l'individuazione del delirante primario, che continua a restare folle anche dopo la separazione.

Per tutto l'ottocento e anche negli anni successivi la follia era considerata un'identità assoluta ed era fortemente collegata all'idea di incurabilità (Silveira, Seeman, 1995; Brotòns et al., 2001).

In tal senso, l'immagine del folle che non lega con i suoi simili, che non riesce ad entrare in relazione, la cui "associabilità" e, pertanto, incurabilità è tuttavia affiancata dall'idea apparentemente opposta, ma altrettanto ricorrente del contagio (Minkowski, 1966).

Comunque sia, le due idee, nonostante la loro apparente contraddittorietà, coesistono nella letteratura psichiatrica dell'ottocento secondo cui l'alterità della follia non viene messa in dubbio dal rischio di un suo contagio. Di solito, il folle non si lega a nessuno, ma sono gli altri, ovvero i sani, che si legano a lui condividendone la follia attraverso l'ascolto, l'osservazione e l'imitazione.

Dal canto loro, Lasègue e Falret riformulano il legame tra queste due idee introducendo una nuova denominazione. Prima di loro, infatti, Legrand du Saulle (1871, cit. anche in Babini, 1992) aveva descritto il "deliro a due e a tre persone" parlando di idee di persecuzione comunicate e mantenendone il termine contagio, pur ridimensionandone l'importanza e associandolo a quello di delirio.

Lasègue e Falret (1877) restringono a due persone il fenomeno di comunicazione del delirio

e introducono l'espressione di *folie à deux* in sostituzione del termine *contagion* non più adatto per la situazione dei due individui. Gli autori, di conseguenza, introducono una nuova interpretazione del fenomeno della trasmissione del delirio. A questo proposito, il rischio del contagio rimanda ad una lettura psicologica e fisiologica. Nel particolare, il contagio mentale può essere considerato quel meccanismo in base a cui stati motori, affettivi e rappresentativi si propagano da un individuo ad un altro (Saraceno, Santonocito, 2017). Questa spiegazione può essere considerata un'interpretazione di un fenomeno di per sé non patologico, ovvero quello dell'imitazione automatica e/o contagiosa, che sarebbe alla base di molti fenomeni di riproduzione inconsapevole di atti connessi a particolari stati d'animo e pensieri altrui come, per esempio, il riso, il pianto, ecc... Spesso, tale lettura psicologica rimanda ad una concezione neurofisiologica per cui il cervello può essere considerato "un organo ripetitore", che ha alla base il meccanismo dell'imitazione (Gauchet, 1994). Dunque, l'imitazione diventa un processo costitutivo del funzionamento cerebrale che può avere manifestazioni anche patologiche.

Inoltre, la trasmissione della follia può anche essere considerata una trasposizione del concetto di contagio dalla medicina organica alla psichiatria, come idea di trasmissione di un morbo da un organismo malato ad uno sano. Respingendo il termine contagio, Lasègue e Falret (cit. in Babini, 1994) rifiutano la lettura psichiatrica esistente e offrono una nuova interpretazione del fenomeno. Prima di tutto con il termine follia a due viene circoscritta una determinata entità nosografica e scorporato il contenitore generico di contagio.

In realtà, il cosiddetto contagiato non contrae lo stesso male del contagiante: il malato reale rimane, l'“alienato di riflesso” non va oltre i limiti dell'assurdo e pertanto rimane connesso con la follia solo grossolanamente (Lasègue, Falret, 1877). Sebbene identici di contenuto, i due deliri mantengono una natura diversa, in quanto la malattia reale che contraddistingue il delirante primario non viene trasmessa al delirante secondario. Tra i due deliranti, uniti da una stretta associazione emotiva, solo uno è affetto da follia vera.

La forma patologica della follia a due in cui un delirante primario riesce, solo in presenza di

specifiche e particolari condizioni, a trascinare nel suo delirio una persona presumibilmente sana, è descritta come una particolare forma di delirio la cui caratteristica principale è rappresentata dal fatto che il suo contenuto è il prodotto della mente dei due individui, che danno vita ad un “tacito contratto”, ad un “lavoro di solidarietà” e “collaborazione”, ad un delirio “pattuito” (Jana et al., 2009). In altre parole, non pensano contemporaneamente lo stesso contenuto, ma arrivano a pensarlo e a formularlo insieme sulla base di una traccia offerta da uno dei due (Babini, 1994).

Successivamente Règis (1880) propone la sua interpretazione della follia a due come *folie simultanee*, che si esprime non nel passaggio della follia da uno all'altro, ma in una formulazione di contenuti a due, per cui la trama subisce modifiche e cambiamenti in seguito al lavoro congiunto dei due deliranti.

Come si può osservare, la folie à deux per potersi manifestare necessita della presenza di almeno due individui o meglio due menti che sono in perfetta collaborazione tra loro. Una patologia quindi che non vede coinvolti nel delirio nessuno dei due individui prima che si instauri

la relazione e che non vedrà coinvolti nessuno dei due individui dopo la loro separazione.

In questo senso, la *folie à deux* introduce un concetto di patologia molto importante nella psicopatologia clinica (cfr. Tseng, 2007). Paradossalmente la psichiatria si allontana dai modelli concettuali della medicina organica per la quale la malattia è sempre la manifestazione di un organismo individuale anche quando viene contratta da un secondo organismo. Il concetto di contagio o epidemia a questo punto, che precedentemente aveva parecchio investito la patologia della *folie à deux*, per la psichiatria è quasi un'utopia.

Per la *folie à deux*, infatti, non sembra esserci alcuna analogia con la malattia organica, ma al tempo stesso è impensabile che essa trovi il suo spazio nel campo della psicologia dove ancora l'immagine di identità personale non è stata toccata dalle ricerche sul magnetismo e sul sonnambulismo provocato, né tantomeno i concetti di “mente collettiva” e “anima della folla” a quel tempo vengono utilizzati (Saraceno, Santonocito, 2017); da lì a pochi anni li avrebbero introdotti Durkheim e la psicologia sociale di Le Bon (Cassano, 1994; Silveira, Seeman, 1995).

E' la psichiatria che dà campo libero alle ricerche sulla *folie à deux* ed è proprio da qui che la maggior parte degli studiosi partono. La *folie à deux* diventa un nodo fondamentale per la teoria psichiatrica; da un lato, infatti, rafforza la stessa teoria, dall'altro offre anche un cambiamento all'interno della medesima perché la spiegazione scientifica della *folie à deux* sembra in apparente contraddizione con uno degli assiomi più importanti della psichiatria, ovvero l'idea dell'alienato come inassociabile e quindi terapeuticamente non raggiungibile (Arieti, 1974; Jolfaei, Isfahani e Bidaki, 2011). In realtà, nonostante sia l'induttore l'inventore del delirio e nonostante sia in completa simbiosi con il suo "socio", secondo Lasègue e Falret (cit. in Babin, 1994), egli non accetta comunque alcuna modifica, nemmeno parziale, né riformulazione di parole da parte di quest'ultimo, ma lo vede semplicemente come il suo alleato o "socio", appunto, a cui raccontare la sua "storia" o "romanzo".

1.2. La formazione del legame e la condizione del contagio psichico

Da quanto esposto emergono due punti fondamentali. Da un lato la follia, completamente lontana dal concetto di delirio che non si trasmette né si modifica. Il delirante primario era folle già prima di entrare in relazione con il suo “socio”; quest’ultimo invece non lo era affatto e non lo diventerà mai. A questo punto, il dogma della psichiatria, l’alienato che resta separato dal mondo, resta intoccabile.

Per Lasègue e Falret (1977) non c’è alcuna persuasione da parte dell’alienato perché le regole di persuasione non sono altro che l’espressione di quel mondo da cui è separato. I folli del resto non hanno alcuna forza persuasiva; perché questo avvenga è necessario che abbiano delle risorse morali ed intellettuali che siano incompatibili con il loro stato patologico (Shimizu et al., 2007; Saraceno, Santonocito, 2017).

Dall’altra parte c’è la follia che è sinonimo di delirio fondata su tre aspetti importanti:

- 1) più il contenuto è verosimile legato ad espressioni sentimentali e tristi tanto più
- 2) scuote il vissuto dell’altro e il suo spro

fondare nella follia sarà inevitabile;

- 3) più sarà la ripetizione del contenuto, in maniera identica e costante, tanto più la persuasione sull'altro ha il sopravvento divenendo follia comunicata;
- 4) più il socio è debole intellettualmente e moralmente a causa della relazione che c'è all'interno della sua famiglia, tanto più il delirio del primario diventa il delirio del secondario.

E' da notare però che per quanto la barriera che separa il mondo esterno dall'alienato sia inattaccabile, resta sempre un margine di permeabilità così che il delirio di uno, espressione della sua follia, diventa, trasformandosi, il delirio di due e sarà solo il delirio, non la follia, a trasmettersi e quindi a modificarsi in delirio condiviso. Appare evidente, a questo punto, come il concetto di trasmissione di follia, investito di ambiguità poiché se da un lato c'è la follia come mondo chiuso, dogma della psichiatria del tempo, dall'altro invece c'è l'introduzione della apparente "associabilità" che descrive l'instaurarsi del delirio e che già trent'anni prima Lasègue aveva definito "associazione senza unità".

Tuttavia, se si prende in considerazione l'“idea della follia” come idea rappresentativa più della stessa essenza della malattia mentale che coincide anche con la teoria di Pinel (2015), per Lasègue e Falret (Babini, 1994), il folle resta sempre alienato, lontano dal mondo e la sua follia è incurabile.

Quindi, solo colui che è folle è veramente tale e, pertanto, non può trasmettere o contagiare (Saraceno, Santonocito, 2017). Però l'osservazione di casi clinici contraddice il concetto di folle come alienato perché il delirio è qui il segno della malattia mentale e di conseguenza si ritiene che il delirio e/o la follia possano in qualche modo essere trasmessi e condivisi. A questo punto anche il “contagiato” diventa delirante.

1.3. Inquadramento clinico e criteri diagnostici

Come già detto, Lasègue e Falret (1877) hanno ipotizzato per primi la possibilità che un disturbo psichiatrico possa essere trasmesso da una persona all'altra nel momento in cui determinate condizioni vengono soddisfatte, cioè indica-

no tre condizioni necessarie perché si possa verificare il contagio, ovvero quando:

1. una persona con un livello di intelligenza più alto rispetto all'individuo ricevente ha un delirio, allora l'individuo con minor risorse è nella condizione di assimilare tali idee e poco alla volta strutturarle con una intensità delirante equiparabile all'individuo che per primo ha prodotto tali idee;
2. tra persone che vivono nello stesso ambiente, condividono emozioni interessi e opinioni e sperimentano un certo grado di isolamento sociale;
3. le idee deliranti hanno un qualche aggancio con la realtà e in qualche modo fanno riferimento a esperienze, speranze o ansie condivise (Mouchet-Mages, Gourevith, Loo, 2008; Faivre, 2011).

Dewhurst e Todd (1956) sono tornati su questo concetto e hanno proposto tre criteri che ben si integrano con la prima proposta di Lasègue:

- 1) le persone coinvolte sono molto vicine e intrattengono rapporti molto stretti;

- 2) il contenuto dei deliri è molto simile o identico;
- 3) le persone coinvolte in questa ideazione delirante condividono accettano e si supportano a vicenda nel mantenere questo delirio. In realtà, può succedere che persone non psicotiche esprimano tematiche deliranti alla stessa maniera del caso indice; prova né è il fatto che togliendo da un determinato ambiente le persone “contagiate” queste vanno incontro ad una remissione del delirio (Shimizu, 2007).

È interessante notare come la condivisione dei sintomi psichiatrici non riguardi solamente i deliri, ma possono riguardare anche sintomi fisici, alterazioni dello stato di coscienza e allucinazioni (Janca, 2006; Arnone, Patel e Tan, 2006; Daverio, 2016).

1.3.1. Caratteristiche diagnostiche

Va posta quindi una grande attenzione alla diagnosi clinica della follia a due. Secondo il DSM-IV TR (APA, 2000) la *follia a due* che racchiude,

nella sua semplicità, la complessità dei sintomi, le cause e le conseguenze della “follia condivisa” o “disturbo psicotico condiviso” è definito dalla comparsa di un delirio sviluppatosi in un soggetto in stretta relazione con un’altra persona già delirante, definita “induttore” o “paziente primario” (Criterio A, Tabella 1). Le convinzioni deliranti dell’induttore vengono condivise dal secondo (o paziente secondario) nella relazione, in toto o in parte (Criterio B, Tabella 1).

Tabella 1. Criteri diagnostici per 297.3 Disturbo psicotico condiviso (Folie à deux).

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">A. Un delirio si sviluppa in un soggetto in un contesto di relazione stretta conB. un’altra (o più) persona (persone), con già un delirio in atto.C. Il delirio è simile nel contesto a quello della persona che ha già il delirio in atto.D. Il disturbo non è meglio giustificato da un altro Disturbo Psicotico (per es., Schizofrenia) o da un Disturbo dell’Umore con Manifestazioni Psicotiche, e non è dovuto agli effetti psicologici diretti di una sostanza (per es., una sostanza di abuso, un farmaco) o a una condizione medica generale. |
|---|

Il disturbo del secondo nella relazione non è meglio giustificato da un altro disturbo psicotico (per esempio, schizofrenia) o da un disturbo dell'umore con manifestazioni psicotiche e non è dovuto agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per esempio, sostanza di abuso o farmaco) o ad una condizione medica generale (Criterio C, vedi Tabella 1).

In pratica, alcuni studi hanno rilevato che le diagnosi più comuni del “caso primario” sono la schizofrenia, un disturbo delirante o un disturbo dell'umore con manifestazioni psicotiche (Rasore, Menichini, 2002). Solitamente il “caso primario” è dominante nella relazione e gradualmente impone il suo sistema delirante alla seconda persona, più passiva e inizialmente sana. Oltre a ciò, i soggetti che arrivano a condividere convinzioni deliranti sono per lo più uniti da vincoli di consanguineità o di matrimonio, hanno a lungo vissuto insieme, spesso in condizioni di relativo isolamento sociale. Se la relazione con il caso primario viene interrotta, le convinzioni deliranti dell'altro di solito diminuiscono o scompaiono. Più comunemente il disturbo psicotico condiviso coinvolge solo due persone, raramente un'intera famiglia nella qua-

le un genitore è il caso primario e gli altri membri, con gradazioni e intensità diverse, sviluppano le stesse convinzioni deliranti (Cuoco, Colletti, Anastasi et al., 2015).

1.3.2. I fattori di rischio

I fattori di rischio che agiscono su un substrato di vulnerabilità al disturbo psicotico condiviso o follia a due rappresentano uno dei temi più discussi e, nello stesso tempo, più interessanti.

Esiste infatti una certa convergenza di riscontri sull'organizzazione della personalità ad espressione psicopatica che oltre che a innestare condotte criminali, ha orientato anche la cosiddetta "follia a due" (Armezzani, 2002; Rasore, Menichini, 2002). In ogni caso, Nielszen, Langdon e Large (2013) hanno osservato che fattori di personalità o limitazioni intellettuali giustificano la suscettibilità del secondario. Ricordiamo in generale che tra i fattori di rischio per il paziente secondario vengono presi in considerazione: sesso femminile, suggestionabilità, passività, scarsa intelligenza, scarsa autostima e povertà (Jolfaei, Isfahani e Bidaki, 2011).

Un altro fattore di rischio può essere l'accettazione indiscutibile di credenze deliranti (Bentall, 2015) che deriva dalla mancanza di valutazione critica da parte sia dei membri della diade che del paziente secondario (Sadock et al., 2009). Nielssen et al. (2013) suggeriscono che ciò è aggravata dall'isolamento sociale ricorrente in questi pazienti.

1.3.3. Incidenza e prevalenza

Recenti studi (Daverio, 2016; Saraceno, Santonocito, 2017)) mostrano un'incidenza calcolata dall'1,7% al 2,6%. Tra il 90% dei casi membri della stessa famiglia e il 50% dei casi si verifica tra le coppie della sorella-sorella e madre-figlia (Mouchet-Mages, Gourevitch e Loo, 2008; Jolfaei, Isfahani e Bidaki, 2011).

Inoltre, un po' più comune nelle donne che negli uomini. L'età media è di 46-53 anni e ci sono anche dati che riportano adolescenti che non appartengono alla stessa famiglia (Welsh, Common, 2013). I temi più comuni sono persecutorio, oltre che religioso, di grandiosità e delirante parassitosi (Nielssen et al., 2013).

Quasi tutti i casi di follia a due sono riportati in associazione con la schizofrenia, disturbo delirante e disturbo depressivo maggiore con delirio (Shimizu et al., 2007). Potrebbe coesistere con disturbi non psicotici come disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo somatoforme e disturbo di personalità istrionico-dissociativo (Mergui et al., 2010).

Diversi autori (Cristensen, Ramos, 2011) sostengono che il delirio sarebbe vantaggioso per entrambi gli individui, perché permette la coesione e la protezione contro ciò che è percepito come una minaccia e ostile nell'ambiente esterno.

I risultati di un recente studio (Nielsen et al., 2013) hanno dimostrato che la follia a due potrebbe non essere così rara come si pensava una volta, ma molti casi possono essere trascurati a causa della limitazione delle descrizioni e della mancanza di consapevolezza della condivisione dei deliri. Alcuni autori (Welsh, Common, 2013) sostengono che i criteri attuali sarebbero inadeguati o non validi per diagnosticare la follia a due in adolescenti.

Infine, ci sono studiosi che ritengono che anche il paziente secondario influenzi il primario.

Questa caratteristica circolare della malattia può d'altro canto essere di difficile distinzione tra pazienti primari e secondari (Lew-Starowicz, 2012).

1.3.4. Diagnosi differenziale e relazione con i criteri diagnostici per la ricerca dell'ICD-10

Nella pratica clinica si verifica spesso che prendendo in considerazione la diagnosi differenziale vanno anche tenuti distinti i casi di disturbi psicotici antecedenti l'esordio di un delirio condiviso, riferiti in genere a patologie dello spettro schizofrenico, nelle quali, raramente, si può anche avere una patologia condivisa. Nella follia a due caratteristica centrale è comunque la remissione del disturbo delirante indotto con la separazione dei due componenti della coppia.

Il DSM-IV TR (APA, 2000) a questo proposito afferma che, se non si realizza tale remissione nel secondo soggetto, la diagnosi va orientata verso un altro disturbo psicotico. A differenza del DSM-IV TR (APA, 2000), i criteri diagnostici per la ricerca dell'ICD-10 (OMS, 1992) richiedono la presenza di una sindrome delirante

indotta, come rappresentato in Figura 1.

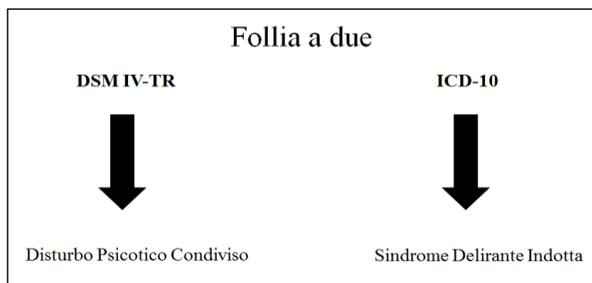


Figura 1. Differenza tra DSM IV-TR e ICD-10.

Vi è qualche evidenza che i soggetti con disturbo psicotico condiviso raramente chiedono un trattamento, generalmente giungono all'osservazione solo quando è preso in cura il caso primario. Inoltre, a parte i convincimenti deliranti e ciò che ne consegue, il comportamento non è vistosamente alterato o bizzarro e la menomazione del "caso primario" è di solito la più grave.

1.4. Meccanismi che portano alla formazione di un delirio psicotico condiviso

Il DSM-5 (APA, 2013) non separa più il Disturbo Delirante dal Disturbo Psicotico Condiviso (Folie à Deux), cosa che accadeva nella precedente edizione del DSM-IV-TR (APA, 2000). Tuttavia, nella nuova edizione, se vengono soddisfatti i criteri per il Disturbo Delirante, allora tale diagnosi può ritenersi conclusa; se i criteri per siffatto disturbo non sono soddisfatti, poiché sono presenti credenze deliranti condivise, allora la diagnosi diventa “Altro Disturbo dello Spettro Schizofrenico Specificato e Altri Disturbi Psicotici”.

Come hanno dimostrato la maggior parte degli studiosi molteplici sono i meccanismi che possono portare alla formazione di un delirio psicotico condiviso. Innanzitutto, bisogna considerare la manipolazione da parte del soggetto induttore o primario. Per esempio, un recente studio condotto da Mastronardi et al. (2012) ha dimostrato che all'interno di una coppia criminale la manipolazione induce la persona a compiere azioni che non avrebbe mai commesso se non avesse incontrato il soggetto induttore. In

tal senso, il manipolatore attraverso la tecnica della manipolazione arriva a distruggere psicologicamente chi gli sta vicino; modella a suo piacere la personalità del compagno, sottraendogli ogni volontà. Di solito, le persone che subiscono maggiormente la manipolazione sono individui dipendenti che ricercano nell'altro sicurezza e stabilità; tanto più una persona è vulnerabile, maggiore è la possibilità che subisca plagio e manipolazione della psiche. E' evidente che uno stato di debolezza, anche momentaneo, può rappresentare un momento di maggiore rischio.

L'altro meccanismo che interviene è la suggestione, da parte del soggetto indotto o secondario; quest'ultimo è una persona altamente suggestionabile e quindi le tecniche di manipolazione possono avere esiti favorevoli. Tuttavia, si tratta di persone con una debole personalità che per cercare sicurezza si aggrappano a qualsiasi cosa: una promessa da parte del partner, la prospettiva di una vita migliore, l'esclusività della relazione con l'induttore.

Un altro meccanismo alla base dell'instaurarsi della follia a due è la patologia della relazione. A questo proposito, come suggerito da Watzla-

wick et al. (1997) gli individui possono sviluppare delle patologie relativamente agli assiomi della comunicazione. Essi sono così sintetizzabili (vedi Tabella 2).

Tabella 2. Gli assiomi della comunicazione.

1. E' impossibile non comunicare
2. Ogni messaggio ha due aspetti, uno di contenuto e uno di relazione
3. La natura della comunicazione dipende dalla punteggiatura
4. Ogni comunicazione ha due forme possibili, verbale e non verbale
5. Le relazioni possono essere simmetriche o complementari

Nel nostro caso, l'assioma che interessa sottolineare è il quinto, afferma che *“tutti gli scambi di comunicazione sono simmetrici o complementari, a seconda che siano basati sull'uguaglianza o sulla differenza”*. Ne deriva che la persona che parla tende a rispecchiare il comportamento dell'altro, creando un'interazione simmetrica. D'altra parte, il comportamento di un interlocutore completa quello dell'altro e costituisce un tipo diverso di struttura comportamentale, creando un'intere-

razione complementare. In quest'ultimo caso, un partner assume una posizione primaria, superiore, mentre l'altro completa per così dire la configurazione assumendo una posizione inferiore, secondaria.

In una relazione sana vi è quindi sia simmetria, cioè la capacità dei due soggetti di accettarsi a vicenda, sia complementarietà, ovvero la capacità dei singoli di assumere ruoli differenti ma complementari che permettono di mantenere una giusta definizione del sé.

Va inoltre considerato che, nella follia a due vi è proprio una patologia di questo assioma, poiché viene a mancare la relazione simmetrica e la relazione complementare viene portata all'estremo. Ne consegue, pertanto, che il membro forte della coppia attira maggiormente attenzione su di sé, è lui che prevale nella conversazione, mentre il membro debole ha un ruolo passivo e viene considerato come un oggetto nelle mani dell'altro.

1.5. Aspetti clinici e prospettive d'intervento terapeutico

Iniziamo questo paragrafo con il porci delle domande. “*Qual è la vera follia?*” “*Chi dei due è il folle?*” Ed è a partire da questi interrogativi che gli studiosi si sono incentrati per poi trovare un aggancio relazionale e interventi terapeutici nel loro specifico adattamento per pazienti con delirio psicotico condiviso. In particolare, secondo Lasègue e Falret (1877; cit. anche in Babini, 1992) la soluzione terapeutica è la separazione della coppia e il manicomio, all’epoca, viene visto proprio come allontanamento dal luogo di origine della follia, non come reclusione. Ciò ha portato gli autori ad affermare che si realizza qui lo spazio terapeutico per la guarigione.

In pratica, tale separazione non solo dall’ “ambiente malato”, anche degli stessi individui, permetterà la guarigione di un soggetto, colui che è affetto da folie à deux, in altre parole, il “contagiato” e consentirà di capire chi è il folle vero, ovvero colui che si maschera dietro la folie à deux. Da notare, però, che in queste situazioni servirà tanta ricerca e accurata osservazione per riuscire a distinguere il vero alienato (folle), dal

delirante secondario; inoltre, riuscire a comprendere chi è che mente e chi invece si adegua alla menzogna.

Ricordiamo infatti che nella relazione si può evidenziare un'arrendevolezza del vero alienato che abbandona le sue idee deliranti, ma che è solo apparente perché in realtà si tratta di una difesa con la quale fortifica le proprie credenze aderendo completamente alla sua "storia"; per il delirante secondario è una menzogna dettata da un amor proprio o che va a difendere la dignità personale.

A questo proposito, diversi studi, compreso quello che abbiamo seguito fin qui, hanno dimostrato che una valutazione clinica più attenta della folie à deux è rappresentata dall' "investigations psychologiques" (Gillieron, 1995; vedi anche 1997). Nello specifico, si tratta di un'indagine utile in caso di situazioni complesse ed è adattata in base alle esigenze e alla situazione di ciascun paziente. Questa indagine mette in luce il funzionamento della persona, le sue difficoltà e le sue risorse, e contribuisce alla scelta dell'atteggiamento terapeutico e consente di rispondere a domande di diagnosi differenziale.

In termini più concreti, con questa "tecnica"

quelli che potevano sembrare i cedimenti dell'alienato primario in realtà non lo sono; il delirante primario non ha modificato nulla delle sue convinzioni primitive anzi, sono le sue parole a trascinare il suo socio nella sua follia; viceversa le parole di quest'ultimo non esordiscono alcun effetto nella modificazione delle idee primarie.

Va inoltre osservato che dietro l'assidua indagine psicologica che porta quindi a identificare il vero folle c'è anche il bisogno di accertare una verità e cioè che è "inavvicinabile", "inassocia-
bile", "irraggiungibile al terapeuta", "incurabile" è che il vero folle non ricerca il suo collaboratore a caso (tra un coniuge, un amico, un familiare). Egli non si ferma all'apparenza, semplicemente si nasconde in questa apparenza dissociandosi dal mondo reale per chiudersi in un mondo suo. Per questo motivo, secondo gli studiosi citati sopra sarebbe proprio l'insuccesso del terapeuta a strapparlo da quel mondo e farlo rifugiare nella follia.

Per quanto riguarda l'intervento terapeutico, ricordiamo che Pinel (2015) riferisce che è "l'esperienza del trattamento morale" ad insegnare che se alcuni malati cedono alla guida te-

rapeutica, altri, i “veri” folli, risultano invece resistenti a qualsiasi azione terapeutica che viene “agita su di loro”.

E' evidente, quindi, che è proprio l'esperienza terapeutica a favorire la tesi della “immodificabilità del delirio primitivo”. Tuttavia, non si esclude che sia stata proprio la “coppia terapeutica” ad ispirare Lasègue e Falret nell'analisi dell'indagine psicologica della folie à deux. Tale intervento nonostante fosse proficuo perché separava il malato da quell'ambiente sociale, lavorativo, familiare, divenuto causa della patologia, era anche ciò che consentiva la relazione privilegiata terapeuta-paziente in un ambiente altrettanto privilegiato, controllato, quale era l'istituzione manicomiale. E qui che il folle, strappato alle condizioni emotive ed affettive delle relazioni interpersonali esterne, trova la stretta relazione con il terapeuta.

A questo punto, il potere e il prestigio morale dello specialista nonché l'esclusiva relazione con il paziente lo portava a conquistarsi la completa fiducia di quest'ultimo che gli permetteva solo in un secondo momento di riportarlo alla ragione.

Per quanto il trattamento morale già introdotto prima da Pinel nel 1800 e poi da Esquirol nel 1805 non fosse praticabile sia per la crescita della popolazione manicomiale sia per la sua inefficacia nei casi più gravi, rimase in voga per tutto l'Ottocento rappresentando l'unico intervento terapeutico con il quale ci si poteva avvicinare al mondo della follia (cfr. Esquirol cit. in Galzigna, 1992; Pinel, 2015). E fu proprio Lasègue ad interessarsi ai fondamenti di tale trattamento sottolineando come la sua buona riuscita dipendesse dai fattori sentimentali ed emozionali piuttosto che razionali. Dopo aver appurato che il trattamento morale era privo di un metodo scientifico, concluse che il suo successo fosse una questione personale e non una tecnica terapeutica.

Divagazione a parte, ritornando a noi, si può evidenziare come quelli che sono i presupposti per la trasmissione del delirio siano in realtà il ricalco per una buona riuscita del trattamento morale. Come abbiamo già osservato in precedenza, e sostenuto da Lasègue e Falret, nella folie à deux uno dei due individui, il delirante primario, è quello attivo, più intelligente, più autorevole, più affascinante, che crea il delirio, tra-

scinando con se colui che poi sarà il suo socio, l'elemento passivo. Quest'ultimo dapprima cerca di opporsi, ma poi a poco a poco finisce per colludere con il folle vero, reagendo a sua volta su di lui cercando di correggere, modificare e coordinare il delirio che diventa poi il delirio condiviso e che ripropongono a chiunque gli si presenti davanti in maniera identica.

Va naturalmente tenuto conto che perché la follia a due possa compiersi contemporaneamente in due menti differenti è necessario che gli individui vivano insieme per molto tempo, nello stesso ambiente, che vivano le stesse esperienze, le medesime emozioni, sensazioni, paure, timori, speranze, riparati da qualsiasi influenza esterna.

E perché ci sia la trasmissione del delirio è importante che esso sia in qualche misura plausibile, che si riallacci ad avvenimenti già avvenuti in passato o ad aspettative per il futuro. Infatti, solo la condizione di verosomiglianza permetterà la comunicabilità da un individuo all'altro e l'influenza dell'uno sull'altro. Con queste spiegazioni i due autori sopra citati voglio ugualmente escludere il concetto di persuasione o convincimento per introdurre e parlare meglio

di *entraînement*, ovvero trascinamento, coinvolgimento ma anche addestramento. In altre parole, appunto “trascinare” un altro in un’esperienza che non è la propria. E si tratta di situazione in cui occorre tempo, particolari condizioni psicologiche, emotive e soprattutto una specifica dinamica interna per la realizzazione del trascinamento di cui Lasègue e Falret parlano.

Come accennato prima, il delirante primario deve avere qualcosa in più che il delirante secondario non ha e non si tratta forse di intelligenza ma di prestigio. L’attenzione posta sulla relazione della coppia porta a prestare altrettanta attenzione sulla relazione terapeutica; e come se questa fosse la proiezione sulla relazione della coppia coinvolta nella *folie à deux*. Nella prima genesi della *folie à deux* Lasègue e Falret riflettano le condizioni ambientali e le dinamiche psicologiche indispensabili alla relazione terapeutica positiva, cioè quella condizione in cui il terapeuta riesce a contagiare l’alienato. Talvolta, emerge sempre quella relazione terapeutica fallimentare per la quale si può dichiarare la mente dell’alienato immodificabile. Ma nella descrizione della *folie à deux* passa inosservato ai

due autori il legame tra lo psicotico e il suo terapeuta, che sembra la condivisione se non altro parziale dei propri vissuti.

A tale proposito, Marini (2012) nel suo saggio parla della relazione del terapeuta e del paziente con follia a due e si rivela come spunto fondamentale ma anche rischioso per tentare la cura dello psicotico. Ed è curioso che la riflessione scientifica contemporanea veda nella folie à deux l'opposto di ciò che Lasègue e Falret non hanno visto o non hanno voluto vedere. La relazione di coppia della patologia diventa il punto di riferimento per la relazione terapeutica; al contrario per Lasègue e Falret è il rapporto terapeutico il punto di partenza per la comprensione o non-comprensione fino in fondo della folie à deux.

In conclusione, possiamo ritenere in accordo con la maggior parte degli autori, che per il trattamento della follia a due o disturbo psicotico condiviso valgano le stesse indicazioni terapeutiche considerate per gli altri disturbi psicotici. In pratica, ai farmaci antipsicotici è fondamentale associare una psicoterapia (cfr. Gabbard, 2005).

E' interessante notare come da più parti sia sta

ta data una certa importanza alla separazione, in tutti i significati che si attribuiscono alla stessa. In questo caso, il passo iniziale del trattamento quando è possibile è la separazione della persona affetta dalla fonte di deliri, cioè dal partner dominante. Il paziente ha bisogno, quindi, di un importante supporto per compensare la perdita di questa persona, e va tenuto in osservazione fino alla remissione dei sintomi deliranti. In quest'ottica, ricordiamo anche che prevenire le ricadute della malattia si potrebbe ricorrere alla terapia familiare e al supporto sociale per modificare le dinamiche familiari e per prevenire un nuovo sviluppo della sindrome.

Capitolo II

Lo studio di due individui indipendenti. Una madre e una figlia “acquisite”

2.1. La presentazione dei casi: analisi preliminare

Il presente capitolo si propone lo scopo di fornire un'esemplificazione clinica della follia a due. I casi osservati riguardano due pazienti molto particolari: una madre, Assunta, e una figlia, Rosaria, “acquisite”, ovvero senza alcun rapporto di consanguineità, affette da una rarissima forma di delirio a due. La famosa *folie à deux*, come abbiamo visto nel capitolo precedente, descritta per la prima volta da Lasègue e Falrèt, che è tanto difficile da incontrare nella pratica clinica, in questo caso specifico, è resa ancor più “preziosa” e interessante, proprio per la singolarità delle pazienti.

Le pazienti appaiono “chiuse” in un delirio cronico e totalizzante, hanno timore del mondo, di quel mondo che ai loro occhi appare es-

sere crudele e che, di fatto, le ha rifiutate. Temono i “camici bianchi” perché anche in loro hanno visto cattiveria e violenza e credono fermamente solo in loro stesse e nel loro rapporto di amore, rispetto e sostegno reciproco. Non hanno nessun tipo di coscienza di malattia e per potersi difendere si sono create un loro mondo “speciale” in cui si muovono quotidianamente, che nessuno è ammesso, proprio perché nel momento in cui tentasse di entrare porterebbe all’interno quel “veleno” da cui Assunta e Rosaria tentano tutti i giorni di difendersi. Gli unici a cui è consentito entrare sono i fantasmi di coloro che un tempo, nel bene o nel male, sono stati presenti nelle loro vite, che ora non ci sono più, ma che, nonostante ciò, continuano a dominare le loro percezioni, i loro pensieri e le loro azioni. In pratica, ci viene riferito dagli operatori del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) che Assunta e Rosaria vivono fuori dal mondo, senza avere contatti con nessuno e rifiutandosi perfino di aprire la porta di casa. Una casa che appare completamente vuota, priva di mobili, come forse è grande il vuoto che c’è in loro. Ci sono però alcuni scatoloni contenenti oggetti, come se loro dovessero te-

nersi sempre pronte a scappare da qualche altra parte, nel caso in cui la cattiveria, il pericolo, il male riuscisse a trovare un varco per entrare nel loro rifugio. Le due donne, da subito, appaiono essere simbiotiche: la madre (Assunta) si muove nel reparto di psichiatria e accede ai colloqui appoggiata alle spalle della figlia (Rosaria).

2.2. Anamnesi personale e familiare

Di seguito verranno riportate le anamnesi personali e familiari delle pazienti in esame, così come loro stesse le raccontano durante i primi colloqui. È interessante notare come i contenuti del delirio, ormai fortemente strutturati sono presenti in ogni aspetto della loro vita, rendendo difficoltoso il lavoro di scissione dei contenuti da loro proposti.

2.2.1. Assunta: la madre, individuo dominante (paziente primario o induttore)

Assunta è una donna anziana di circa 80 anni che abita in un piccolo paese del sud Italia della

provincia di Agrigento. In origine la sua famiglia, da parte paterna, apparteneva alla nobiltà terriera, ma nel tempo, la proprietà è stata sempre suddivisa tra i figli facendo scendere anche i titoli. Anche la madre proveniva da una buona famiglia. La nonna materna aveva avuto 11 figli, compresa sua madre.

A questo punto, Assunta riferisce che la madre le ha impedito di conoscere i nonni materni, ma nonostante ciò lei ha potuto vedere la nonna tramite dei vicini e così conoscere poi anche il nonno paterno.

Inoltre, la madre ha avuto 17 figli (8 maschi e 9 femmine): 10 sono morti (4 fratellini; 6 sorelline), al momento 3 sono in vita (oltre a lei, un fratello e una sorella).

Assunta racconta che sua madre ha impedito a tutti i suoi figli di studiare (lei stessa è riuscita a conseguire il diploma elementare solo in un secondo tempo, attraverso le scuole popolari, ma non l'ha mai utilizzato in quanto è sempre stata casalinga). Infatti, inizialmente la prima figlia era andata a scuola, ma avendo scoperto la madre con un altro uomo in casa e avendola minacciata di riferire tutto al padre, ha scatenato la sua rabbia, portandola ad evitare che tutti gli altri

suoi figli studiassero.

Assunta racconta che il padre era un gran lavoratore ma “dormiva tutto il giorno”, in quanto era molto assente e non riusciva a capire cosa succedeva nella sua famiglia. Lei stessa è stata vittima di dispetti e maltrattamenti da parte della madre, fintanto che sua nonna è riuscita a “mettersi in contatto”, attraverso un sogno, con una sua sorella, pregandola di condurre Assunta a vivere da una vicina (zia Giuseppina “Peppiniè”). Questa vicina era sposata con un “operatore di pace”, non avevano figli e, per tale motivo, l’hanno accolta come una figlia. Ha vissuto con loro per 20 anni, dall’età di 8.

Successivamente si è trasferita a Parma nel ’64. In un primo tempo si è sistemata dalla sorella e dal cognato, che erano lì per impedire che si incontrasse e si sposasse con il padre di Rosaria (la figlia; vedi più avanti).

Poi è andata a vivere insieme a quest’ultimo, ma non dormivano insieme (dormiva insieme a Rosaria, ma c’era comunque “un divisore”, ovvero una specie di tenda che impediva ai futuri sposi di stare insieme). Hanno vissuto insieme dal ’67 fino al matrimonio, fin da quando lei era ancora in collegio.

Prima di andare a Parma Assunta è stata in Germania per lavoro dove ha vissuto con uno dei fratelli, il quale poi è ritornato in Sicilia.

Mentre la sorella di Assunta ancora in vita sembra avere dei problemi di mente: da piccola, intorno ai 5-6 mesi, la madre le avrebbe tirato una scarpa perché stava piangendo, colpendola e procurandole una lesione alla testa.

Il padre di Rosaria (la figlia) conosce Assunta, quando era ancora piccola, poiché frequentava il fratello della sua madrina (zia Peppiniè).

Assunta ha perso la vista poco alla volta. In principio vedeva molto annebbiato e improvvisamente sull'autobus racconta di non essere riuscita più a vedere il volto della figlia. Ha effettuato una visita presso l'ospedale del posto per comprare degli occhiali, ma qui le è stata consigliata un'operazione per poter riacquistare la vista, a cui lei si è rifiutata di sottoporsi.

2.2.2. Rosaria: la figlia, individuo debole (paziente secondario o indotto)

Rosaria, 61 anni, è dello stesso paesino di Assunta. Resta in Sicilia con la famiglia (padre,

madre naturale, sorella più grande di 8 anni) fino a 9 anni. Poi i genitori si separano e si trasferiscono: lei e il padre vanno a Parma (qui lei resta in collegio fino a 14 anni), la madre con la sorella a Milano. Restano a Parma vent'anni e dopo tornano in Sicilia a causa dei problemi di salute del padre (con una breve parentesi a Parma per poter vendere l'appartamento). Rosaria racconta che i rapporti con i vicini in Sicilia erano molto buoni, “come se fossero tutti parte di una grande famiglia”.

Il padre era maestro elementare, ma aveva cominciato a studiare medicina. Successivamente aveva dovuto interrompere a causa della guerra. Lei aveva cominciato a studiare farmacia ed è stata costretta ad interrompere a causa di una “presunta allergia” agli agenti di laboratorio. I genitori si erano lasciati undici volte, prima della nascita delle figlie, a causa delle influenze “nefaste” della mamma di Assunta e di altri suoi “stretti collaboratori”. Ogni volta tornavano insieme grazie all'intervento delle loro famiglie d'origine. La mamma di Assunta conosceva bene i genitori di Rosaria poiché gli vendeva le uova, il grano,... (in particolare, in occasione del 13 dicembre, festa di Santa Lucia, dove si

mangia solo frumento cotto in onore della santa che ha salvato la Sicilia dalla pestilenza).

Parlando di sé, Rosaria racconta di essere nata per volontà di Dio, in quanto sembrava che i genitori non potessero più avere figli. Sia durante la gravidanza che al momento del parto non ci sono stati problemi. Al contrario, con la sorella ci sono stati diversi problemi (al momento del parto c'è stato il rischio di dover utilizzare il forcipe).

Con la madre naturale il rapporto viene descritto come molto buono, anche se al momento della separazione con il padre, era caratterizzato da una maggiore tensione.

Infatti, Rosaria riferisce di essere stata molto nervosa, e, per tale motivo, le capitava spesso di rispondere male per poi sentirsi in colpa.

Tuttavia, Rosaria racconta diversi episodi di vita con la madre naturale: momenti di preghiera insieme, scambi di coccole, ecc.

Anche con il padre aveva un buon rapporto e lo ricorda come molto affettuoso e premuroso. In particolare, racconta di come il padre le stava vicino e le spiegava come fare i compiti. Inoltre, la madre naturale non lavorava, ma le piaceva ricamare. Solo dopo la separazione dal padre ha

cominciato a lavorare presso una casa di cosmetici, dove ora lavora sua sorella.

Il rapporto con la sorella è descritto come terribile, caratterizzato da litigi continui: “...litigando abbiamo perfino rotto un vetro”; “...quando avevo un anno e mezzo, mia sorella mi ha mandato fuori nel balcone facendomi rischiare di cadere di sotto, solo l’angelo custode mi ha salvato”. Di sua sorella ricorda che andava più d’accordo con il padre, ma che in realtà non amava nessuno dei due.

Come già accennato, dai 9 ai 14 anni è stata in collegio. Qui non si trovava bene perché le regole erano molto rigide (punizioni corporali e maltrattamenti verbali), il cibo era pessimo e realizzato con gli scarti, non c’era possibilità di socializzare e la giornata era scandita rigidamente tra preghiere, compiti e lezioni. Il tempo libero era pochissimo, escluso l’orario dedicato alla palestra. Infatti, avevano solo una mezz’ora dopo il pranzo. Le suore sostenevano che lei fosse una persona estremamente chiusa e solitaria, ma in realtà era il contesto e la freddezza delle persone e dell’ambiente che non la invogliava ad aprirsi. Era riuscita a legare solo con due ragazze con cui oltre a studiare amava giocare. La

scelta di mandare Rosaria in collegio è stata motivata dal fatto di facilitare le visite dei genitori, che erano separati, litigavano e avevano difficoltà ad accordarsi. Accettare questa decisione è stato molto complicato per Rosaria che all'inizio non riusciva a smettere di piangere, anche a causa del dolore causato dalla loro separazione. Ha sempre desiderato poterli rivedere insieme e, a tale proposito, riferisce di un sogno in cui i genitori si sono fatti rivedere sorridenti mano nella mano.

Nel '69 il padre si sposa con Assunta a Parma, poco dopo l'uscita di Rosaria dal collegio.

In un primo tempo, il padre di Rosaria si è sistemato a Parma da un fratello. Successivamente, a causa di un diverbio con la moglie di questo, ha preso casa per conto suo. Rosaria racconta di avere desiderato moltissimo il matrimonio tra suo padre e Assunta, poiché questa era amica anche di sua madre.

Per quanto riguarda l'ambito lavorativo, Rosaria racconta di aver fatto alcune supplenze nella scuola materna ed elementare, e di essere stata impiegata in comune presso gli uffici dell'elettorato e del censimento. A seguito della malattia del padre ha lasciato il lavoro.

Nell'82-'83, durante il periodo di Natale si sono trasferite da Parma ad Agrigento a causa di un problema ai polmoni del padre. Dopo la morte del padre di pleurite, avvenuta nel '98, a causa dei problemi avuti per la riscossione della pensione di reversibilità della madre si sono trasferite a Roma, da quel momento hanno vissuto da sole. Tali problemi sembrano essersi risolti grazie alla pressione operata dal Ministro Dini. Rosaria racconta di avere avuto unico grande amore Alberto. Questi era magistrato e si stava specializzando. Si erano conosciuti in tribunale, dove lei si era recata per fare denuncia contro una farmacista del suo paese implicata in pratiche esoteriche, in diversi omicidi, in truffe legate ai voti delle elezioni,... lui l'aveva guidata e sostenuta. Il loro fidanzamento era durato tre anni, ma tra di loro non c'era stato niente al di fuori di semplici effusioni: "ci siamo solo sfiorati le labbra, perché non volevamo offendere Dio".

Alberto muore in un incidente stradale a 38 anni: un camion non si è fermato all'incrocio e gli è andato contro. Secondo Rosaria, l'incidente era stato opportunamente "organizzato" per impedirgli di far luce sulle attività illecite della

farmacista. La famiglia di Alberto non voleva che lei lo vedesse, poiché avevano già cercato di impedire il loro matrimonio non reputando Rosaria degna di lui. Al contrario, lui si sentiva a suo agio, rispettato ed ammirato, dalla famiglia di lei.

2.3. Descrizione del modello d'intervento

La singolarità, l'assoluta mancanza di precedenti nella letteratura e la specificità dei casi, ci ha spinti da subito a voler raccogliere le loro storie e a strutturare una rete terapeutica d'intervento, con la partecipazione di differenti figure professionali, assistente sociale, infermiere, psicoterapeuti, medici, psichiatra ...

In particolare, si è proceduto alla costruzione di un setting stabile e continuativo all'interno dell'SPDC. Sono stati svolti colloqui regolari, per ogni giorno di permanenza delle signore all'interno della struttura, allo stesso orario e nella stessa stanza appositamente allestita. Ogni colloquio è stato rigorosamente registrato e in due casi videoregistrato, dopo aver raccolto l'autorizzazione delle pazienti. A quest'ultime, è

stato proposto un percorso finalizzato a offrire loro uno spazio di ascolto, dato che, fin dal primo momento del ricovero, lamentavano di non essere mai state comprese, e di confronto con persone, che non avevano intenzione di fare loro del male.

Oltre a ciò, un'altra finalità dell'intervento è stata quella di portare le pazienti ad accettare l'attivazione di una rete di riferimento assistenziale attorno a loro. In questo caso specifico, l'assistente sociale ha potuto entrare nella loro casa e offrire il suo aiuto e monitoraggio costante e continuativo della situazione economica, igienica ... Effettivamente, gli operatori del Centro di Salute Mentale (CSM) sono stati contattati e hanno avuto la possibilità di intervenire per riuscire a seguire e controllare le pazienti.

Prima del ricovero in SPDC le due donne hanno sempre vissuto un'esistenza separata, rifiutando ogni contatto ed ogni aiuto proveniente dall'esterno. Per questo motivo, consideriamo un successo del nostro lavoro clinico effettuato all'interno del servizio, come poi evidenzieremo nel prosieguo del lavoro, ed essere riusciti ad entrare nella loro vita, ottenendo la loro fiducia, la modificazione di alcuni loro pensieri ricor-

renti e il graduale reinserimento nel mondo e nella vita sociale.

2.4. Il momento del ricovero

Le pazienti ci raccontano che, al momento del ricovero, alcune persone, qualificandosi prima come operatori del comune e successivamente come vigili del fuoco, hanno tentato di entrare in casa loro. Rosaria (la figlia) spiega di essersi rifiutata di aprire la porta, poiché queste persone non erano munite di tesserino di riconoscimento. Dato che queste persone sono comunque riuscite a fare irruzione in casa loro, sua madre, Assunta, essendo non vedente, era molto agitata. Lei ha tentato di opporre resistenza anche fisicamente, e questo le ha causato un evidente ematoma al braccio destro.

Rosaria ci racconta che le è stato suggerito da parte dei vicini di casa e da parte delle persone (operatori del CSM?) che le hanno condotte all'SPDC, di uscire più spesso, di fare volontariato, di andare a ballare, di crearsi degli interessi e delle amicizie. Aggiunge che questo non è possibile né tantomeno lei ha interesse a farlo,

in quanto la sua unica preoccupazione e volontà è di assistere la madre e di occuparsi della casa.

In particolare, ci racconta che le piace molto uscire in compagnia della madre per poterla far sentire ancora utile e viva. Manifesta il suo scetticismo riguardo alle persone che le hanno condotte in SPDC: sostiene che non si tratterebbe di medici o infermieri, poiché sono stati molto violenti e non avevano cartellini di riconoscimento.

Al momento, Rosaria afferma di sentirsi molto più tranquilla, anche grazie alla terapia e sembra manifestare una coscienza parziale della malattia affermando di avere paura delle “ricadute” (ovvero gli stati di nervosismo a cui sembra essere soggetta).

Tuttavia, non considera il ricovero spiacevole poiché ha incontrato persone che le hanno consentito di trovarsi a suo agio, ma si lamenta del dosaggio della terapia farmacologica, che le provoca sonnolenza, e dei rumori notturni all'interno del reparto.

Assunta, invece, si lamenta molto, non riesce a masticare a causa di un problema ai denti, si sente debole, non riesce a dormire, accusa forti

dolori alla schiena e più in generale alle ossa. Inoltre, manifesta il desiderio di tornare a casa anche perché, essendo non vedente, non ha familiarità con gli ambienti e ha difficoltà ad orientarsi. La sua infelicità la porta a pregare spesso il Signore di farla morire piuttosto che farla rimanere in questa condizione.

Capitolo III

Il delirio condiviso: dinamiche intrapsichiche e relazionali

3.1. Introduzione ai contenuti del delirio condiviso

In questo capitolo verranno riportati i contenuti del delirio delle due pazienti, chiarendo alcune zone d'ombra nonché la genesi delle dinamiche del contagio.

Innanzitutto, è importante sottolineare come Rosaria accede ai colloqui molto volentieri, manifestando il desiderio di parlare e di raccontarsi. Aspetta il nostro arrivo sulla soglia della sua stanza, e ogni giorno ci accoglie con un sorriso dicendo “Vi stavo aspettando”.

Assunta, al contrario, appare più restia, si lamenta molto, piange perché non comprende il motivo per cui si trova al reparto, sostiene di non avere fatto nulla di male, ma di averne solo ricevuto. Non accetta di essere stata portata via dal suo mondo ed ha paura di non poterci più rientrare.

Raccogliendo la loro storia (cfr. capitolo precedente), infatti, ci siamo resi conto che, probabilmente, è Assunta ad aver trascinato dentro il suo delirio la fragile persona di Rosaria, ed è sempre lei che la tiene legata a sé con forza e determinazione, separandola da quel mondo cattivo di cui ha paura. È sempre lei ad aver portato il suo mondo interno fuori, ad averlo confuso con quello esterno, rendendolo sempre più pervasivo, e ad aver creato dei collegamenti con i contenuti propri della vita di Rosaria, ottenendo come risultato la costruzione di un legame indissolubilmente patologico.

3.2. Il mondo intrapsichico e le relazioni di Assunta

Assunta racconta che la sua infanzia è stata segnata dalla tragedia perché sua madre ha ucciso i suoi fratellini e l'ha sempre perseguitata. Anche adesso cerca di farle del male impedendole di mangiare, di respirare e di vivere. A soli pochi mesi sua madre l'ha infilata nel forno ancora caldo, lei ha urlato ed è riuscita a salvarsi grazie all'intervento del fratellino gemello morto e di

alcune persone che sono accorse.

Inoltre, Assunta è sempre stata in grado di parlare con i fratelli e le sorelle morte che le raccontano di come sono stati uccisi e la informano sulle azioni commesse da sua madre (cfr. sottopar. 2.2.1).

Non ha potuto conoscere in vita i suoi fratelli, ma solo dopo la loro morte, attraverso i sogni: oltre a parlarle si fanno vedere sorridenti mentre giocano, scherzano,...

L'inizio di questi sogni si può collocare dopo i vent'anni. Non tutti i suoi fratelli le hanno raccontato come sono morti perché, a volte, è talmente tanto cruento che il saperlo le potrebbe fare male al cuore, così come potrebbe rendere molto triste anche Rosaria.

In particolare, ci racconta di come una delle sue sorelle, Teresina, al momento della nascita, è stata tirata fuori a pezzi dalla madre, dalla "mascia" (donna che si occupa dei parti) e da alcune amiche, "comari". Gli ultimi due fratellini sono stati uccisi dalle percosse e dagli stenti (non venivano nutriti e sono stati "sbattuti" contro il muro e a terra). Anche lei ha subito dispetti e stenti fintanto che sua nonna si è messa in contatto con una sua sorella, attraverso un sogno, e

L'ha pregata di condurla a vivere da una vicina. Ha vissuto 20 anni con questa zia, ma sua madre ha continuato ad influenzare la sua vita, condizionando la mente della zia e portandola, in alcuni momenti, a darle meno attenzioni, a maltrattarla e a non farla mangiare abbastanza. Assunta racconta che la domenica era usanza, oltre che andare a messa, cucinare la carne. La sua porzione di cibo veniva portata alla madre naturale: quest'ultima entrava nella sua mente e nel suo corpo e, con l'obiettivo di ucciderla, le ordinava di portarle tutto il cibo destinato a lei. Assunta riferisce che sua madre l'ha seguita anche a Parma per crearle dei problemi dopo il matrimonio e spiega che, tuttora, è in grado di comunicare con la madre attraverso la mente e il corpo: questa è in grado di sentire e vedere tutto, può vendicarsi di quello che succede se impossessa di lei, dominandola e obbligandola a fare ciò che vuole. Assunta afferma di non avere più paura poiché ora ci sono i "fratelloni" a difenderla. I fratelloni sono gli angeli che inizialmente si sono schierati contro di Dio, per poi pentirsi e tornare al suo servizio. Tra questi, in particolare, c'è Luciferino, che quando sua madre esagera, provve-

de a “tagliarla in pezzi e a buttarla là sotto” per punirla e fermarla.

Assunta afferma di essere felice di poter vedere i suoi fratellini e di poter raccontare a Rosaria cosa vede e cosa sente. Questo è il motivo principale che le spinge a vivere lontane dalla gente. A volte anche Rosaria riesce a vedere e parlare con i bambini morti.

Sua nonna materna aveva avuto 11 figli, compresa sua madre (cfr. sottopar. 2.2.1). In sogno le ha raccontato di come, durante la gravidanza, aveva ricevuto la visita di una vicina, che era una megera ed aveva contaminato il feto. Infatti, il parto era stato dolorosissimo e la bambina era nata già cattiva: mentre prendeva il latte, mordeva la madre e le faceva meditare di buttarla nel pozzo.

La madre di Assunta, una volta cresciuta, era completamente incontrollabile. Dopo aver ucciso la suocera, all'età di 18 anni con una tazza di caffè ha stregato il padre di Assunta, si è fatta sposare in poco tempo e si è appropriata della casa del suocero. Il padre di Assunta, tuttora, attraverso il sogno, si lamenta di questo matrimonio che l'ha distrutto e reso infelice.

Inoltre, il padre di Assunta non riusciva ad ac-

corgersi della morte dei suoi bambini, in quanto la moglie gli toglieva dalla mente l'idea e il ricordo stesso dei figli (11 figli erano del padre di Assunta e 6 “fuori-letto”). Fintanto che è stato in vita “riusciva a ricordarsi” solo di 7 figli. Solo dopo la sua morte è venuto a conoscenza della verità.

I suoi fratelli vivi non conoscono questa storia. Come già visto, suo padre sembrerebbe essere morto a causa di pleurite generata dal freddo, ma in realtà è stata la moglie ad ucciderlo attraverso i rituali. Lei conserva un ottimo ricordo del padre, anche se lui non aveva molto tempo per i figli: lavorava molto in campagna e la sera era stanco per giocare.

Assunta racconta di come i genitori di Rosaria si sono separati a causa dell'influenza delle persone malvagie. Un ruolo determinante in questa vicenda è stato rivestito da sua madre stessa, che, successivamente, attraverso le pratiche esoteriche, ha fatto in modo che Assunta sposasse il padre di Rosaria, pur non amandolo.

L'amore, infatti è arrivato solo in un secondo momento, in seguito all'intervento divino. Inoltre, sua madre desiderava far sposare l'ultimo dei suoi figli (Francesco detto Ciccio) a Rosaria.

Non essendo questa unione possibile dato il legame di parentela, ed essendo falliti i suoi piani, sua madre fa morire per vendetta suo marito.

3.3. Il mondo intrapsichico e le relazioni di Rosaria

Rosaria ci spiega che il motivo per cui si trovano in questa situazione è imputabile ai loro vicini di casa. Infatti, più di una volta sono state criticate e minacciate di essere denunciate alla polizia da quest'ultimi per la loro poca capacità di socializzare e per il fatto di non uscire mai di casa.

Il motivo per cui si tengono lontane dai vicini di casa è il timore di essere toccate da loro, poiché questi hanno la fastidiosa abitudine di cercare il contatto fisico e di essere troppo invadenti.

Rosaria racconta che i loro vicini di casa litigano spesso tra di loro. In particolare, riferisce che la maggior parte delle discussioni avvengono tra i coniugi perché non c'è amore e rispetto. Per esempio, riferisce alcuni stralci di conversazioni tra gli inquilini dell'interno 18, che più volte si

rinfacciano il fatto di essersi sposati e di avere avuto dei figli. Sia a Rosaria che a Assunta è capitato più volte di essere circondate da questi uomini, le cui proposte ed attenzioni loro hanno categoricamente rifiutato per il lutto conseguente alla morte del padre.

I vicini di casa vengono descritti “come persone poco raccomandabili poiché dedite al sesso, a comportamenti osceni e alla pratica di riti satanici e magia nera”.

Rosaria spiega di avere le prove della presenza di tali riti, in quanto spesso le capita di sentire voci diverse parlare in linguaggi gutturali sconosciuti. A tale proposito, specifica che solitamente chi conosce ed attua tali pratiche magiche incorre in denunce e arresti, ma nel loro palazzo restano impuniti.

Spiega, inoltre, di essersi vista “cambiare volto” ed assumere le fattezze di una signora anziana dedita a tali pratiche rituali. Inoltre, molto spesso capita sia a lei che a sua madre di sentirsi nervose, colleriche e di assumere comportamenti aggressivi, come se perdessero il controllo di loro stesse.

Al fine di poter contrastare questi episodi di possessione ambedue sono tenute sotto con-

trollo da un certo Padre Stefano e da Madre Teresa. In particolare, Padre Stefano le ha sottoposte ad una dieta particolare a base di erbe amare al fine di farle dimagrire e di scacciare queste persone, identificabili con il diavolo, che prendono il possesso dei loro corpi. Nel momento in cui queste persone entrano nel suo corpo, Rosaria non ricorda niente e perde completamente il controllo di sé, diventando aggressiva sia verbalmente che fisicamente. L'unico segnale che le resta dell'avvenuta "possessione" è il senso di sfinimento e il cambiamento di volto.

Il fatto di cambiare le fattezze del volto succede spesso anche a Assunta.

Secondo Rosaria tutti i loro problemi sono causati da sua nonna (la madre di Assunta) che era dedita alla pratica della magia nera e dei riti voodoo: avrebbe sacrificato 9 dei suoi figli per poter riuscire ad uccidere i vicini di casa. In particolare, ricorda di un bambino nato di sette mesi torturato e picchiato per 15 giorni fino alla morte. Secondo Rosaria, tutta questa malvagità ha lasciato una specie di traccia, di alone, su di loro che porta le altre persone a provare odio nei loro confronti, anche senza un motivo ap-

parente.

Nei momenti in cui è posseduta da queste persone, Rosaria è spinta a dire e a fare cose che non sente e non pensa: "...non è come se il Sub-conscio pensa qualcosa, il Super-Io ha il sopravvento e gli impedisce di esprimerlo all'esterno, ma poi può succedere che il Sub-conscio prende il sopravvento e può dirlo, io non sono spinta da un mio pensiero reale a fare o dire qualcosa, ma sono comandata da un'altra persona".

Dal momento del ricovero non ha avuto nessuna manifestazione di questo tipo.

Sia in Sicilia che qui a Roma inizialmente si sono trovate bene con i vicini, ma poi, a causa del loro continuo ricambio, hanno incontrato persone poco raccomandabili.

In particolare, ad Agrigento, c'erano alcune famiglie di origine turca che avevano l'abitudine di uccidere le persone originarie del luogo, per poi poterne assumere l'identità legalizzando il tutto dal notaio. Di conseguenza, anche per questo motivo, oltre a quello legato ai problemi nella riscossione del-

la pensione, sono state costrette ad allontanarsi da quel luogo.

Secondo Rosaria, ma anche secondo Assunta i loro parenti sono da evitare poiché implicati in riti satanici.

Si sono insospettite a causa dei comportamenti poco seri adottati dalle donne della famiglia come indossare gonne molto corte e sedersi in modo poco serio,... e hanno capito di essere state stregate mangiando particolari cibi, più specificatamente pizze impastate con sangue mestruale e sperma.

Più volte Rosaria racconta di come Padre Stefano le avrebbe aiutate a risolvere il problema del loro peso corporeo eccessivo (253 Kg Assunta; 240 Kg Rosaria) e ad espellere i cibi stregati “che emanavano un odore terribile trattandosi di sangue raggrumato e sperma”.

L'incontro con tale frate è avvenuto nell'82, al santuario di Santa Rita da Cascia, la Santa dei casi impossibili, a cui si sarebbero rivolte per ottenere il miracolo. Viene descritto come un uomo alto, con barba bianca, tra i 65 e i 68 anni.

Grazie al suo intervento sono state ricoverate presso il convento di Santa Rita, all'interno dell'edificio predisposto ad ospitare i pellegrini, adiacente al convento.

Qui hanno avuto modo di conoscere anche Madre Teresa, che è una suora clarissa. Per giorni hanno mangiato erbe molto amare ed hanno vomitato. Sia Padre Stefano che Madre Teresa sono riusciti a metterle a loro agio durante i colloqui. In particolare, Rosaria racconta che, prima ancora che lei lo raccontasse, sapevano che nella sua vita c'era stato un ragazzo malvagio che le aveva creato notevoli problemi (Saverio). Infatti, avevano la possibilità di comunicare con Dio per conoscere in anticipo gli eventi. Aggiunge che Padre Stefano e Madre Teresa hanno parlato con Dio anche di fronte a loro. Inoltre, Padre Stefano le avrebbe annunciato che una volta nell'aldilà Dio, per premiarla delle sue preghiere, l'avrebbe sposata garantendole la Sua vicinanza per l'eternità.

Padre Stefano è umbro, ma è sempre in viaggio per portare la pace e per collaborare con la polizia nella risoluzione di delitti misteriosi.

Padre Stefano e Madre Teresa oltre ad operare nel convento si recano anche a casa delle persone. In particolare, Rosaria riferisce che più volte si sono recati a casa loro anche per aiutare il padre prima della sua morte e per verificare se le persone che bussavano alla loro porta erano

affidabili. Per mettersi in contatto con loro, in particolare con Padre Stefano, o “utilizzano il telefono oppure si concentrano, pregano e lui le raggiunge con la sua presenza come fosse un’anima”.

La sorella più grande vive a Milano con il marito e, secondo il racconto di Rosaria, sarebbe implicata nella morte della madre naturale: ha sostituito la fiala di insulina della madre diabetica con dell’acqua, pertanto quest’ultima è caduta ed ha sbattuto la testa procurandosi un’emorragia cerebrale. Non è stata fatta l’autopsia, nonostante il padre volesse farla, in quanto la sorella (parente più prossima della madre, in seguito alla separazione dal marito) si è rifiutata di farla eseguire. Oltre a ciò, sua sorella sarebbe implicata nella separazione dei genitori, poiché lei stessa avrebbe ammesso di aver fatto di tutto per spaccare la famiglia. In particolare, Rosaria descrive un presunto rituale effettuato dalla sorella e finalizzato a far separare i genitori: si è abbuffata di pane, marmellata e mascarpone, per poi rivomitare tutto facendo gesti osceni.

Rosaria racconta che in una foto da piccola, sua sorella ha mutato il volto ed ha assunto le fattezze della nonna materna, procurandole, in ac-

cordo con alcuni parenti, un tumore inestinguibile. Al momento non vede sua sorella da diversi anni.

Prima di morire la madre ha compreso che la stavano uccidendo, così è andata a trovarla in collegio per darle l'ultimo saluto: il 6 gennaio è andata a trovarla, il 14 è caduta perché non aveva l'insulina in corpo e il 17 muore. Il padre ha pianto molto per la morte della moglie, anche se erano già separati.

Anche la direttrice del collegio non era convinta che la morte di sua madre fosse stata accidentale e, pertanto, le ha fatto scrivere una lettera per scoprire come era morta. Tuttavia, avendola inviata a sua sorella non è riuscita a scoprire niente.

Ricordando ancora sua madre naturale, Rosaria spiega che nel tempo la sua malattia (il diabete) era peggiorata senza un vero motivo, in quanto lei faceva la cura regolarmente e conduceva una vita sana. In realtà, i medicinali venivano alterati da una "finta farmacista", che era in accordo con altre persone interessate a far morire sua madre.

Rosaria racconta che in alcuni momenti non assomiglia a nessuno della famiglia, ma cambia

volto. Ci sono diverse fotografie in cui è ritratta con una faccia diversa dalla sua. La prima volta (15 anni) in cui si è accorta di non avere più il suo volto è stato al matrimonio del padre con Assunta. Infatti, in una serie di fotografie lei si riconosce, ma in una in particolare ha assunto il volto di un cugino, nipote di Assunta (Saverio). In un primo momento ha pensato di avere le allucinazioni, ma poi ha potuto constatare che si trattava di una vera trasformazione. Infatti, parlandone con sua madre, ha potuto confermare il mutamento.

In più di un'occasione, Rosaria ha assunto anche le sembianze della madre di Assunta e ha avuto modo di vederla picchiare i suoi nipoti. Sempre “sua nonna”, la “sua assassina”, le avrebbe impedito, ottenendo il controllo di lei, di finire gli studi e le avrebbe procurato le allergie agli agenti di laboratorio (screpolature alle mani e alla bocca, rischio di cecità).

In particolare, lo sfogo allergico si manifestava in seguito ad un odore di gas, che nessuno riusciva a percepire. A suo dire, sempre a causa di sua nonna sarebbe stata bocciata due volte (V elementare, I magistrale). Sua nonna le avrebbe anche messo nella testa l'idea di sposare un suo

nipote, anche se erano parenti. Per possedere le menti delle persone, sua nonna era solita preparare delle pizze impastate con pipì, sangue rapreso delle mestruazioni, sperma (“quello che fuoriesce dall’uomo”), aglio, caffè,... Tutti erano invitati a consumare queste pizze compreso il padre, che non potendo mangiare il pomodoro, si faceva preparare una pizza bianca). Successivamente, suo padre ha cominciato a rifiutarsi di mangiare dalla madre di Assunta poiché ogni volta stava male.

Racconta nuovamente dei mutamenti delle fattezze del suo volto. Ribadisce che la prima volta è accaduto durante il matrimonio di Assunta con il padre, poiché si era rifiutata di appartarsi con Saverio (nipote di “sua nonna acquisita”). Rosaria aggiunge di avere avuto diversi pensieri “inculcati” da sua nonna. In particolare, il desiderio di sposare Saverio, dedito anch’egli alla pratica di rituali esoterici, e la paura di essere talmente tanto brutta da non potere riuscire a conquistarlo. In realtà, lei non avrebbe mai voluto sposare Saverio, sia per mancanza di amore, sia a causa del legame di consanguineità. Tuttavia, all’interno della famiglia di Assunta c’erano stati molti casi di parenti stretti uniti in

matrimonio, anzi questo tipo di legami era addirittura perseguito da sua madre.

Rosaria è convinta che a farle cambiare i lineamenti del volto sono stati Saverio e la nonna materna, attraverso la somministrazione di cibi stregati (pasta cruda, pizza,...). Inoltre, secondo Rosaria, Saverio e sua nonna non solo erano in accordo nella pratica dell'esoterismo, ma condividevano anche lo stesso letto.

In seguito al suo rifiuto, Saverio l'avrebbe maledetta, dicendole che non si sarebbe mai sposata e, anche grazie all'aiuto di sua nonna, avrebbe organizzato la morte del suo fidanzato Rosario. Entrambi, infatti, erano dediti alla programmazione e realizzazione di omicidi e finti incidenti stradali utilizzando modellini di auto, moto, aerei ...

La famiglia di Assunta si era trasferita a Parma, per tentare di farla litigare e separare dal padre di Rosaria, che era contrario ad un eventuale matrimonio di Rosaria con Saverio o con Francesco (un fratello di Assunta) e temeva che potessero "metterle in testa" l'idea di fare la "fuitina"). Per tale motivo, ha deciso di tornare in Sicilia, adducendo il motivo dei problemi ai polmoni. Tuttavia, nonostante il ritorno in Sicilia,

Francesco ha deciso di seguirli per poter circuire Rosaria. La finalità di Saverio e di Francesco era quella di riuscire a sposarla per poi eliminarla, dato che era troppo dedita alla preghiera e all'amore nei confronti di Dio.

Francesco si presenta a casa per circuire Rosaria e manifesta subito l'intenzione di toccare i cibi al fine di poterli stregare, ma il padre non l'ha mai permesso, in quanto riteneva Francesco indegno e temeva che l'avrebbe allontanata dalla sua famiglia.

Rosaria racconta di essere svenuta in più di un'occasione a causa della possessione da parte dei familiari di Assunta. In particolare, questa situazione è stata fronteggiata da Padre Stefano, che l'ha sottoposta ad un rituale specifico, durante il quale sembrava essere morta, finalizzato ad eliminare il "marcio che c'era in lei" e la possibilità di dire o di pensare di amare Saverio o Francesco.

Tutta la famiglia di Assunta era dedita alla pratica della magia nera e ai rituali esoterici. Anche la sorella di Assunta, Teresa, avrebbe abortito uccidendo due figli, con le radici di prezzemolo, sostenendo che "... se Dio ha reso l'amore così piacevole non è concepibile che incateni la

donna ad avere figli per forza”. La figlia di Teresa, Santina, ha sposato un vedovo, dopo aver procurato l'incidente in cui ha perso la vita sua moglie incinta.

Anche Teresa avrebbe voluto che Rosaria sposasse uno dei suoi figli, molto più piccolo di lei, ma in seguito al suo rifiuto l'ha minacciata e maledetta.

Rosaria afferma che gli 11 fratelli morti di Assunta, sono stati tutti uccisi dalla madre. In particolare, la primogenita è stata uccisa in modo molto cruento: le hanno tagliato un dito e lo hanno mangiato. Questa storia le è stata raccontata dalla cugina di Assunta, sua omonima, (in un primo momento identificata come una vicina che dichiarava di essere parente di suo padre pur non essendolo), dedita alle pratiche esoteriche e molto crudele. Inoltre, questa donna le avrebbe confessato di voler andare a Nola per impossessarsi della salma di San Paolino da Nola, un santo dedito alla pace e tolleranza, per farlo diventare servitore del male.

Rosaria racconta di aver pensato anche di uccidersi nel momento in cui ha ritenuto di non aver altra scelta che sposare o Saverio o Francesco. Per tale motivo, in accordo con tutta la

famiglia, sono andati via da Parma e sono rientrati in Sicilia.

Rosaria riferisce di essersi sentita sempre perseguitata dagli altri, come se questi le fossero contro anche senza motivo (per esempio, nei negozi e nei supermercati). Durante il ricovero le si formano delle vesciche ai piedi a causa delle scarpe, che si sono rotte, ma subito imputa questa sua situazione alla cattiveria di qualcuno dedito alle pratiche esoteriche.

Ci racconta di aver passato una notte insonne in quanto uno dei pazienti l'avrebbe presa in giro e provocata. Allo stesso tempo, avrebbe accusato un fastidio tremendo nelle parti intime (bruciore, prurito) che l'avrebbe costretta a togliersi le mutande e a grattarsi fino a "farsi uscire il sangue". Il paziente in questione l'avrebbe presa in giro anche a causa di questo fastidio ("Le parti a cui tu tieni tanto ora sei costretta a tenerle allo scoperto") e sulla morte del suo fidanzato ("che bello che aspettavi il tuo amore che è morto). Inoltre, sembrerebbe assomigliare ad un signore, che aveva in testa di fare "certe cose" ("succhiare il seno, leccare la parte,...") e che aveva provato a divertirsi con lei e con sua madre.

Rosaria racconta di essersi picchiata durante la notte a causa del fastidio insostenibile alle parti intime: “un prurito del diavolo, come la punta di un coltello, come se ci fosse un vermicciattolo che pizzica e ti dà un morso, con la mano cerco di alleviare ma appena tocco c’è bruciore, nemmeno l’acqua fredda riesce a fermare il prurito, poi si formano una specie di patelle dure, la sensazione è di avere al tatto un pezzo di ferro sotto la pelle”.

Ha cominciato ad avere questo fastidio dal ’99, inizialmente lei lo imputa al dolore per la morte del padre, ma poi dà un’altra spiegazione. Nell’83 avverte la sensazione di sentirsi leccare le parti intime per ore e ore di seguito. Per alleviare il fastidio riempiva una bacinella con soluzione salina e faceva degli impacchi. Il fastidio smetteva solo se riusciva ad addormentarsi oppure se una “pernacchietta” se lo portava via. La “pernacchietta” era generata dallo strisciare della lingua (Rosaria avverte la rasposità della lingua) ed è localizzata a livello dei genitali. Al momento in cui viene prodotta è in grado di fare “un palloncino davanti”, ovvero di far gonfiare tra le grandi e le piccole labbra, come una bolla d’aria. Rosaria riproduce una serie di mu-

goli, conseguenti al fastidio provato nel momento della “pernacchietta”.

Padre Stefano e anche Padre Alfio (un altro parroco che ora si è trasferito a Padova) gli hanno insegnato a pulire delle erbe per utilizzarle nella pulizia personale e le hanno suggerito di bere l'acqua benedetta e di indossare una medaglietta o un crocifisso. In seguito a questi rimedi il fastidio si è diradato.

Già da prima del ricovero, quando era a casa, si sentiva prima leccare i piedi e poi la zona dei genitali sia “davanti che dietro”.

La prima volta che ha avuto questi fastidi è stato nell'82: a Natale ha ospitato a casa la cugina di Assunta, sua omonima, che le ha fatto mangiare qualcosa di strano: “probabilmente, dopo averla uccisa, ha cucinato la sua cagnetta, in modo tale da trasformarmi in un cagnolino ubbidiente”. Dopo 20 giorni da questo episodio sono cominciati i fastidi, prima il braccio e poi le altre parti del corpo. Dal '82 al '98 questi fastidi sono continuati e lei riusciva a porvi rimedio utilizzando acqua, alcool, sapone e uno spicchio d'aglio (per scacciare il diavolo). Si verificavano più o meno ogni 3 mesi. Dal '98 non ci sono state tregue, anche tutti i giorni con

un'interruzione di poche ore.

Rosaria riferisce anche di episodi strani accaduti durante le mestruazioni: “il sangue usciva molto raggrumato come se fossero pezzi di carne, con striature, come bistecche arrostate”. Lei sostiene che questi “pezzi di carne” potrebbero essere i residui di qualcosa che le è stato fatto mangiare, in modo tale da costringerla a sposare Saverio o Francesco e a “leccare” tutta la famiglia.

Secondo Rosaria, la lingua che le provoca fastidio, appartiene al diavolo, che è stato incaricato di farle del male dai parenti di Assunta. Ha potuto vedere “la testa di Francesco che usciva dalle sue parti intime”. Inoltre, in seguito ai trattamenti effettuati da Padre Stefano, hanno cominciato a “fuoriuscire delle figure intere”, che la prendevano in giro: “tu ti vuoi conservare pura per Dio e per il tuo amore, ma in realtà con il diavolo fai e strafai di tutto”. In particolare, queste figure rappresentavano Francesco e sua madre (la nonna di Rosaria) che andavano a letto insieme e Saverio.

Rosaria riferisce che la nonna, “da dentro di lei”, andava a letto con il figlio, procurandoli quei fastidi (“a volte cambiavano anche; le mie compagne del collegio lo chiamavano 69 per

indicare le persone che si giravano facendo sesso”).

Ai tempi della scuola ancora non aveva avuto questi fastidi, ma a volte aveva dei pensieri, “inculcati nella sua mente dai parenti di Assunta”, attraverso cui poteva vedere le scene che poi avrebbe vissuto.

Prima di accusare fastidio nelle parti intime, le era capitato di svenire. Per tale motivo, si era rivolta a Padre Alfio (il prete che ha celebrato il matrimonio di Assunta con suo padre), che l’aveva aiutata praticando un esorcismo.

Anche suo padre era a conoscenza di questo fastidio, ma lo considerava come finalizzato solo a scandalizzarla, pertanto le consigliava di raccomandarsi a Dio.

Sei anni prima, nel momento in cui Saverio e Francesco fuoriuscivano da lei, la sua pelle era diventata di colore verde. Assunta l’aveva fotografata, ma il suo aspetto era talmente orribile che era stata costretta a strappare le foto.

Rosaria racconta di aver visto fuoriuscire da lei anche altre persone che le è capitato di incontrare nella sua vita.

A volte Rosaria ripensa alla sua madre naturale

e la descrive come generosa e disponibile, ma riferisce di essersi spesso comportata male con lei, poiché le stesse persone che l'hanno perseguitata per tutta la vita, avevano già cominciato ad entrarle nella mente per farle fare ciò che volevano loro. Rosaria imputa questo suo comportamento anche all'influenza della cugina di Assunta, sua omonima, che spesso si recava a casa sua e lasciava delle ciambelline molto dure, probabilmente impastate con polvere di pietra macinata, che facevano litigare i suoi genitori e rendevano lei maleducata. Nel caso di sua sorella il sortilegio era riuscito meglio, in quanto era diventata una vera alleata dei loro nemici. Anche sua madre aveva scoppi d'ira ed è addirittura capitato che l'abbia minacciata con un coltello. I litigi con il marito erano forti (si alzavano le mani, si facevano gli occhi neri, si lanciavano le sedie,...), tanto che Rosaria ricorda di aver pianto spesso e di averli supplicati di smettere e si scatenavano per delle sciocchezze.

Rosaria sostiene che i suoi genitori erano molto uniti e sarebbero rimasti insieme, se non fossero stati manipolati. E' convinta che tutti tramavano contro sua madre e suo padre, anche perché quest'ultimo aveva rifiutato il matrimonio

con la farmacista del paese che si dedicava alla pratica dell'esoterismo.

Rosaria ci racconta alcuni dei suoi sogni: sua madre che si ingrandiva e diventava gigantesca; sua madre che piangeva vestita di nero con indosso anche un velo nero; sua madre che le va incontro per avvertirla che molti dei suoi parenti tramano contro di lei; sua madre con un occhio nero e sua madre che le confida di non essere morta in modo naturale ma di essere stata assassinata.

E' possibile che questi contenuti onirici siano profondamente radicate nell'inconscio di Rosaria, motivo per cui ci parlano con la stessa profondità degli archetipi descritti da Jung (1982, 2001).

Capitolo IV

Valutazione psicodiagnostica e riflessioni emerse

4.1. L'utilizzo diagnostico del Rorschach Concordato

Per effettuare un buon *assessment* è stato di fondamentale importanza procedere attraverso una valutazione psicodiagnostica (Scafidi Fonti, 2013), che potesse offrire dei contenuti interessanti, al fine di comprendere meglio le dinamiche interne alla coppia patologica. Nel nostro caso è stato utile poter somministrare il Rorschach Concordato (RoCon); esso determina una situazione di reale relazione affettiva e cooperativa tra i partecipanti e delinea un'area ben specifica per la strutturazione del colloquio clinico.

Si tratta, infatti, di uno strumento, che consente di provocare l'interazione, permettendo lo studio inferenziale su tutta la complessa dinamica relazionale della coppia (Willi, 1978). In effetti, permette lo studio della personalità dell'interazione, cioè la totalità delle proprietà dei pro-

cessi psichici di un individuo che si manifestano nell'essere insieme con il partner (Passi Tognazzo, 1994). Esso è in grado di quantificare dati riguardanti il comportamento manifesto dei partner attraverso la correlazione tra le variabili di comportamento (per es. la dinamica di rango, il grado di cooperazione e lo stile di relazione affettiva al partner; vedi Tabella 3) e permette anche di comprendere in quale misura la struttura dei bisogni del soggetto provoca il comportamento attuale, nella relazione con il partner.

Tuttavia, nell'elaborazione del Rorschach, l'atto interpretativo messo in atto di fronte alle tavole, è un processo di costruzione di realtà che attinge dall'esperienza personale, e permette di dare forma e senso alla macchie di inchiostro poste di fronte al soggetto (Rorschach, 1981; Rapaport, Merton, Schafer, 1985). In relazione all'utilizzo del Rorschach ai fini diagnostici e valutativi, tale test si basa su un principio di "omomorfismo" postulato da Willi (1978), secondo cui la buona qualità delle risposte è legata all'aderenza rappresentativa delle immagini della tavola alla realtà. Si rimanda al manuale di Willi citato in bibliografia per l'approfondimento del-

la metodologia di somministrazione e l'analisi del test.

Tabella 3. Le variabili del comportamento osservate e descritte da Willi nel Rorschach Concordato.

<i>Variabili della dinamica di rango</i>	<i>Variabili dello stile di relazione affettiva</i>	<i>La cooperazione</i>
<p>Danno informazioni sulla misura dell'impegno personale di ognuno dei probandi e altresì dei rapporti di dominanza:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>tenere la tavola</i> - <i>numero delle proposte</i> - <i>penetranza</i> - <i>decisione</i> 	<p>Servono per rivela la struttura affettiva o sociometrica della coppia e del gruppo</p>	<p>Corrisponde alla capacità di superare il compito insieme, si mostra soprattutto nel fatto che i partners possono giungere ad una soluzione comune.</p> <p>Quando questo non avviene parliamo di rifiuto.</p>

In altre parole, il buon prodotto nelle interpretazioni corrisponde ad un adeguamento funzionale che si stabilisce tra l'interpretazione del soggetto e la sua aderenza come rappresenta-

zione iconica della realtà statisticamente determinata. In base a tale principio, si può osservare come più l'interpretazione è aderente, ovvero corrispondente al senso comune o ad una buona ricostruzione identificativa di un oggetto, di un animale, una figura, ecc., più essa è condivisa (Passi Tognazzo, 1994).

Nel nostro caso, dato che Assunta è non vedente, abbiamo provveduto alla somministrazione del Rorschach Concordato solo a Rosaria.

E' tuttavia interessante notare come la somministrazione del test sia stata particolarmente difficile e lunga, in quanto la paziente, Rosaria, non riusciva a dare delle risposte alle tavole senza scivolare nel delirio. Pertanto, dall'analisi del protocollo emerge un esame di realtà fortemente disturbato e confabulato, in base a proprie congetture, idee e pensieri pervasivi. Non c'è separazione, né solo percezione di questa, tra mondo esterno e mondo interno. In particolare, quest'ultimo, viene proiettato fuori con forza e resistenza.

Oltre a tutto, nel nostro lavoro, il Rorschach Concordato si è particolarmente dimostrato efficace nella differenziazione di questa follia a due, evidenziando come le tavole del test ab-

biano richiamato alla mente di Rosaria delle immagini ancestrali e di forte impatto emotivo. In particolare, in tutte le tavole si è registrata la presenza di contenuti mistici-religiosi, attraverso la rappresentazione di angeli e demoni, impegnati nella lotta per la supremazia. Questo fatto sottolinea come la follia a due porti alla costruzione di una “mente comune” o “condivisa”, in cui è possibile rintracciare anche immagini archetipiche condivise, poiché il sé dell’una compenetra il sé dell’altra e si espande insieme ad esso.

4.2. Considerazioni cliniche e conclusioni

Nell’ultimo colloquio abbiamo avuto la possibilità di dare ed avere una restituzione da Rosaria e Assunta. Quest’ultima ci ha ringraziato per averla ascoltata, per aver acconsentito a riportarla a casa ed ha accettato il nostro aiuto e il nostro monitoraggio anche in futuro.

Rosaria ha fatto molto di più. Ci ha confidato di non credere più che il mondo sia così cattivo e che tutte le persone possano essere coinvolte in una congiura contro di lei. Oltre al ricovero,

come abbiamo visto nei capitoli precedenti, la combinazione di farmaci e psicoterapia (supporto individuale), infatti, le ha consentito di vedere che esiste anche “altro” e che ci sono anche “persone buone a cui interessa far del bene, che aiutano gli altri e lo fanno con piacere”.

Effettivamente, lei ha sentito di fidarsi ed ha aperto la porta della sua casa e del suo mondo all'esterno.

Di sua iniziativa ha ripreso alcuni episodi della sua vita a cui ha voluto dare un'interpretazione differente. Per esempio, ci racconta di essere entrata una volta in chiesa e di essere subito fuggita in quanto convinta che il prete la stesse guardando male. Ora, riflettendoci meglio, è arrivata a credere che “forse quella persona non si stava rivolgendo a nessuno, ma se ne stava tranquillamente per i fatti suoi”.

All'inizio Assunta e Rosaria non hanno avuto nessuna possibilità di scelta e sono state obbligate ad aprirci il loro mondo e a farci entrare, ma in seguito ci hanno accolto e si sono messe in discussione, perché è importante ricordare che in qualsiasi relazione d'aiuto non siamo solo noi ad accogliere.

Concludendo, ringraziamo queste pazienti, che offrendoci la possibilità di studiare un disturbo così raro e affascinante, come la follia a due, hanno ampliato la nostra conoscenza ed esperienza professionale, consentendoci di riflettere anche sull'importanza che riveste la diversità e la peculiarità di ciascuno individuo.

Bibliografia

American Psychiatric Association (2000), *DSM-IV-TR, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*, Edizione Italiana, Masson, Milano.

American Psychiatric Association (2013), , *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM V*, Fifth Edition Edizione Italiana, Masson, Milano.

Arieti S. (1974), *Psichiatria e oltre*, Feltrinelli, Milano.

Armezzani M. (2002), *L'indagine della personalità*, Carocci Editore, Roma.

Arnone D., Patel A., and Tan G. MY. (2006), The nosological significance of Folie à Deux: a review of the literature, *Ann Gen Psychiatry*, 5:11.

Auxéméry Y. (2012), La folie contagieuse: Étude de différentes entités et de leurs conditions d'apparition, *Annales Médico-Psychologiques*, 170: 527-532.

Babini V. P. (a cura di) (1992), *Folie à deux*, Métis, Chieti.

Babini V. P. (1994), La folie à deux di Lasègue e Falret, *Psicoterapia e Scienze Umane*, 3.

Bentall R. (2015), *Delusions and other irrational beliefs*, International Pathways of Psychiatry (XVIII ED): Psychotherapy, Psychopharmacotherapy, Integrated Treatments, Rome, November 19-21, 2015, Key-note Lecture.

Cassano G. B. et al. (1994), *Trattato italiano di psi*

chiatria, Masson, Milano.

Christensen RC, Ramos E. (2011), The social and treatment consequences of a shared delusional disorder in a homeless family, *Innov Clin Neurosci*. 8(4):42.

Cuoco V., Colletti C., Anastasia A., Weisz F., Bersani G. (2015), Un caso di disturbo psicotico condiviso (*folie à deux*) con aspetti di originalità connessi a elementi di natura transculturale, *Rivista di Psichiatria*, 50(1):43-46.

Daverio A. (2016), Delirare, ma non da soli: psicopatologia e prospettive culturali della follia a due, isteria di massa e deliri culturali, *Psichiatria e Psicoterapia Culturale*, Vol. IV, n. 1, Dicembre 2016.

Dewhurst K., Todd J. (1956). The psychosis of a association; folie á deux, *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 124:451–9.

Du Saulle L. (1871), *Délire des persécutions*, Ed. Plon, Paris.

Esquirol E. D., Delle passioni (1805), a cura di M. Galzigna, *La malattia morale. Alle origini della psichiatria moderna*, Marsilio, Venezia 1992, p. 141 e p. 73.

Faivre T. (2011), Un curieux cas de somnambulisme “extreme”, *Medecine du Sommeil*; 8: 173-176.

Gabbard G. O., (2005), *Introduzione alla psicoterapia psicodinamica*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Gollièron E. (1995), *Il primo colloquio in psicoterapia*, Borla, Roma.

Gollièron E. (1997), *Trattamento di psicoterapie brevi*, Borla, Roma.

- Gauchet M. (1994), *L'inconscio cerebrale*, Il Nuovo Melangolo, Genova.
- Gralnick A. (1942), Folie a deux: the psychosis of association, *Psychiatr Q*, 16: 230-63.
- Janca S. (2006), Mass hysteria revisited. Current Opinion in *Psychiatry*. 19(2): 171- 174.
- Jolfaei A.G., Isfahani M.N., Bidaki R. (2011), Folie a deux and delusional disorder by proxy in a family. *J Res Med Sci*, 16: 453-5.
- Jung C. G. (1982), *Gli archetipi dell'inconscio collettivo*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Jung C. G. (2001), *Ricordi, sogni, riflessioni*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Lasègue C., Falret J. (1877), La folie à deux ou folie communiquée, *Archives générales de Médecine*.
- Lew-Starowicz M. (2012), Shared psychotic disorder with sexual delusions, *Arch Sex Behav*.
- Marini A. (2012), *Bed Time*, Mondadori, Milano.
- Mastronardi V., Ricci S., Lucchini M., Pomilla A. (2012), Delirio omicidiario condiviso nelle coppie di serial killer, *Rivista di Criminologia, Vittimologia e Sicurezza*, 4, 3.
- Mergui J, Jaworowski S, Greenberg D, Lerner V. (2010), Shared obsessivecompulsive disorder: broadening the concept of shared psychotic disorder, *Aust N Z J Psychiatry*, 44: 859-62.
- Mouchet-Mages S., Gourevitch R., Loo H. (2008), Folie à deux: update of an old concept regarding two cases, *L'Encephale*.
- Minkowski E. (1966), *Traité de psychopathologie*, Presses Universitaires de France, Paris.



Finito di stampare nel 2020
Presso la Arduino Sacco Editore

Proprietà letteraria riservata
© 2020 **Arduino Sacco Editore**

Prima edizione 2020
www.arduinossaccoeditore.com - arduinossacco@virgilio.it