

Approcci cognitivi al delirio

Marianna Pacciolla

Riassunto

Negli ultimi anni il delirio è stato oggetto di attenzione da parte della psicopatologia cognitiva. Partendo dalla definizione del delirio nella tassonomia ortodossa dei disturbi mentali, tale lavoro si propone di identificare le recenti spiegazioni cognitive di esso. Si è posta particolare attenzione ai due approcci principali che si contendono la spiegazione cognitiva del delirio: l'approccio *empirista* (o *bottom-up*), che considera il delirio una risposta razionale ad un'esperienza anomala e l'approccio razionalista che lo interpreta come un disturbo *top-down* che interessa una o più credenze del soggetto delirante che possono, in un secondo momento, influenzare le sue esperienze e le sue azioni.

Summary

In the past few years, cognitive psychopathology has given much attention to delusion. Such effort attempts to identify recent cognitive explanation of delusion starting from its definition according to the traditional taxonomy of mental disorders. Particular attention is given to the two principal approaches which compete to give a cognitive explanation of delusion: the empirical approach (*bottom-up*) and the rationalist approach. The first approach considers delusion as a rational response to an anomalous experience, while the second one interprets delusion as a *top-down* disorder which concerns one or more beliefs of a person in delusion which may subsequently influence his/her experience and behaviour.

Introduzione

Il presente lavoro ha come tema la definizione del delirio nella tassonomia ortodossa dei disturbi mentali e le recenti spiegazioni cognitive di esso.

Il DSM-IV-TR (2000, pag. 327) definisce i deliri come false credenze fortemente radicate, “*convinzioni erronee che di solito comportano un'interpretazione non corretta di percezioni o esperienze.*”

Il loro contenuto può includere una varietà di temi (per esempio, di persecuzione, di riferimento, somatici, religiosi o di grandiosità)”.

Sebbene differenziare un delirio da una credenza profondamente radicata sia spesso difficile, ciò che sembra definire il delirio nel DSM-IV-TR è che “*la credenza viene mantenuta nonostante l’evidenza di prove contrarie riguardo la sua veridicità*”.

La definizione di *delusion* del DSM-IV-TR è dunque costituita da quattro affermazioni fondamentali: il delirio è una falsa credenza, deriva da un’inferenza scorretta sulla realtà, è sostenuto fermamente nonostante l’evidenza contraria, non è condiviso (è, quindi, soggettivo).

A tale definizione, si aggiungono tre criteri diagnostici che stabiliscono quando una credenza debba considerarsi delirante: l’assoluta certezza soggettiva, l’incorreggibilità / l’assenza d’influenzabilità e l’impossibilità o falsità del contenuto (Jaspers, 1959, pag. 100).

Il concetto di delirio che emerge dall’approccio criteriale del DSM-IV-TR appare complessivamente poco chiaro ed è stato sottoposto a dura critica.

Nel presente lavoro tratteremo i due approcci cognitivi principali che spiegano il delirio (Campbell 2001): l’approccio empirista (o *bottom-up*), che considera il delirio come una risposta razionale ad un’esperienza anomala e disturbante e l’approccio razionalista che lo interpreta come un disturbo *top-down* che interessa una o più credenze del soggetto delirante, che possono, in un secondo momento, influenzare le sue esperienze e le sue azioni.

Secondo Perris e McGorry (2000) in entrambi gli approcci i processi di pensiero implicati nelle credenze deliranti sono simili ai processi di pensiero “normali” e si differenziano solo per ciò che riguarda il grado di resistenza al cambiamento da parte di prove ed eventi contrari.

Definizione e contenuto del delirio

Jaspers (1959) definisce il delirio “*il fenomeno fondamentale della pazzia*”, non suscettibile ad una spiegazione razionale, bensì originato da un danno organico.

Il termine deriva dal latino *delirium* (*de*: fuori, *lira*: solco tracciato dall’aratro), ma la terminologia psichiatrica anglosassone identifica con esso due fenomeni: il delirio confuso (*delirium*), conseguente a traumi cerebrali, malattie infettive o stati di avvelenamento e il delirio propriamente detto (*delusion*), cosiddetto “lucido”.

Il delirio lucido è sintomo di molte condizioni cliniche di natura psichiatrica, neurologica, metabolica ed endocrina. E’ il sintomo chiave per identificare la presenza di un disturbo psicotico ed è centrale nella diagnosi di Schizofrenia.

L’idea che il delirio sia una credenza, una convinzione errata personale e soggettiva, è implicita nella psichiatria. Fowler, Garety e Kuipers (1995), così come Perris e McGorry (2000), ritengono che alcuni contenuti dei deliri riportati dai pazienti non si discostano molto da opinioni diffuse fra la popolazione

“normale”. Essi sostengono che le credenze deliranti potrebbero derivare da tentativi di dare senso alle proprie esperienze ed alla propria vita e sarebbero mantenute e rafforzate da processi cognitivi “normali” come quelli, ad esempio, che si hanno nelle profezie che si autoavverano. Secondo questi autori, i pazienti deliranti, in modo analogo ai soggetti sani, possono andare incontro a errori di giudizio e di ragionamento che danno origine a credenze ben radicate, anche se prive di supporto razionale.

Tuttavia, l’idea che il delirio sia una credenza non è universalmente accettata.

Ad esempio, Berrios (1991) interpreta i deliri come atti linguistici vuoti; Sass (1994) sostiene che i pazienti deliranti producano enunciati su un mondo solipsistico e non intendano le proprie credenze in senso letterale; Stephens e Graham (2004) considerano le *delusions* degli atteggiamenti, caratterizzati da mancanza di consapevolezza e gestione di sé.

DELIRIO	CONTENUTO DEL DELIRIO
Capgras delusion o illusione dei sosia	Il mio coniuge è stato rimpiazzato da un impostore
Cotard delusion o delirio di negazione	Sono morto. Ho perso il cuore, il cervello
Fregoli delusion	Sono inseguito da persone che conosco, ma che sono travestite o che hanno intenzionalmente modificato i loro connotati
Delusion of mirrored-self misidentification	La persona che vedo nello specchio non sono io
Delusion of reduplicative paramnesia	Una persona che sapevo morta è oggi qui nella corsia dell’ospedale
Delusion in patient suffering from unilateral neglect	Questo braccio non è mio, ma tuo; tu hai tre braccia
Delusion of alien control and of thought insertion	Qualcuno o qualcosa controlla le mie azioni ed i miei pensieri e inserisce i pensieri nella mia testa
Delirio di persecuzione: Nocumento Veneficio Riferimento Influenzamento Rivendicazione o querela	L’ambiente è ostile Sono osteggiato e danneggiato Mi hanno avvelenato Azioni o eventi esterni sono diretti a me Sono controllato dall’esterno Le azioni legali contro i miei persecutori devono dare giustizia ai miei diritti
Deliri megalomani: Delirio di grandezza Delirio erotomanico Delirio di potenza Delirio inventorio	Sono ricco e potente. Ho doti particolari. Posso tutto Sono desiderato sessualmente da tutti Sono famoso. Ho poteri particolari Sono stato io ad inventare o scoprire quella certa cosa

<p>Deliri depressivi:</p> <p>Delirio di colpa o di autoaccusa</p> <p>Delirio di rovina (spesso esita nel suicidio “salvifico” o “allargato”)</p>	<p>Ho commesso atti riprovevoli e cattivi per i quali non solo io, ma anche i miei cari e il mondo intero saremo puniti. Non è possibile rimediare</p> <p>Sono diventato povero, ho perso tutto, ho perso la casa</p>
Delirio somatico	Il mio corpo o parti di esso si sono modificati, sono difettosi o malati
Delirio di gelosia / infedeltà	Il mio partner mi tradisce
Delirio mistico	Sono, esperisco, m’identifico nella divinità
Delirio di possesso	Sono posseduto dal demonio

Tabella 1 Principali tipologie di delirio

Approcci cognitivi al deliri

Recentemente il delirio è stato oggetto di studio da parte della psicopatologia cognitiva e la spiegazione della formazione del delirio è stato affidata, in ambito cognitivo, a due approcci contrastanti: quello empirista e quello razionalista.

L’approccio empirista al delirio

I sostenitori dell’approccio empirista, rifacendosi a Maher, concepiscono il delirio monotematico (limitato, cioè, a temi estremamente specifici) come una risposta in larga misura razionale a esperienze insolite derivanti principalmente da deficit del sistema sensoriale (Campbell 2001). Pertanto, i pazienti deliranti non sono considerati irrazionali, bensì alla ricerca di una spiegazione razionale, di un “senso”, alle loro percezioni anomale, talvolta causate da stati confusionali, anche su base organica.

Secondo la versione bifattoriale dell’approccio empirista, invece, i deliri monotematici sono costituiti da un’esperienza insolita unitamente ad un bias cognitivo o a qualche altro tipo di deficit (Davies e Coltheart 2000; Davies et al. 2001).

Le teorie empiriste dei deliri monotematici sostengono le seguenti tre tesi:

- Tesi dell’eziologia dal basso (*bottom-up*): la causa prossimale della credenza delirante è un’esperienza estremamente insolita.
- Tesi della razionalità: la credenza delirante è una risposta in larga misura razionale all’esperienza insolita del paziente.
- Tesi della preservazione del significato: i termini utilizzati dal soggetto delirante per esprimere la credenza delirante conservano il loro significato usuale.

Tuttavia, la spiegazione del deficit percettivo appare incompleta se ci si chiede per quale ragione i pazienti deliranti arrivino a darsi una spiegazione inverosimile delle loro esperienze, senza interrogarsi prima sul perché le loro esperienze siano bizzarre.

Per rispondere a questa domanda, Stone e Young ipotizzano che, oltre alla presenza di un deficit percettivo, ci siano nei soggetti deliranti dei fattori motivazionali ed un *bias* del ragionamento che spiegherebbe l'“erronea” interpretazione dell'esperienza percettiva anomala. Tra i *biases* dei pazienti deliranti si annovererebbero il *jump to conclusion* e il *bias* dello stile attributivo esterno per eventi negativi.

Pur allontanandosi dall'idea di Maher secondo cui non vi sarebbe alcuna netta distinzione tra credenze “normali” e credenze deliranti, la tesi di Stone e Young appartiene comunque all'empirismo in quanto gli autori identificano la presenza di *bias* e non di *deficit* pervasivi del ragionamento.

Il delirio di Capgras (Il mio coniuge è stato rimpiazzato da un impostore), in particolare, è considerato il risultato di due ordini di fattori: esperienze sensoriali e percettive anomale risultate da danni cerebrali ed un'interpretazione erronea di tali esperienze, dovuta ai *biases* su citati.

In sintesi, le versioni monofattoriali dell'empirismo sostengono che le uniche compromissioni sofferte dai pazienti deliranti sono di natura percettiva: i loro processi di fissazione delle credenze operano normalmente.

Le teorie bifattoriali dell'empirismo, invece, ritengono che i pazienti deliranti hanno processi di fissazione di credenze anormali, oltre a processi percettivi insoliti.

Di seguito, proponiamo la spiegazione empirista ad uno dei deliri più discussi in ambito cognitivo, il delirio di Capgras o illusione dei sosia, così chiamato in onore di Joseph Capgras, che per primo ne descrisse un caso.

Secondo il modello di Ellis e Young (1990) il riconoscimento dei volti implica:

- una direzione visuo-semantiche che costruisce un'immagine visiva che codifica informazioni semantiche relative alle caratteristiche facciali;
- una direzione visuo-emozionale che produce una specifica risposta emozionale nei confronti di volti familiari.

Il soggetto con delirio di Capgras riconosce le sembianze del coniuge (via visuo-semantiche intatta), ma percepisce una sensazione di non familiarità (via emozionale danneggiata) che spiegherebbe la credenza del paziente secondo cui il coniuge è stato rimpiazzato da un impostore. L'esperienza insolita, secondo questo approccio, produce una risposta in larga misura razionale con un utilizzo di termini che conservano il loro significato usuale.

Dunque, il Delirio di Capgras sarebbe causato da una menomazione della componente visuo-emozionale (a differenza della prosopagnosia, in cui ci sarebbe una lesione della componente visuo-semantiche) e ciò spiegherebbe perché i pazienti Capgras riconoscono il volto, ma non associano ad essi una risposta emotiva di familiarità.

Secondo questo modello descritto, denominato “dell’adesione”, l’adozione della credenza delirante richiede l’adesione completa al contenuto della percezione delirante.

Secondo una visione esplicativista del modello a due componenti, invece, il contenuto dell’esperienza del paziente Capgras potrebbe essere meno ricco e non avere affatto attinenza col coniuge: il paziente adotterebbe la credenza delirante con lo scopo di spiegare perché vive questa strana sensazione che, in modo contingente, viene associata all’osservazione della moglie (inferenza abduittiva: il paziente penserebbe: “*la ragione per cui vivo questa strana esperienza ogni volta che guardo questa persona è perché è un impostore*”).

Nella misura in cui la credenza delirante è sostenuta dalle esperienze della persona (direttamente, secondo il modello dell’adesione; tramite inferenza abduittiva, secondo il modello esplicativista) è possibile conservare un’interpretazione letterale delle sue parole. Il soggetto delirante, cioè, utilizza termini che conservano il loro significato solito per esprimere la credenza delirante (tesi della conservazione del significato).

Sia il modello dell’adesione, sia quello esplicativista sono compatibili tanto con le spiegazioni monofattoriali, quanto con quelle bifattoriali dell’approccio empirista al delirio.

L’approccio razionalista al delirio

Diversamente dagli empiristi, i razionalisti non ritengono che i deliri abbiano origine da anomalie sensoriali o che questo sia sufficiente per spiegarli.

Essi sostengono che il delirio sia un disturbo delle credenze e che le credenze influenzino non solo l’interpretazione dei dati disponibili, ma anche la ricerca dell’informazione ed il modo in cui essa viene percepita.

Garety e Hemsley (1994) propongono un modello multifattoriale della formazione dei deliri, in cui i biases del ragionamento (in particolare *jump to conclusion style*) giocano un ruolo decisivo. Gli autori non parlano, tuttavia, di un *deficit* totale, bensì di *bias* cognitivo.

Dai risultati sperimentali ottenuti sul ragionamento probabilistico nei pazienti deliranti, gli autori sostengono che le persone con delirio abbandonano più velocemente ipotesi esistenti per formarsene di nuove, ma basandosi su un’evidenza minima. I giudizi dei pazienti deliranti appaiono, dunque, rapidi e troppo sicuri rispetto a quelli dei soggetti non deliranti.

Diversamente da Maher, Bentall considera che spesso i deliri (principalmente quello persecutorio) si presentino in assenza di esperienze sensoriali anomale. Per tale ragione, l’autore considera inappropriato l’approccio di Maher e “obbligatorio” il ricorso a *biases* cognitivi per spiegare i deliri.

Bentall e colleghi (1994) ritengono che i *biases* coinvolti nel delirio riguardano lo stile attributivo, connesso alla salvaguardia dell’autostima, e il *jump to conclusions bias*. I loro esperimenti, infatti, suggeriscono che il delirio di persecuzione sia il frutto di un *bias* attributivo, il *self-serving bias*, per il

quale i pazienti deliranti tenderebbero, al contrario dei depressi, ad incolpare altre persone degli eventi negativi ed a prendersi il merito degli eventi positivi. Questo *bias* servirebbe chiaramente al mantenimento dell'autostima.

Tra i teorici razionalisti, John Campbell (2001) introduce, oltre alla tesi eziologica *top-down* del delirio, due tesi principali sulla natura epistemica e semantica dei deliri.

Secondo la tesi sulla natura epistemica dei deliri, essi sono, per i pazienti, proposizioni che fungono da sfondo (*framework proposition*) e che non sono sottoposti a critica. La proposizione “*La mia sposa è stata sostituita da un sosia*” ha la stessa natura di proposizioni come “*Ci sono molti oggetti nel mondo*”, che sembrano essere immuni ad un normale esame empirico. Le credenze espresse da queste proposizioni, infatti, non sono normali credenze fattuali, ma fungono da “sfondo”, in base al quale è possibile un'indagine sulla verità o falsità. Il delirio, quindi, funzionerebbe per il paziente come una proposizione che fa da “sfondo” e che, quindi, non viene messa in discussione.

Secondo la teoria semantica, i pazienti deliranti attribuiscono dei significati ai termini che utilizzano diversi e incommensurabili da quelli precedenti al delirio.

Campbell ritiene, inoltre, che nei pazienti deliranti non sia compromessa l'intera capacità di ragionamento, ma una o più credenze singole che vengono “alterate” non per un processo inferenziale, bensì per un danno o malfunzionamento organico. In questo caso, Campbell ritiene che non è necessario che la revisione di una singola credenza implichi la revisione delle credenze ad essa collegate. Quindi, sarà la singola credenza ad essere rivisitata, lasciando intatte tutte le altre.

Critiche alla teoria empirista

Una prima critica avanzata alle teorie empiriste riguarda la non generalizzabilità della teoria stessa oltre una gamma circoscritta di deliri monotematici.

Gli empiristi rispondono a questa critica sottolineando che la varietà dei deliri che tentano di spiegare è effettivamente ristretta e che essi si riferiscono esclusivamente a deliri specifici, come il delirio di Capgras.

A tal proposito, Campbell (2001) sostiene che l'approccio empirista non possa fornire una spiegazione soddisfacente neanche del delirio di Capgras.

L'autore, infatti, rifiuta le tre tesi alla base delle teorie empiriste; ritiene che i deliri monotematici non siano risposte in larga misura razionali ad esperienze insolite e che i termini coi quali il paziente esprime la propria credenza non conservino il loro significato usuale.

Rispetto alla tesi dell'eziologia dal basso, Campbell, a proposito del delirio di Capgras, afferma che la mancanza di emozioni di familiarità quando si percepisce un volto non equivale di per sé al possesso della percezione di un contenuto particolare, tanto meno il contenuto “*che il coniuge percepito non è quello ricordato*”.

L'autore sostiene, invece, che in un simile contenuto ci sia un processo che egli chiama "caricamento dall'alto" (*top-down loading*), ossia un processo attraverso cui lo stato percettivo eredita il contenuto dalla credenza. E' evidente che secondo tale teoria, l'empirista non potrebbe ricorrere al contenuto degli stati percettivi del paziente per spiegare perché quest'ultimo si formi la credenza delirante.

Nel rispondere alla critica di Campbell circa la mancanza di emozioni di familiarità nella percezione del coniuge, Pacherie e Bayne (2005) sottolineano che i pazienti Capgras non mancano semplicemente di esperire l'emozione di familiarità quando vedono la persona a cui sono legati affettivamente, piuttosto il normale sentimento di familiarità è stato sostituito da una sensazione fastidiosa di non familiarità ed estraniamento. Gli autori ritengono, altresì, che il paziente Capgras (diversamente da quello affetto da acromatopsia cerebrale) non riesce a dire precisamente cosa sia mutato nella sua esperienza, pur rendendosi conto che qualcosa sia cambiato, e utilizza questo cambiamento proprio per giustificare le sue credenze deliranti.

Riprendendo Young e Leafhead, ciò accade, secondo Pacherie e Bayne, anche nei pazienti affetti dalla Sindrome di Cotard (Sono morto. Ho perso il cuore, il cervello). Secondo gli autori: "Ciò che i pazienti spesso forniscono come prova della loro inesistenza o morte è che non hanno sentimenti appropriati".

Campbell ritiene, inoltre, che gli empiristi non colgano il nesso costitutivo tra razionalità e significato. Egli sostiene che l'uso di un termine o concetto nel ragionamento deve, sistematicamente, dipendere dal significato associato. Dunque, se l'uso che si fa di un termine nel ragionamento è sufficientemente diverso dall'uso canonico di questo termine, diviene opinabile, per Campbell, che se ne colga il significato. Questo sarebbe il motivo, secondo Campbell, per cui il paziente delirante non è capace di comprendere il significato delle parole che utilizza.

Secondo l'autore, non è razionale, infatti, formarsi la convinzione "*questa donna percepita non è quella donna ricordata*" a partire dall'esperienza, in quanto quando il soggetto passa dall'esperienza alla credenza dovrebbe prendere in considerazione anche le sue altre credenze ed esperienze passate, dovrebbe, cioè, verificare il giudizio secondo metodi canonici.

A tal riguardo, Pacherie e Bayne sostengono che il paziente delirante verifichi, diversamente da come sostiene Campbell, il proprio giudizio in vari modi. Il paziente Capgras, ad esempio, verifica che la persona che percepisce non è sua moglie, controllando se il sentimento di non familiarità persiste nel tempo. Il carattere ricorrente di "non familiarità" può essere considerato dal paziente Capgras una prova della correttezza del suo giudizio.

Pacherie e Bayne disapprovano anche la posizione di Campbell rispetto alla quale i pazienti Capgras non utilizzano i metodi canonici di verifica dei giudizi perché privi della competenza inferenziale necessaria. Secondo gli autori i pazienti deliranti potrebbero avere la competenza richiesta, ma non essere disposti ad impiegarla. Questo potrebbe essere spiegato almeno da due ordini di motivi. Una prima

ragione è data dal fatto che i pazienti Capgras sembrano presentare tratti paranoici e persecutori e questo spiegherebbe sia l'alta probabilità iniziale attribuita all'ipotesi che il coniuge sia stato sostituito da un impostore, sia il non utilizzo delle procedure canoniche di verifica di tale ipotesi.

In sintesi, se il paziente Capgras ritiene che il coniuge sia un impostore o un perfetto doppio non applicherà le procedure di verifica di tale credenza che Campbell esigerebbe, semplicemente perché non le reputerebbe appropriate al contesto (*“non avrebbe senso parlare con un impostore che vuole ingannarmi, o controllare i ricordi del doppio di mia moglie che, in quanto “perfetto”, condivide con lei ogni ricordo”*).

Una seconda ragione potrebbe riguardare un problema di motivazione inferenziale, piuttosto che di competenza inferenziale, dal momento che la radice della compromissione dei pazienti ha carattere emozionale.

Inoltre, Pacherie e Bayne sottolineano il fatto che alcuni pazienti Capgras sono consapevoli di quanto possano apparire “bizzarre” le loro affermazioni ai giudizi altrui e questo è possibile solo in virtù del fatto che essi comprendono il significato dei termini che utilizzano per esprimere il loro delirio, diversamente da quanto ritiene Campbell.

A tal riguardo, Campbell sembra ritenere che il paziente sia incapace di comprendere i significati dei termini implicati nel delirio (esempio: “moglie”, “questa donna”) non completamente, ma solo nel contesto specifico dell'espressione del suo delirio.

Pacherie e Bayne ritengono implausibile che la comprensione del significato di un termine sia così dipendente dal contesto.

Verso una sintesi tra empirismo e razionalismo

All'interno del dibattito tra empirismo e razionalismo, alcuni autori hanno provato a conciliare i due approcci.

L'evidenza clinica (Tranel, Damasio, 1995) dimostra che la presenza di deficit affettivi dell'elaborazione dei volti familiari non genera necessariamente deliri o ipotesi che i familiari siano stati rimpiazzati da impostori.

Allo stesso modo, se è vero che alcuni deliri sono resoconti di esperienze allucinatorie, le stesse allucinazioni non sono eventi sensoriali “dati”, ma comportano esse stesse un processo di ragionamento. Poiché non tutti, date le stesse condizioni, hanno allucinazioni, Slade e Bentall (1988) ipotizzano che nei soggetti deliranti vi sia un fallimento nella capacità di giudizio e di discriminare sulla realtà.

Langdon e Coltheart (2000) sostengono che le allucinazioni possono rendere conto del contenuto del delirio, piuttosto che della presenza. Per questi autori, che tentano di conciliare l'approccio empirista e quello razionalista, alla base dei deliri vi è un duplice deficit cognitivo, sia percettivo, sia epistemico. Il

deficit epistemico consisterebbe in un danno ad uno o più dei tre aspetti del sistema di generazione e di valutazione delle credenze:

- meccanismi attentivi e di monitoraggio dell'informazione sensoriale corrente;
- *biases* attributivi universali ed individuali che favoriscono la generazione di alcune spiegazioni causali;
- processi di valutazione delle credenze guidati dall'abilità di sospendere l'automatica priorità delle ipotesi in prima persona, per valutarle criticamente alla luce delle informazioni dirette e indirette.

Davies e Coltheart (2000) danno due interpretazioni della nozione di *deficit* cognitivo. Per un'interpretazione più familiare, il *deficit* è un danno di varia entità, fino al completo annullamento, di un meccanismo di elaborazione dell'informazione.

Una seconda interpretazione, invece, descrive il *deficit* come un particolare modello di comportamento e si avvicina, quindi, alla nozione di *bias*. Tuttavia, se un *bias* nel comportamento può essere talvolta spiegato nei termini di un *deficit* del meccanismo cognitivo sottostante a quel comportamento, la distinzione tra *deficit* e *bias* non è così netta. Questi autori intendono la totale resistenza alla revisione della credenza delirante come un deficit. Essi offrono un resoconto eziologico multiplo del delirio che prevede quattro principali fattori scatenanti:

- un *deficit* cognitivo percettivo, affettivo o dell'esperienza;
- un *bias* attributivo, unito a fattori attentivi e psicodinamici, che dà vita all'ipotesi prioritaria delirante;
- un *deficit* della revisione delle credenze;
- fattori legati alla motivazione che producono la circoscrizione della credenza delirante.

Dunque, i quattro *steps* (EHBC) alla base del delirio monotematico sono: un'esperienza percettiva o affettiva anomala (*anomalous Experience*), che risulta da una lesione cerebrale, un'ipotesi prioritaria (*prioritized Hypothesis*), l'adozione di questa ipotesi come una credenza (*Belief*), nonostante sia incompatibile con molte altre cose di cui il soggetto delirante è convinto, anche proposizioni che hanno un ruolo centrale nell'organizzazione di credenze del soggetto e la circoscrizione (*Circumscription*) del delirio, sostenuto da fattori motivazionali.

L'adozione ed il mantenimento dell'ipotesi delirante è ottenuta senza uno sconvolgimento importante nel sistema di credenze del soggetto.

Gli autori applicano questo modello (EHBC) a tutti i deliri monotematici. Rispetto al delirio di Capgras, per esempio, essi ritengono che il paziente che ne è affetto sperimenta un'esperienza anomala (*anomalous Experience*) quando vede il volto di uno dei suoi cari, a causa di un danno cerebrale. Genera un'ipotesi prioritaria (*prioritized Hypothesis*): il mio coniuge è stato rimpiazzato da un impostore. Quest'ipotesi esplicativa prioritaria potrebbe derivare da un *bias* attribuzionale, oppure potrebbe

semplicemente essere il risultato del paziente di accettare un'esperienza anomala come reale. Quest'ipotesi viene adottata e mantenuta come una credenza (*Belief*), a causa di un deficit nella revisione delle credenze. Sulla base di fattori motivazionali, tale delirio resta relativamente non elaborato e circoscritto (*Circumscription*).

Chadwick e Birchwood già nel 1996 avevano tentato di fare chiarezza all'interno del dibattito sul delirio come prodotto esclusivo di processi o di tipo "top-down" o di tipo "bottom-up", concettualizzando il delirio in base al modello ABC.

Se si considera il delirio secondo il loro modello, appare chiaro che tale dibattito può essere superato ammettendo che alcuni deliri (di riferimento, pensieri intrusivi o trasmissione del pensiero) sono il risultato di anormalità percettive, mentre altri (paranoici e di grandezza) sembrano riflettere più una motivazione psicologica, ad esempio, per proteggere il sé dell'individuo. Secondo questi autori la distorsione cognitiva è specifica, cioè è attesa solo quando la persona è stressata, arrabbiata, ansiosa e non ci si attende una distorsione generale.

DELIRIO	ANTEFATTO	CREDENZA	CONSEGUENZA
Lettura del pensiero	Il paziente non riesce a trovare una parola e il terapeuta gliela suggerisce	Mi legge nel pensiero, l'ho scoperto, lo sapevo	Esaltato, impulso a dirlo alle persone
Delirio paranoide	Suono di un clacson per strada	Sono venuti a prendermi per uccidermi	Paura, scappa dall'appartamento
Trasmissione del pensiero	Il paziente sta facendo spese, sente una persona dire quello che lui stava pensando	I miei pensieri vengono trasmessi ad altri	Panico, fuga
Pensiero intrusivo	Il paziente ha un'improvvisa intrusione di un pensiero	Non è il mio, qualcuno me lo ha messo in testa con una macchina speciale	Spaventato, esposto, necessità di nascondersi
Delirio di riferimento	Il dottore cammina davanti alla finestra, a testa alta	Pensa di essere migliore di me, me lo fa sapere	Vergogna, si sposta lontano dalla finestra
Delirio di grandezza	La regina dice per televisione che ama tutti i suoi figli	Intende me, mi ama, sono sua figlia	Esaltazione

Delirio di infestazione	Prurito in testa	Mi stanno mordendo di nuovo, non lo sopporto	Ansia, disperazione
Delirio somatico	Debolezza	Ho l'AIDS, morirò	Terrore, immobilizzato
Delirio di Capgras	Il padre favorisce il ricovero in ospedale del paziente	Non è mio padre, mio padre non lo farebbe, si tratta di un sosia	Spaventato, si ritrae, serra i pugni
Delirio di Cotard	Il paziente non affronta le attività che prima gli piacevano	Mi sento una nullità, sono morto	Vuoto, suicidio
Delirio di controllo	Il paziente si sposta per spingere la figlia fuori dalla finestra	Non l'ho fatto, me lo hanno fatto fare, non è colpa mia	Rassicurato, passivo

Tabella 2 Modello ABC dei deliri di Chadwick e Birchwood

Inoltre, il modello cognitivo di Chadwick e Birchwood afferma chiaramente che l'interpretazione delirante degli eventi è necessariamente influenzata dagli antecedenti (A interni ed esterni) e dalle credenze disfunzionali stabili del paziente.

Le principali tipologie di delirio, concettualizzate in base al modello ABC (Chadwick e Birchwood, 1996, pag. 31) sono riportate nella tabella 2.

Delirio e credenza: spiegazioni cognitive alternative

Nonostante le differenze, sia per l'approccio empirista sia per quello razionalista, il delirio è una credenza.

Nell'interpretazione di credenza come "atteggiamento proposizionale", Stephens e Graham, (2004) si riferiscono ad almeno una delle seguenti quattro proprietà della nozione stessa di credenza:

Contenuto. Le credenze hanno un contenuto rappresentazionale: il mondo o l'io come è o come potrebbe essere. Dunque, se i deliri sono credenze, hanno un contenuto rappresentazionale (per esempio, "il mio coniuge è stato rimpiazzato da un impostore").

Convinzione/Intensità. Si è convinti del contenuto rappresentazionale delle proprie credenze. Dunque, se i deliri sono credenze, la persona delirante è convinta che il contenuto del suo delirio sia vero (per esempio, "credo che il mio coniuge sia stato rimpiazzato da un impostore e ne sono convinto e sicuro").

Ragioni ed azioni. Le credenze orientano i ragionamenti ed i comportamenti del soggetto. Un cambiamento nella credenza provocherà un cambiamento nelle azioni. Dunque se i deliri sono credenze, il soggetto troverà implicazioni ed azioni coerenti con quelle credenze.

Risposta emotiva. Le credenze sono connesse ad emozioni. Se i deliri sono credenze, i soggetti deliranti avranno sentimenti ed azioni caratteristici di quelle credenze. (Per esempio, proveranno rabbia, sospettosità e paura rispetto al coniuge rimpiazzato da un impostore).

Alcuni autori hanno confutato queste proprietà in riferimento ai deliri, non condividendo il presupposto che il delirio sia una credenza.

Rispetto alla prima, Berrios (1991), che considera il delirio un “atto linguistico vuoto” dubita che i deliri abbiano un contenuto genuino. Berrios sostiene la concezione non assertoria del delirio, per la quale esso non ha significato letterale, né contenuto.

Secondo l'autore, “il contenuto del delirio contiene poca informazione sul mondo, è staccato da una qualsiasi base probante, è un'affermazione senza significato, probabilmente casuale in origine”.

Rispetto all'intensità con cui la credenza è sostenuta, non sempre i pazienti deliranti sono pienamente convinti delle proprie affermazioni. Ad esempio, spesso, i pazienti Capgras affermano: “*è come se mia moglie fosse stata rimpiazzata da un impostore*”.

La terza proprietà è la più discussa. Spesso i pazienti deliranti non sono capaci di fornire ragioni convincenti a sostegno delle loro credenze deliranti (Campbell, 2001) e talvolta mancano d'impegno pragmatico (Currie, 2000; Sass, 1994; Young, 2000). Secondo questi autori, infatti, spesso non vi è coerenza tra credenza e comportamento. I pazienti Capgras, talvolta, non sembrano agire in un modo congruo alla loro preoccupazione per la sostituzione del coniuge: raramente ricercano il coniuge “scomparso” o ne fanno la denuncia alla polizia. Alcuni di loro, addirittura, accettano i sostituti.

Rispetto alla quarta proprietà, infine, la risposta emotiva dei pazienti deliranti è spesso contraria a ciò che ci si aspetterebbe. Alcuni pazienti Capgras hanno sentimenti positivi nei confronti dei sostituti e non si rammaricano della sostituzione (Young, 2000).

A partire da questi dibattiti, sono stati messi a punto ulteriori approcci al delirio.

Currie e Frith sostengono la concezione metacognitiva del delirio, pur proponendone due resoconti, per alcuni aspetti, differenti.

Per Frith (1992) il delirio è un *deficit* della teoria della mente, la capacità di rappresentarsi credenze, pensieri ed intenzioni proprie ed altrui. L'idea principale di Frith è che vi sia, nel paziente delirante, un danno al sistema di monitoraggio delle azioni e delle intenzioni, responsabile, ad esempio, delle esperienze schizofreniche anomale di inserzione dei pensieri e di controllo alieno. Tale deficit della teoria della mente è, secondo Frith, conseguenza di *deficit* neuropsicologici, forse su base organica.

Currie (2000) spiega i deliri, in particolare quelli che si presentano nei soggetti schizofrenici, come disturbi dell'immaginazione (*misidentification of imagination*). L'autore suddivide la teoria di Frith in due: la teoria del deficit metarappresentativo e quella del deficit del controllo delle azioni (*agency*) e condivide solo la seconda. La metarappresentazione è, infatti, per Currie, fragile ma non assente; ciò che il paziente schizofrenico non riuscirebbe a fare è distinguere ciò che immagina da ciò che esperisce (“allucinazioni cognitive”). Le allucinazioni cognitive non sono pure credenze perché non hanno un impegno pragmatico, ma sono “stati simulativi”, difficili da distinguere dalle credenze, se esaminate al

livello dell'inferenza. Per Currie, ciò che è comunemente descritto come delirio andrebbe descritto come "metacredenza delirante basata su allucinazioni cognitive", ossia come il credere di credere qualcosa che in realtà si sta soltanto immaginando.

L'autore ritiene che il paziente delirante abbia, al livello più basso dell'economia psicologica, un atteggiamento verso un qualche contenuto rappresentazionale (ad esempio, il contenuto "*le persone mi seguono*") e, a livello più alto, un atteggiamento riflessivo verso l'atteggiamento del livello più basso. Gli episodi del livello più basso sono atti di immaginazione e non sono credenze, che entrano, invece, al livello successivo. Questo consente a Currie di spiegare perché il paziente delirante afferma con convinzione il delirio, sembra asserirlo sinceramente e ragionare in accordo ad esso, pur comportandosi in modo non congruo.

Stephens e Graham (2004) ritengono, invece, che l'atteggiamento di livello superiore sia più complesso di come descritto da Currie. Secondo questi autori in cima agli atteggiamenti di livello più basso (credenze, fantasie e altro) c'è l'"atteggiamento delirante" (*delusional stance*); le credenze compaiono, talvolta, al livello più basso e la loro presenza o assenza a questo livello fa sì che i deliri abbiano o meno delle ripercussioni sul comportamento.

L'idea che il delirio sia una credenza è messa in dubbio anche dalle impostazioni interpretazionistiche in cui l'attribuzione di credenza è connessa al vincolo di razionalità (Davidson, 1980; Dennett, 1987) e poiché il delirio è considerato una forma di irrazionalità, non è possibile attribuire a chi lo possiede delle credenze.

La teoria di Davidson è che sia possibile ascrivere credenze non-razionali ad un sistema solo se in quel sistema c'è uno sfondo di razionalità ("argomento dello sfondo"); le inconsistenze sono psicologicamente possibili perché la mente è divisa in compartimenti ("argomento dei compartimenti"); i credenti inconsistenti preservano la capacità di guarire dalle inconsistenze ("argomento della guarigione").

Rispetto ai deliri, che non sono certamente inconsistenze ordinarie, i principi di base della razionalità che fa "da sfondo" (consistenza, logica del calcolo proposizionale, evidenza totale) sono contraddetti dal paziente delirante che, quindi, sembra non avere uno "sfondo" di razionalità. I deliranti, inoltre, non guariscono dalle proprie inconsistenze, dunque, non è possibile ascrivere loro delle credenze.

Resta da considerare che questa posizione interpretazionistica non si pronuncia su cosa di fatto siano le credenze, ma si focalizza su come esse si manifestino agli occhi di un osservatore.

Considerazioni conclusive

In questo lavoro si è cercato di sviluppare il contributo che il cognitivismo apporta al tema del delirio psichiatrico, partendo dalla definizione del delirio secondo il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-IV-TR) e considerando l'inadeguatezza dovuta all'impostazione criteriale e non eziologica dello stesso.

All'interno del dibattito delle scienze cognitive degli ultimi anni abbiamo passato in rassegna le ipotesi sull'eziologia cognitiva del delirio, in particolare, secondo l'approccio empirista e quello razionalista ed inoltre secondo recenti orientamenti.

Resta da sottolineare che non abbiamo dato al presente lavoro un'impostazione clinica dei deliri, escludendo la parte del trattamento cognitivo-comportamentale, in quanto l'oggetto in esame ha riguardato prevalentemente la definizione del delirio nella tassonomia ortodossa dei disturbi mentali e le recenti spiegazioni cognitive di esso.

Tuttavia, il terapeuta può ricevere da questi elementi una possibile chiave di lettura dell'esperienza delirante e, utilizzando le proprie conoscenze sulle modalità di formazione delle credenze sia nei soggetti sani che in condizioni patologiche, in linea con i modelli di psicoterapia cognitivo-comportamentale per il trattamento dei deliri, può riuscire a dare un significato ad esperienze "bizzarre" che potrebbero sembrare prive di senso.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association. Tr. It. DSM-IV-TR Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Milano: Masson.2002.
- Bayne, T., Fernández (2009). *Delusion and Self-Deception*. Psychology Press, New York Group.
- Bentall, R. (1994). Cognitive biases and abnormal beliefs. In A. S. David and J. C. Cutting eds. *Neuropsychology of schizophrenia*. Hove, UK: Erlbaum.
- Bermúdez, J. L. (2001). Normativity and rationality in delusional psychiatric disorders. In *Mind and Language*, 16, 457-493.
- Berrios, G. E. (1991). Delusion as "wrong belief": a conceptual history. *The British Journal of Psychiatry*.
- Bortolotti, L. (2005). Delusions and background of rationality. *Mind and Language*.
- Campbell, J. (2001). Rationality, meaning and the analysis of delusion. *Philosophy, Psychiatry and Psychology*.
- Campbell, J. (2002). Rationality, meaning and the analysis of delusion. *Psychiatry and Psychology*.
- Chadwick P, Birchwood M, Trower P. (1996) *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. John Wiley and Sons Ltd. Ed.It. *La terapia cognitiva per i deliri, le voci e la paranoia*. Roma, Astrolabio 1997.
- Currie, G. (2000) *Imagination, delusion and hallucination*. In M. Coltheart and M. Davies eds. (2000).
- Davidson, D. (1980), *Essays on Actions and Events*, Oxford University Press, New York. Tr. It. *Azioni ed Eventi*, Il Mulino, Bologna, 2003.
- Davies M. & Coltheart M., eds. (2000) *Pathologies of Belief*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Dennett, D. C. (1987), *Intentional Stance*, MIT, Cambridge, MA. Tr. It. *L'atteggiamento intenzionale*, Il Mulino, Bologna, 1993.
- Ellis, H. D., & Lewis, M. B. (2001). Capgras delusion: A window on face recognition. *Trends in Cognitive Sciences*.
- Ellis, H. D., & Young, A. W. (1990). Accounting for delusional misidentifications. *British Journal of Psychiatry*.
- Frith, C. D., (1992). *The cognitive neuropsychology of schizophrenia*. Hove, UK: Erlbaum.
- Garety, P. A., & Hemsley, D. R. (1994). *Delusions: Investigations Into the Psychology of Delusional Reasoning*. Oxford: Oxford University Press.
- Jaspers, K. (1959). *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: Berlin. Tr. It. *Psicopatologia generale*. Roma: Il pensiero scientifico. 1964.

- Langdon, R., & Coltheart, M. (2000). The cognitive neuropsychology of delusions. In M. Coltheart & M. Davies eds. (2000).
- Maher, B. A. (1999). Anomalous experience in everyday life: its significance for psychopathology. *The Monist*.
- Marruffa, M., & Meini, C. (2004). Verso una psichiatria cognitiva. In *Sistemi intelligenti*, 2, 159-184.
- McKay, R., Langdon, R. & Coltheart, M., (2005). Models of misbelieve: Integrating motivational and deficit theories of delusions.
- Meini, C., (2001), *Psicologia Ingenua, Una teoria evolutiva*, McGraw-Hill, Milano.
- Murphy, D., (2006). *Psychiatry in the scientific image*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Murphy., D., & Stich, S. P. (1998). Darwin in the madhouse, paper presented at the Evolving the Human Mind Conference organized by the Hang Seng Centre for Cognitive Studies, University of Sheffield, 24-27 June.
- Pacherie, E., & Bayne, T. (2005). In Defence of the Doxastic Conception of Delusions, *Mind and Language*.
- Perris C. & McGorry P.D. (1998) *Cognitive psychotherapy of psychotic and personality disorders*, John Wiley & Sons Ltd, New York. Tr. it *Psicoterapia cognitiva dei disturbi psicotici e di personalità* (2000), a cura di Sassaroli Sandra & Lorenzini Roberto, Masson, Milano.
- Sass, L. (1994). *The paradoxes of delusion: Wittgenstein, Schrieber and the schizophrenic mind*. Ithaca, New York: Cornell University Press.
- Slade, P. D., & Bentall, R. P. (1988). *Sensory Deception: a scientific analysis of hallucination*. London: Croom Helm.
- Stephens, G. L., & Graham, G. (2004). *Reconceiving Delusion*. *International Review of Psychiatry*.
- Stone, T., & Young, A. (1997). Delusions and Brain Injury: The Philosophy and Psychology of Belief. In *Mind & Language*, 12, 327-364.
- Tranel, D., Damasio, H., & Damasio, A.R. (1995). Double dissociation between overt and covert face recognition. *Journal of Cognitive Neuroscience*.
- Tversky, A., & Kahneman, D., (1983). Extensional versus intuitive reasoning: The conjunction fallacy in probability judgements. In *Psychological Review*, 90, 293-315.
- Wason, P. C., & Johnson-Laird P. N. (1970). A conflict between selecting and evaluating information in an inferential task. In *British Journal of Psychology*, 61, 4, 509-515.
- Young, A. W. & Leafhead (2000). Wondrous strange: The neuropsychology of abnormal beliefs. In M. Coltheart & M. Davies eds. (2000).
- Young, G. (2007). Clarifyng familiarity? Phenomenal experiences in prosopagnosia and the Capgras Delusion, *Philosophy, Psychiatry*.

Autore Marianna Pacciolla
Specializzata a Roma, training Mancini (SPC)
e-mail: mariannapacciolla@virgilio.it

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:
psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it