

Le convinzioni deliranti: marchio della follia, meccanismo di difesa o «spoletta di emergenza»?

Eugenia Lancellotta

Quali sono le probabilità di essere il piede sinistro di Dio? O l'imperatore dell'Antartica? Molti di noi riterrebbero queste convinzioni deliranti. Eppure, il premio Nobel della matematica John Nash, a un certo punto della sua vita, credette di essere queste due cose contemporaneamente (Williams 129). John Nash era affetto da schizofrenia e questo tipo di convinzioni – che il Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders o DSM (APA 523), la Bibbia della psichiatria, ha ribattezzato per l'appunto «deliranti» – si possono ritrovare, in diverse forme, in questo e altri disturbi mentali, quali disturbo bipolare, anoressia nervosa, disturbo ossessivo-compulsivo, depressione.

Le convinzioni deliranti sono dei veri e propri camaleonti della psichiatria, per la varietà di temi e manifestazioni comportamentali che possono assumere. Così, un uomo può credere di essere morto ma nonostante tutto continuare a mangiare il cibo che gli danno in ospedale (Young 255r-264); un altro, in seguito a un incidente che lo ha lasciato paraplegico, può essere fermamente convinto che la sua partner stia ancora insieme a lui, nonostante in realtà questa lo abbia lasciato già da diverso tempo (Butler 85-92). Alcuni credono di essere personaggi famosi come la regina Elisabetta o Napoleone, mentre altri ancora sono convinti di essere vittima di una cospirazione mondiale o che il riflesso della persona che vedono nello specchio non sia il loro.

Nonostante la diversità di temi ed emozioni che possono suscitare, le convinzioni deliranti sono però accomunate dalle seguenti caratteristiche. Esse sono convinzioni fisse, resistenti alle argomentazioni razionali e isolate, nel senso che non sono condivise da una comunità di persone appartenenti alla stessa cultura. Così accade che chi si crede Napoleone continuerà a farlo nonostante non abbia truppe al suo seguito e benché chi gli sta intorno tenti di convincerlo del contrario per mezzo di solidi argomenti. Diverso è invece il caso di un abitante del Sudan convinto che gli alberi di ebano trasmettano informazioni e siano al corrente dei piani delle streghe. In questo

caso, nonostante la convinzione sia irrazionale e superstiziosa, non si può considerare delirante, perché la credenza che l'ebano sia una fonte di interazione sociale è tipica della religione locale (Murphy 120).

Di seguito, illustrerò i tre principali atteggiamenti che psichiatria, psicologia, filosofia e cultura popolare hanno assunto nei confronti delle convinzioni deliranti, considerandole il marchio della follia, un meccanismo di difesa o ... entrambe.

1. Il marchio della follia

Le convinzioni deliranti sono state considerate (e lo sono ancora in gran misura) sia dalla cultura popolare che da buona parte della scienza psichiatrica, il marchio della follia, il risultato di un deficit o di una disfunzione neurologica o fisiologica di qualche tipo. Secondo la popolare *two-factor theory*, le convinzioni deliranti sarebbero il prodotto di una doppia disfunzione. La prima consisterebbe in un'esperienza anomala, la seconda in un deficit di razionalità. Per esempio, la convinzione delirante di essere Napoleone sarebbe generata da: 1. un'esperienza anomala tipo allucinazioni uditive a tema grandioso, 2. un deficit di razionalità nell'interpretare tali voci come evidenza di essere un personaggio deceduto secoli fa invece che come evidenza di soffrire di una malattia mentale (Davies et al. 133-158; Miyazono 561-573). Secondo un'altra, suggestiva teoria (Currie 167-182) le convinzioni deliranti sarebbero originate da un deficit nel monitoraggio dei propri stati mentali. In realtà, il soggetto delirante starebbe immaginando di essere Napoleone, ma scambierebbe erroneamente questo suo sogno ad occhi aperti per una convinzione. Altre teorie sulla formazione delle convinzioni deliranti ne attribuiscono l'origine a un'alterazione patologica di alcuni processi cognitivi fondamentali, che porterebbero la persona a percepire la realtà in maniera distorta. Tuttavia, in controtendenza al modello deficitario delle convinzioni deliranti, già a partire dal secolo scorso esse sono state interpretate sotto una luce più positiva.

2. Un meccanismo di difesa

Ispirandosi all'approccio freudiano alla psicosi, le cosiddette teorie psicomodinamiche o psicoanalitiche suggerivano che le convinzioni deliranti potessero essere parte di un meccanismo psicologico difensivo o protettivo, il cui scopo era quello di alleviare emozioni difficili e dolorose (e.g., Bentall e Kaney 1232; Enoch et al. 205-213). Per esempio, Capgras e Carette, nel

1924 (48-68), interpretavano la convinzione di una giovane donna che suo padre fosse un impostore come il risultato di un meccanismo di difesa volto a nascondere alla paziente stessa i suoi desideri incestuosi nei confronti del genitore. In tempi più recenti, Ramachandran (347-362) ha riportato il caso di una donna colpita da un ictus che le aveva paralizzato il lato sinistro del corpo. La donna non poteva spostarsi senza una carrozzina e non poteva muovere il braccio sinistro, ma quando le veniva chiesto se era in grado di camminare e impegnarsi in attività che richiedevano l'uso di entrambe le mani (come applaudire), sosteneva di esserne in grado. Ramachandran avanzò quindi l'ipotesi che le sue convinzioni deliranti fossero un'esagerazione di normali meccanismi di difesa volti a mantenere un'immagine coerente e sana del proprio corpo («sto bene», «non sono invalida»). Nonostante queste eccezioni, però, le teorie psicodinamiche e psicoanalitiche delle convinzioni deliranti sono in genere liquidate dalla psichiatria moderna come il relitto di una psicologia rudimentale priva di fondamenta scientifiche (Ellis 77-79; Stone e Young 327-364). Tuttavia, questo non è bastato a fermare i tentativi di neuroscienziati e filosofi della psicologia e della psichiatria di individuare una terza via, a metà tra modello deficitario e modello psicoanalitico delle convinzioni deliranti.

3. La terza via: «la spoletta di emergenza»

Questa terza via ha trovato espressione nella metafora della «spoletta di emergenza» (McKay e Dennett 493-510; Mishara e Corlett 530-531; Fineberg e Corlett 73-89), un meccanismo installato nei motori di alcune macchine progettato per rompersi qualora la macchina stia per danneggiarsi gravemente. Rompendosi, la spoletta evita che la macchina smetta di funzionare, consentendole di continuare a operare, seppure in maniera imperfetta. Agendo come una spoletta, le convinzioni deliranti consentirebbero a un sistema cognitivo in grave difficoltà a causa di fattori di varia natura di continuare a funzionare, seppure in modo sub-ottimale. In altre parole, le convinzioni deliranti non sarebbero un problema in sé, ma una risposta (seppure imperfetta e di emergenza) a un problema già esistente.

I fattori che possono mettere in pericolo il nostro funzionamento cognitivo sono di varia natura. Per esempio, molte persone affette da schizofrenia, a causa di disfunzioni dopaminergiche, soffrono di allucinazioni uditive, ovvero odono voci dal tono più o meno intimidatorio che esistono esclusivamente nella loro testa. Tali esperienze angosciano il soggetto che le subisce e lo isolano dal mondo esterno, perché le sue risorse cognitive sono

impiegate a ricercare una spiegazione delle voci che crede di udire. Ecco allora che sviluppare la convinzione delirante che queste voci vengono da Dio e che la persona che le ode sia il suo prescelto ha il beneficio di spiegare il fenomeno in questione e di liberare le risorse cognitive che erano prima impiegate a dare un senso alle voci – risorse che possono essere nuovamente impiegate per interagire con il mondo esterno (Bortolotti 879-900). Similmente, il sopracitato caso del paziente che un incidente lasciò paraplegico e che sviluppò la convinzione di stare ancora insieme alla sua partner rappresenta un caso di convinzione delirante motivata, il cui scopo è quello di attutire il colpo del doppio trauma derivante dall'incidente e dall'abbandono del partner. Come Lisa Bortolotti sostiene (*The Epistemic Innocence of Motivated Delusions* 490-499), tale convinzione non avrebbe solo evidenti benefici psicologici, perché impedirebbe al paziente di cadere in uno stato di prostrazione e depressione estrema in un momento delicato della sua vita, ma anche importanti ripercussioni biologiche. Non cadendo in depressione, il paziente fu infatti in grado di intraprendere un percorso di riabilitazione che gli permise una più pronta ripresa.

Il fatto che le convinzioni deliranti possano avere dei benefici, siano essi di natura psicologica o biologica, non deve però far scordare i danni che alla lunga esse possono arrecare, quali distacco dalla realtà, isolamento sociale e altri. L'idea è che, come molti meccanismi di emergenza, le convinzioni deliranti arrecherebbero benefici nel breve termine ma procurerebbero poi danni nel lungo termine, qualora il problema che hanno lo scopo di tamponare non fosse risolto. Si pensi alla febbre, la cui funzione è quella di uccidere i microrganismi responsabili di un'infezione: nonostante nel breve termine la febbre possa avere un'utilità, se l'infezione non viene curata e la febbre persiste, essa può portare alla morte delle cellule che dovrebbe difendere (Lancellotta e Bortolotti 1502).

Come si può notare dal mio breve resoconto dei tre approcci alle convinzioni deliranti, il ruolo della filosofia nel dibattito sulle convinzioni deliranti non è quello di dare una risposta binaria (sì/no) a una questione molto complessa – le convinzioni deliranti sono un problema o una risorsa? – ma quello di metterle in luce le sfumature, evidenziandone sia i benefici che i rischi.

4. A chi e a cosa serve lo studio delle convinzioni deliranti?

Le convinzioni deliranti sollevano innanzitutto questioni di grande interesse per i filosofi, permettendo di illuminare la relazione tra percezione e cognizione, i limiti della razionalità e il funzionamento della cognizione

neurotipica tramite lo studio della cognizione atipica. Inoltre, investigare i potenziali benefici delle convinzioni deliranti significa andare contro la visione apollinea di molta filosofia occidentale secondo cui la razionalità e la ragione sono le vie maestre per la felicità e l'autorealizzazione. La terza via alle convinzioni deliranti ci suggerisce che la realtà è complessa e che la sopravvivenza alle avversità può – e forse talora deve – passare attraverso le strade di una temporanea irrazionalità o follia.

Tuttavia, lo studio sulle convinzioni deliranti ha molto da dire anche al di là della filosofia della psicologia. Un aspetto importante che ne emerge è come persone sane e persone che soffrono di disturbi mentali non ragionino in modo così diverso da quel che si potrebbe pensare. Alcuni studiosi hanno proposto che tutti svilupperebbero convinzioni deliranti qualora si trovasse nelle condizioni di un malato di schizofrenia, con squilibri dopaminergici che provocano allucinazioni uditive o simili esperienze. Secondo Brendan Maher (98-113), le convinzioni deliranti sarebbero anzi un'ipotesi perfettamente razionale date le esperienze anomale che il soggetto vive. Questo significa che non vi è nulla di malato nel modo in cui il paziente schizofrenico ragiona: l'anomalia starebbe piuttosto nelle esperienze a cui è soggetto. Per citare un esempio ancora più familiare, gli psicologi hanno messo in luce come molte persone siano soggette al «better than the average effect», ovvero come si credano migliori della media su diversi parametri (bellezza, intelligenza ecc.) nonostante non abbiano prova di questo o, ancora peggio, nonostante abbiano palesi prove del contrario (Zell et al. 118-149). Così accade che anche chi ha subito numerosi incidenti d'auto possa crederci un abilissimo autista, oppure che lo studente mediocre si senta un genio incompreso. Riconoscere che tutti noi siamo un po' deliranti in alcuni aspetti della nostra vita dovrebbe farci meglio capire che la distinzione tra sanità e follia è meno netta di quel che si pensi, contribuendo a ridurre lo stigma verso chi soffre di disturbi mentali, spesso incompreso, quando non temuto o isolato.

5. Future direzioni di ricerca

Concludo questo rapido *excursus* sulle convinzioni deliranti delineando alcune delle possibili future direzioni di ricerca sul tema. Una prima direzione riguarda la messa in discussione di uno dei criteri di definizione fondamentali di convinzione delirante, ovvero il criterio di isolamento. Esistono infatti casi che sembrerebbero mettere questo criterio in dubbio. Già da tempo gli psicologi hanno riconosciuto l'esistenza di convinzioni deliranti condivise

tra due persone, le cosiddette *folies a deux* (Arnone et al. 5-11), in cui un soggetto dominante sviluppa delle convinzioni deliranti per poi trasmetterle a un secondo soggetto, di solito un familiare o una persona con cui intrattiene un legame molto stretto. Sembrano inoltre esistere convinzioni deliranti condivise da più di due persone. Si pensi, ad esempio, ai casi di sette e culti come il tristemente noto Heaven's Gate, dove il capo carismatico Marshall Applewhite riuscì a convincere decine di seguaci a commettere un suicidio di massa nella convinzione che la cometa Hale Bopp, in quei giorni visibile dalla Terra, fosse una navicella extraterrestre che li avrebbe trasportati a una forma di vita migliore. Tuttavia, in questo caso gli psichiatri sono restii a parlare di vere e proprie convinzioni deliranti, perché eliminare il criterio di isolamento significherebbe potenzialmente patologizzare le convinzioni irrazionali e resilienti di un gran numero di persone, non solo dei membri di culti e sette, ma anche dei seguaci delle grandi religioni, fino ai sopracitati casi di persone soggette al *better than the average effect*. Questa considerazione si riflette anche negli ordinamenti giuridici di paesi come gli Stati Uniti, dove l'attenuante di *mental insanity*, di solito data a chi soffre di convinzioni deliranti, non è mai stata concessa per reati commessi da persone che intrattenevano simili convinzioni ma le condividevano con un culto o una setta (Holojda e Newman 53-62). Nonostante la motivazione alla base del criterio di isolamento sia comprensibile, essa non è condivisa da tutti gli studiosi (e.g., Reznek). Future ricerche dovranno focalizzarsi su un'analisi puntuale delle somiglianze e differenze tra fenomeni come, ad esempio, convinzioni religiose deliranti isolate, convinzioni religiose deliranti condivise e convinzioni religiose non deliranti: tali ricerche gioverebbero non solo ai filosofi della religione e della psicologia, ma anche ai giuristi interessati alla chiarificazione dei criteri alla base dell'attenuante di *mental insanity*.

Un secondo, fruttuoso ambito di ricerca riguarda i benefici psicologici, epistemici e biologici delle convinzioni irrazionali. Fenomeni come confabulazione, autoinganno e *wishful thinking* sarebbero cioè simili alle convinzioni deliranti nell'essere prive di basi razionali ma al tempo stesso nel fornire benefici di vario tipo in determinati contesti (Bortolotti, *The Epistemic Innocence of Irrational Beliefs*). Spetta agli studiosi appassionati del tema il compito di esplorare ulteriormente questi complessi fenomeni.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (APA), 2013, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.
- Arnone D. et al., 2006, *The Nosological Significance of Folie À Deux: A Review of The Literature*, in "Annals of General Psychiatry", 5, 1.
- Bentall R. e Kaney S., 1996, *Abnormalities of Self-Representation and Persecutory Delusions: A Test of a Cognitive Model of Paranoia*, in "Psychological Medicine", 26, 6, pp. 1231-1237.
- Bortolotti L., 2015, *The Epistemic Innocence of Motivated Delusions*, in "Consciousness and Cognition", 33, pp. 490-499.
- 2020, *The Epistemic Innocence of Irrational Beliefs*, Oxford, Oxford University Press.
- Butler P.V., 2000, *Reverse Othello Syndrome Subsequent to Traumatic Brain Injury*, in "Psychiatry", 63, 1, pp. 85-92.
- Capgras J. e Carette P., 1924, *Illusion de sosie et complexe d'Oedipe*, in "Annales Medico-Psychologiques", 82, pp. 48-68.
- Currie G., 2000, *Imagination, Delusion and Hallucinations*, in M. Coltheart e M. Davies (edd), *Pathologies of Belief*, Oxford, Blackwell, pp.167-182.
- Davies M. et al., 2001, *Monothematic Delusions: Towards A Two-Factor Account*, in "Philosophy, Psychiatry, & Psychology", 8, 2, pp. 133-158.
- Ellis H., 2003, *Book Review: Uncommon Psychiatric Syndromes*, in "Cognitive Neuropsychiatry", 8, pp. 77-79.
- Enoch D. et al., 2021⁵, *Some Uncommon Psychiatric Syndromes*, London e New York, Routledge.
- Fineberg S. e Corlett P., 2016, *The Doxastic Shear Pin: Delusions as Errors of Learning and Memory*, in "Cognitive Neuropsychiatry", 21, 1, pp. 73-89.
- Holoyda B. e Newman W., 2016, *Between Belief and Delusion: Cult Members and the Insanity Plea*, in "Journal of American Academic Psychiatry Law", 44, 1, pp. 53-62.
- Lancellotta E. e Bortolotti L., 2019, *Are Clinical Delusions Adaptive?*, in "WIREs Cognitive Science", 10, 5, e1502.
- Maher B., 1974, *Delusional Thinking and Perceptual Disorder*, in "Journal of Individual Psychology", 30, pp. 98-113.
- McKay R.T. e Dennett D.C., 2009, *The Evolution of Misbelief*, in "Behavioral and Brain Sciences", 32, 6, pp. 493-510.

- Mishara A.L. e Corlett P., 2009, *Are Delusions Biologically Adaptive? Salvaging the Doxastic Shear Pin*, in "Behavioral and Brain Sciences", 32, 6, pp. 530-531.
- Miyazono K., 2015, *Delusions as Harmful Malfunctioning Beliefs*, in "Consciousness and Cognition", 33, pp. 561-573.
- Murphy D., 2013, *Delusions, Modernist Epistemology and Irrational Belief*, in "Mind and Language", 28, 1, pp. 113-124.
- Ramachandran V.S., 1996, *The Evolutionary Biology of Self-Deception, Laughter, Dreaming and Depression: Some Clues from Anosognosia*, in "Medical Hypotheses", 47, pp. 347-362.
- Reznek L., 2010, *Delusions and the Madness of the Masses*, Lanham, Rowman & Littlefield.
- Stone T. e Young A.W., 1997, *Delusions and Brain Injury: The Philosophy and Psychology of Belief*, in "Mind and Language", 12, 3/4, pp. 327-364.
- Williams D., 2018, *Hierarchical Bayesian Models of Delusion*, in "Consciousness and Cognition", 61, pp. 129-147.
- Young A., 1998, *Cotard Delusion After Brain Injury*, in "Neurocase", 4, 3, pp. 255r-264.
- Zell E. et al., 2020, *The Better-Than-Average Effect in Comparative Self-Evaluation: A Comprehensive Review and Meta-Analysis*, in "Psychological Bulletin", 146, 2, pp. 118-149.