

# I disturbi di pensiero sottosoglia: un *continuum* con il delirio paranoideo? Il possibile ruolo dei bias euristici attributivi nel mantenimento dell'autostima

*Subthreshold thoughts disorder: a continuum with paranoid delusions? The role of attributional heuristic biases in maintaining self-esteem*

P.L. Bandinelli<sup>1,2</sup>, A. Zangrilli<sup>1</sup>, G. Ducci<sup>1</sup>, M.P. Penna<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Dipartimento di Salute Mentale ASL Roma "E", SPDC Ospedale "S. Filippo Neri", Roma; <sup>2</sup> Dipartimento di Scienze Umane, Università LUMSA, Roma; <sup>3</sup> Facoltà di Scienze della Formazione, Università di Cagliari

## Summary

### Objectives

Human reasoning originates both as in a propositional way following the inferential laws of formal logic, as analogically according to Johnson-Laird Theory of Mental Models (TMM), with the construction of the premises through a mental model (in the form of representation of a specific problem), and subsequent manipulations until the review of the premises through the selection and reduction (contextual restrictors) of these models in comparison with evidence to the contrary (counterarguments). The aim of the present paper is to better understand if delusional thought (mainly of paranoid type) is at the end of the spectrum of heuristic thinking biases (in particular of social and attributional biases), rather than regard it as a discontinuity from the form of thought shared among individuals.

### Methods

Cochrane analysis of the literature with following key words: *heuristic biases, paranoid delusions, self-esteem, moral disengagement.*

## Pensiero euristico e bias cognitivi

Svariate euristiche di giudizio possono produrre diverse tipologie di bias<sup>1</sup>, in diverse forme di comunicazione molto diffuse e rilevanti, come quelle sociali, legali e politiche.

Un bias cognitivo consiste in una categoria di distorsioni di giudizio che possono presentarsi in molte situazioni sociali e che viola il criterio della confrontabilità (che coincide con l'ipotetico giudizio che persone estranee a una determinata situazione potrebbero darne, oppure con la presenza di una sorta di verificabilità oggettiva, o statistica, dell'accuratezza di certe valutazioni).

Alcuni bias cognitivi rappresentano convinzioni diffuse che potrebbero, a loro volta, essere responsabili di ulteriori successivi errori del pensiero.

### Results

Literature data are sufficiently unique in considering that among the factors that interfere with the process of restriction, favoring the onset of delusional thinking, as well as some mental states (anger, mood swings, emotional lability, fear, anxiety), might be considered heuristic biases that are intended to preserve the self-esteem (either an overt or deep).

### Conclusions

The interest of our hypothesis is that what we consider to be clinically more severe (delusions) may in fact represent only the tip of the iceberg in a series of sub-threshold thinking disorders, which, just because it is very common and socially accepted, represent a more serious kind of human miscommunication, also justifying dangerous behaviour derived from moral disengagement. A unitary hypothesis that links sub-threshold thoughts disorder to delusions is that it serves to preserve our self-esteem, at least from a psychological point of view.

### Key words

*Heuristic biases • Paranoid delusion • Self-esteem • Moral disengagement*

Tali bias rappresentano il possibile errore di una funzione adattativa di una particolare forma di pensiero (detto appunto euristico) che è quella di esprimere giudizi in ambito sociale e velocizzare i processi decisionali in situazioni in cui dobbiamo operare scelte. Questa funzione, tuttavia, potrebbe rappresentare in alcuni casi la base di successive evoluzioni psicopatologiche, comportando l'insorgenza di disturbi del pensiero.

Esistono diversi bias cognitivi che possono essere suddivisi in quattro gruppi principali (*bias decisionali e comportamentali, bias probabilistici e di credenza, bias sociali meglio noti come di etichettamento e attributivi, errori di memoria*). Ci occuperemo principalmente dei bias sociali (attributivi), che sembrano essere i più verosimili precursori di idee di tipo paranoideo:

### Correspondence

Pier Luca Bandinelli, Dipartimento di Salute Mentale ASL Roma "E", SPDC Ospedale "S. Filippo Neri", via G. Martinotti 20, 00135 Roma, Italia  
• E-mail: pluc.band@libero.it

**TABELLA I.**Bias attributivi. *Attributional bias*.

<b>Bias egocentrico</b> <sup>2</sup>	Attribuzione di maggiore responsabilità a sé stessi per il risultato di una azione congiunta, di quanto non farebbe un osservatore esterno
<b>Effetto di falso consenso</b> <sup>3</sup>	Sovrastima del livello di accordo che si ritiene gli altri abbiano verso di sé
<b>Errore fondamentale di attribuzione</b> <sup>4</sup>	Tendenza, nell'analisi delle cause del comportamento altrui, a enfatizzare la personalità del singolo, sottostimando i fattori situazionali (è anche noto come bias attore-osservatore). Di contro, questa distorsione si presenta anche nell'analizzare il proprio comportamento, sovrastimando i fattori ambientali e sottostimando l'influenza di quelli personali
<b>Errore di attribuzione al gruppo</b> <sup>5</sup>	Tendenza dei membri di un gruppo ad attribuire le ragioni delle loro azioni a circostanze esterne ed a predisposizioni interne le azioni compiute da coloro che afferiscono ad altri gruppi
<b>Bias auto-favorevole</b> <sup>6,7</sup>	Maggiore disponibilità ad attribuirsi il merito dei successi piuttosto che la responsabilità dei fallimenti. Può anche manifestarsi con una tendenza a valutare le informazioni ambigue, incerte o incomplete, in maniera congrua ai propri interessi
<b>Bias gruppo-favorevole</b> <sup>8</sup>	I membri di un gruppo considerano la somma dei fattori comportamentali dello stesso come causa dei suoi successi e quelli situazionali come causa degli insuccessi. Esattamente il contrario avviene per i gruppi esterni. Probabilmente, la più elementare forma di bias gruppo-favorevole è quella intragruppale, ovvero la tendenza delle persone a riservare trattamenti preferenziali a coloro che esse percepiscono come facenti parte del loro stesso gruppo
<b>Effetto negativo</b> <sup>9,10</sup>	Tendenza ad attribuire i comportamenti positivi delle persone sgradite a fattori predisponenti legati alla situazione, mentre quelli negativi alla loro personale predisposizione. Viene anche talvolta chiamato <i>attribuzione di errore finale</i> , a causa del suo esplicito ruolo nella formazione del pregiudizio razziale. Sullo stesso filone, alcuni studi hanno inoltre dimostrato che le persone attribuiscono un peso maggiore a informazioni negative quando descrivono altri
<b>Bias ottimistico</b> <sup>11</sup>	Tendenza ad attribuire il comportamento positivo delle persone gradite alla loro attitudine, mentre quello negativo a fattori situazionali
<b>Bias di etichettamento</b> <sup>12</sup>	Tendenza a vedere sé stessi come relativamente mutevoli in caratteristiche di personalità, comportamento ed umore, mentre gli altri prevedibili quanto a caratteristiche personali. Questa tendenza potrebbe essere motivata dal fatto che i nostri stati interni sono molto più facilmente accessibili ed osservabili da parte nostra di quanto non lo siano quelli degli altri. Questo bias di attribuzione ricopre un ruolo chiave nella formazione e nel mantenimento del pregiudizio e dello stereotipo, insieme all'effetto negativo

I *bias sociali*, anche chiamati *bias attributivi*, sono distorsioni cognitive che influenzano l'*attribuzione*, ovvero il modo in cui noi stabiliamo chi o cosa sia responsabile di un evento o di una azione sia nostra che altrui. Queste distorsioni sono tipicamente legate alla differenza *attore/osservatore*, che è il modo in cui, di solito, chi è coinvolto in una azione e chi la osserva dall'esterno, discordano nell'interpretarla. Sono spesso generati da una "asimmetria di accessibilità" denominata anche "rilevanza", che consiste nel fatto che il comportamento di altre persone è più facile da ricordare, ad esempio, rispetto agli elementi del contesto, così come un nostro turbamento interiore è più facilmente riconoscibile da parte nostra di quanto non lo sia per gli altri.

Come risultato, i nostri meccanismi di attribuzione e i nostri giudizi vengono spesso distorti lungo questo *continuum*. È interessante il fatto che alcune evidenze sperimentali suggeriscono che le persone più intelligenti e socialmente meglio adattate tendono più delle altre a

commettere errori di attribuzione. Il più rappresentativo e meglio noto esempio di bias attributivo è l'errore fondamentale di attribuzione. La Tabella I riporta i bias attributivi più comuni:

### Il pensiero delirante nella prospettiva dei modelli mentali di Johnson-Laird

Gli studi sperimentali di Johnson-Laird<sup>13,14</sup> sul funzionamento cognitivo degli individui sani suggeriscono che, piuttosto che partire da alcune premesse e trarre conclusioni in base a modalità deduttive, la maggior parte delle persone trae informazioni da modelli mentali (ipotesi) coerenti con tali premesse e, successivamente e in maniera progressiva, *accomoda* (selezionando e riducendo numericamente) tali modelli nel confronto con evidenze contrarie<sup>13,14</sup>. Il lavoro di questo Autore ha mostrato che il semplice proporre controdeduzioni alle argomentazio-

ni di qualcun altro non è sufficiente a fornire obiezioni adeguate: le controdeduzioni devono innanzi tutto essere riconosciute per quello che sono, indipendentemente dal proprio punto di vista.

Coerentemente con la teoria dei modelli mentali, l'argomentare non dipende dalla semplice applicazione di regole formali, ma dalla costruzione e dall'utilizzo di rappresentazioni (modelli), attraverso cui vengono spiegati i diversi stati della mente. Essenzialmente, l'Autore introduce la possibilità che possano esistere elementi di tipo analogico all'interno del sistema della logica formale, in particolare in quello relativo alla costruzione delle premesse. Le persone, quindi, in base a tale teoria, non ragionano applicando solo leggi inferenziali, ma costruendo e poi modificando quelle rappresentazioni mentali di un problema che sono contenute nelle premesse, in modo prevalentemente analogico.

Secondo questa prospettiva, quindi, il ragionamento consiste in un processo semantico in base al quale i modelli mentali dei contenuti delle premesse subiscono un continuo rimaneggiamento e dove ogni ragionamento ipotetico implica la costruzione di un modello mentale attraverso tre fasi:

1. la comprensione delle premesse e la costruzione di un modello su di esse basato;
2. l'attivazione delle procedure di combinazione dei possibili modelli finalizzata all'ottenimento di un esito;
3. il riesame delle premesse attraverso l'analisi di ulteriori possibili modelli.

In base alla teoria di Johnson-Laird, dunque, gli individui costruiscono modelli mentali delle diverse situazioni (ad esempio quelli contesto-dipendenti) basandosi su alcune premesse e, successivamente, traggono conclusioni da tali modelli mentali. Un insieme di condizioni rende possibile la costruzione di più modelli e le conclusioni vengono accettate se coerenti con tutti quelli generati. I dettagli del modello, che si riferiscono al contesto, sono considerati irrilevanti (ad esempio se esso sia costituito o meno da immagini mentali).

In questa prospettiva, *il delirio può essere considerato come la conseguenza naturale di un difetto nel cogliere le rilevanze concettuali: le informazioni irrilevanti, in termini di esperienze disconnesse, vengono considerate determinanti fino al punto di suggerire falsi nessi causali, laddove invece le informazioni che potrebbero generare deduzioni contrarie vengono ignorate.* È interessante notare che esistono numerose evidenze a favore del fatto che i soggetti affetti da schizofrenia presentano problematiche simili nel discernere tra stimoli sensoriali rilevanti e irrilevanti<sup>15 16</sup>.

Si potrebbe ipotizzare che la tendenza a considerare parti disperate e disconnesse di informazione come tutte egualmente importanti, associata a un quadro di amplificato senso di allarme, sia responsabile della possibile

insorgenza di una ideazione delirante di tipo persecutorio. Garety<sup>17</sup> propone un modello simile a questo per spiegare il processo della formazione delle convinzioni. Van Den Bosch<sup>18</sup> ha costruito un modello integrato per spiegare come un difetto nella sequenza dei meccanismi responsabili dell'elaborazione delle informazioni fornite dal contesto, possa essere alla base di un episodio delirante acuto. Secondo questo Autore, una disfunzione nei processi pre-attentivi comporta la perdita di controllo degli stimoli ambientali sull'informazione percettiva in entrata. Ciò causerebbe un'alterazione procedurale degli schemi cognitivi nei quali le conoscenze vengono rappresentate, influenzando sull'adeguata progressione spazio-temporale dell'esperienza percettiva. Lo stimolo percettivo raggiunge quindi la coscienza senza tenere conto della sua contestualizzazione spazio-temporale: la frammentazione che ne risulta genera la soggettiva sensazione di "sovraccarico" cognitivo, *con un processamento di elaborazione, da parte del paziente, di informazioni irrilevanti e una accentuata distraibilità dovuta alla presenza di informazioni in eccesso.* Inoltre, il paziente smarrisce la capacità di integrare i singoli dettagli in una unica gestalt significativa, con il risultato di una disregolazione nei processi di integrazione percettiva di tipo automatico dall'alto verso il basso (*top-down*) e l'attivazione di quelli *bottom-up*, ovvero dal basso verso l'alto<sup>19</sup>, che sono più lenti. La rallentata elaborazione dell'informazione è causa di un percepito disagio da parte del paziente e costituisce un ben noto motivo di malfunzionamento della cognizione sociale<sup>20 21</sup>. Inoltre, questa condizione causa una sindrome di disorganizzazione cognitiva accompagnata da sintomi psicotici e da alterazione dell'esame di realtà, con distorsioni percettive, allucinazioni (come risultato dell'elaborazione di dati percettivi frammentati e decontestualizzati, che raggiungono la sfera della coscienza) e deliri, che rappresentano l'umana tendenza verso il controllo cognitivo nelle situazioni ambigue e confuse, con lo scopo di dare un senso all'esperienza (in qualunque modo essa venga vissuta). A questo punto, l'ipercontrollo cosciente assume una funzione compensatoria, al fine di contenere e prevenire il sovraccarico cognitivo, con conseguente prevalenza delle procedure analitiche e sequenziali rispetto a quelle olistiche e parallele, proprie del funzionamento normale. Tuttavia, l'aumento di meccanismi compensatori basati sull'ipercontrollo consapevole, intensifica e soggettivizza l'esperienza, generando nuove problematiche dovute a una eccessiva focalizzazione sui propri fenomeni mentali da una parte, e conseguente perdita di esperienza di condivisione del senso comune dall'altra. Il senso comune si smarrisce tra i dettagli irrilevanti che vengono percepiti come "nuovi" ed evocano significati semantici che sono poi alla base del pensiero delirante. *In tali circostanze l'utilizzo di euristiche attributive auto-centrate potrebbe consentire un alleggerimento del sovraccarico cognitivo sopra descrit-*

to e, quindi, una strategia esplicativa di maggiore immediatezza, ma che diventa tuttavia disfunzionale.

Mujica-Parodi et al.<sup>22</sup>, hanno proposto una teoria rivisitata del *modello dell'accomodamento* (inteso come selezione e riduzione numerica dei diversi modelli mentali iniziali) per classificare le convinzioni come sintomi patologici o non patologici in funzione della loro violazione di controdeduzioni attuali (concrete) o contestuali (probabilistiche).

Il vantaggio di considerare il delirio nell'ambito del modello dell'accomodamento è che quest'ultimo ne prevede una cornice di riferimento coerente, dalla quale originano i primi tre criteri definitori del DSM (falsità, inferenza arbitraria e impermeabilità all'evidenza del contraddittorio). Per quanto invece riguarda il quarto criterio, ovvero quello relativo alla compatibilità con il contesto culturale di riferimento, possiamo comunque considerare valida la classificazione che distingue tra convinzioni a-razionali e irrazionali.

Le credenze "*a-razionali*" sono quelle mantenute in piedi in assenza di supporto razionale, in assenza, cioè, di informazioni sufficienti, ovvero quel genere di credenze che avrebbero potuto essere vere data una serie di premesse e per le quali non è ancora stata formulata alcuna spiegazione alternativa o controdeduzione. Un esempio potrebbe essere quel genitore che ritiene che il proprio figlio sia a scuola, poiché durante il giorno abitualmente si trova lì, inconsapevole del fatto che il bambino è stato invece portato all'ospedale.

Le credenze "*irrazionali*" sono invece quelle mantenute a dispetto dell'evidenza del contrario; il problema, in questo caso, non consiste in una mancanza di informazione, ma nel rifiuto di prenderne atto.

Tuttavia, una potenziale difficoltà del modello dell'accomodamento consiste nel fatto che molti deliri "bizzarri" (quelli il cui contenuto viene definito dal DSM come non fisicamente possibile), non sarebbero spiegabili su questo piano. Per un paziente che è convinto che il suo pensiero sia controllato da una fonte esterna, cosa potrebbe fungere da efficace controdeduzione? In questo caso il grado di absurdità di tale affermazione esclude la possibilità di trovare controdeduzioni adeguate, equivalendosi paradossalmente tale convinzione a quella di una credenza a-razionale e, quindi, non delirante. Questo accadrebbe solo nel caso in cui non considerassimo i confini contestuali.

Per molti tipi di delirio, infatti, il problema non consiste tanto nel fatto che esistano ragioni per credere che siano falsi, ma che non esistono ragioni per credere che siano veri.

Nel corso del nostro sviluppo, e con l'acquisizione di diverse esperienze di vita, comprendiamo come molte delle nostre ipotesi sul mondo possano essere contraddette perché impariamo a filtrarle attraverso una griglia di regole concettuali che automaticamente restringono i

nostri schemi cognitivi. Queste regole possono includere massime probabilistiche del tipo: *il futuro è in parte una riproposizione del passato; l'informazione legata a più fonti ha maggiori probabilità di risultare vera di quella legata a una unica fonte; si dovrebbe assegnare maggiore credibilità agli eventi con intrinsecamente più alta probabilità e minore credibilità a quelli intrinsecamente meno probabili; alcune coincidenze dovrebbero essere considerate casuali piuttosto che causali, in quanto esse non possiedono caratteristiche predittivamente rilevanti; la probabilità che un evento si verifichi per ragioni contingenti è inversamente proporzionale al numero di volte in cui si verificherà per pure coincidenza; e così via.*

Il fatto che queste assunzioni siano considerate di "senso comune" non è casuale.

Esse costituiscono la base dell'esperienza condivisa che tutti noi abbiamo del mondo, e queste stesse premesse contestuali, provvedono già loro a costruire controdeduzioni preliminari che servono a restringere i nostri schemi, a un livello ancora più basilare di quanto non facciano le controdeduzioni empiriche. L'ipotizzato errore, da parte dei pazienti deliranti, nell'utilizzare adeguatamente i restrittori contestuali, risulta centrale sia negli studi che hanno dimostrato una loro tendenza a "saltare alle conclusioni" nella formazione di giudizi<sup>23 24</sup> sia nel meccanismo di focalizzazione sull'informazione attuale, con esclusione di esperienze passate rilevanti, anch'essa caratteristica di questi pazienti<sup>25</sup>.

In un recente studio<sup>26</sup>, che ha correlato le variabili relative a bias relativi allo stile attributivo, la tendenza al "jump to conclusion" e prove relative all'integrità della Teoria della Mente (ToM) e delle funzioni metacognitive, gli Autori hanno dimostrato che una tendenza generale all'insorgenza di ideazione delirante sarebbe correlata alle ultime due variabili, mentre il bias di tipo attributivo sarebbe correlato con una tendenza all'ideazione di tipo paranoide in maniera trasversale sia tra il gruppo di pazienti che in quello di controllo.

È stato provato che pazienti deliranti ricercano un numero minore di informazioni e sono più convinti della correttezza delle loro decisioni rispetto ai soggetti di controllo, quando eseguono compiti di formulazione di giudizi di probabilità astratta<sup>23</sup>.

In questo senso Carolyn & Dodgson<sup>27</sup> hanno dimostrato che i soggetti deliranti da loro esaminati ricercavano un numero minore di informazioni prima di prendere una decisione, ed emettevano giudizi meno articolati, giungendo alla conclusione che esista in essi un deficit più profondo, indipendente dal compito o dal contesto.

*I restrittori contestuali forniscono quindi la necessaria distinzione tra deliri bizzarri e credenze a-razionali comunemente accettate.*

Ciò è attribuibile al fatto che le credenze a-razionali, pur se contrarie alle opinioni di un altro individuo, non

necessariamente costituiscono esempi di impermeabilità alle controdeduzioni contestuali, dal momento che le esperienze e le conclusioni degli altri possono risultare strumenti efficaci nel giudizio di realtà.

I deliri bizzarri, invece, per loro natura, violano non solo il criterio della “peer review”, ovvero del confronto con l’altro, ma sono generati dalla mancata attivazione di meccanismi restrittivi sulle ipotesi ottenute rispetto ai limiti imposti da un particolare contesto. Tali limiti sono relativi alle leggi di causalità, costanza e casualità.

Ciò che appare particolarmente critico, in questo ambito, non è solo la circostanza che le convinzioni del paziente abbiano scarsa probabilità di essere veritiere, ma anche il fatto che il coinvolgimento emotivo che il paziente sperimenta in esse è sproporzionato rispetto alla probabilità che possano risultare tali.

È importante sottolineare che le considerazioni probabilistiche assumono rilevanza esclusivamente nel confronto con le convinzioni a-razionali, che vengono considerate deliranti o meno in base alla loro impermeabilità o meno alle controdeduzioni. Le convinzioni irrazionali, invece, sono sempre considerate deliri, in base ai modelli della logica formale e dei criteri classificatori del DSM-IV. Dato che il livello di misconoscimento delle controdeduzioni necessita, per essere testato, della presenza di due variabili valutate l’una rispetto all’altra, ovvero la presenza di controdeduzioni vs. il loro riconoscimento, ne segue che *la gravità di un delirio può essere descritta sulla base di questo continuum*, in cui gli estremi sono “poche controdeduzioni/alto riconoscimento”, e, “molte controdeduzioni/nulla riconoscimento”. Nel caso dei deliri bizzarri, la non efficacia delle molte controdeduzioni non dipenderebbe esclusivamente da prove di falsità della convinzione, ma anche dai restrittori contestuali più generici e basilari, misconosciuti dal paziente.

L’assenza di critica rispetto a una determinata convinzione non è chiaramente quantificabile nella maggior parte dei casi, poiché è difficile determinare la pregnanza delle controdeduzioni. In ogni caso, è possibile operare una intuitiva distinzione: la donna che crede che il suo vicino la odi è presumibilmente più delirante se basa il proprio giudizio su due interazioni coerenti con la sua convinzione e quindici discordanti, piuttosto che se lo basa su due coerenti e tre discordanti. Il nucleo critico consiste nella “decisione” di quanta informazione debba essere ignorata al fine di mantenere in piedi la convinzione, laddove la mole di informazioni da trascurare è direttamente proporzionale alla gravità del delirio.

### **Un continuum che va dai bias euristici al pensiero delirante: Ipotesi a confronto**

Un modello cognitivista del delirio persecutorio ne spiega le anomalie, sottolineandone la formazione e il mante-

nimento, e caratterizzando tali processi in termini funzionali e neuro-anatomici. Le definizioni classiche di delirio assumevano che esso fosse qualitativamente diverso dalle comuni convinzioni, e i deliri venivano definiti come false credenze sostenute da convinzioni inusuali, la cui assurdità era palesemente manifesta agli altri, e considerate prive di ogni collegamento con la logica. Tuttavia, questa definizione monolitica è stata rivalutata alla luce dei più recenti studi che hanno dimostrato come una convinzione delirante non è imm modificabile: le preoccupazioni e il senso di frustrazione collegati a un pensiero delirante fluttuano nel tempo e possono essere ridotti da specifici interventi cognitivo-comportamentali. *I deliri vengono di conseguenza concettualizzati come entità dimensionali piuttosto che categoriali, collocandosi a un estremo sul “continuum delle convinzioni”*. Le formulazioni psicologiche cognitiviste hanno messo in luce che i deliri persecutori spesso emergono da scorrette interpretazioni di interazioni sociali o eventi, piuttosto che da accadimenti neutrali o impersonali: le persone che presentano deliri persecutori sono infatti preoccupate per le intenzioni degli altri e, quindi, tali distorsioni del pensiero possono rappresentare un malfunzionamento del processo psicologico preposto alla formazione e al mantenimento delle consuete credenze sociali (senso comune).

La loro costituzione dipende da:

1. una selezione degli input sociali presenti nel contesto significativo per la persona;
2. un processo inferenziale che utilizza questi dati per interpretare le intenzioni altrui e regolare di conseguenza il proprio comportamento<sup>28</sup>.

Tale processo inferenziale si basa sull’accesso a quell’insieme di informazioni che costituisce lo “schema-del Sé”, un contenitore di esperienze autobiografiche che comprende informazioni sulla persona come *l’insight* e *l’awareness*<sup>29 30</sup>, le sue relazioni con gli altri e la comprensione delle situazioni sociali, e che determina che cosa venga registrato e come esso debba essere interpretato. Distorsioni o deficit in questi processi (*bias attenzionali, bias attributivi, la tendenza a saltare subito alle conclusioni, deficit delle funzioni metacognitive, della ToM e della cognizione sociale*) sembrano avere una rilevanza eziologica significativa nella formazione dei deliri persecutori. Difatti il comportamento adattivo degli esseri umani si basa sul rapido monitoraggio degli input ambientali, come ad esempio quelli di minaccia, e le persone che presentano deliri persecutori sono sistematicamente più sensibili a segnali di pericolo e con maggiore frequenza richiamano alla coscienza episodi di minaccia. Il vantaggio evolutivo del sistema di attenzione verso la “minaccia-al-Sé”, si sovraccarica in tal modo dell’effetto deleterio di tale ipervigilanza e della esasperata allerta verso il pericolo. Gli attuali modelli di spiegazione della paranoia ipotizzano che in situazioni ambigue, nelle

quali indizi che riguardano le intenzioni degli altri sono carenti, possono essere percepiti come ostili da parte di pazienti affetti da deliri persecutori. In questo caso è presente un bias relativo alla cognizione sociale rispetto alla percezione dell'ostilità altrui che risulta più elevato nelle persone affette da paranoia<sup>31</sup>.

In altri studi sperimentali, simili distorsioni sono state notate quando il contenuto del compito aveva a che fare con un pericolo di minaccia all'immagine della persona o al suo concetto di Sé.

Le persone con deliri persecutori prestano attenzione selettiva a stimoli di minaccia, giungono a conclusioni in assenza di sufficienti informazioni, attribuiscono la responsabilità degli eventi negativi a fattori esterni e manifestano difficoltà nell'interpretare le intenzioni degli altri, le loro motivazioni e i loro stati mentali<sup>32</sup>. La presenza del cluster di "distorsione della realtà" dei disturbi psicotici correla con un flusso ematico cerebrale nell'area laterale sinistra della corteccia prefrontale, nella parte ventrale dello striato, nei giri temporali superiori e nella regione paraippocampale. I processi cognitivi di tipo sociale (attenzione selettiva verso la minaccia, attribuzione di causalità o stati mentali) coinvolgono le medesime aree nei soggetti sani.

La sistematica distorsione nell'attribuzione di significato e il continuo richiamo a contenuti mentali particolarmente sensibili al tema delirante, la rinforzano, innescandosi una sorta di circolo vizioso per cui tali distorsioni sembrano dipendere sensibilmente dallo stato delirante e viceversa: accade infatti che venga rivolta un'attenzione eccessiva agli stimoli minacciosi durante la fase delirante acuta, mentre ciò avviene con minore intensità dopo la remissione sintomatologica.

La corrente letteratura non è univoca nel suffragare l'ipotesi di un legame causale tra stile attributivo e costruzione del pensiero delirante di tipo paranoideo. Di seguito si riportano una serie di dati della letteratura a sostegno o meno di questa ipotesi.

Alcuni Autori hanno suggerito come un esasperato bias auto-favorevole possa essere alla base della formazione della paranoia<sup>33</sup>, indagando se una anomalia nello stile attributivo possa considerarsi tipica dei pazienti con delirio persecutorio, o estendibile anche ai pazienti privi di questo disturbo in atto. Inoltre, gli stessi Autori si sono posti il problema se i pazienti paranoici tendano maggiormente ad attribuire colpe a situazioni esterne, piuttosto che a persone. I risultati mostrano che mentre i soggetti sani manifestano un bias auto-favorevole significativo, i pazienti schizofrenici, sia paranoidei sia non paranoidei, si collocano a metà tra quelli sani e quelli depressi. A prescindere dalla tipologia dell'evento (positivo o negativo), i pazienti con deliri persecutori mostrano un bias attributivo imparziale, laddove altri gruppi se ne percepivano tendenzialmente come la causa. L'ul-

teriore scoperta riguarda il fatto che la paranoia acuta possa essere associata a un abbassamento del senso di efficacia personale, che potrebbe favorire la presenza di convinzioni come ad esempio quella di essere controllati dall'esterno o esperienze di passività.

Sempre in questo senso sono stati condotti studi su soggetti sani su possibili interpretazioni di tipo paranoide degli eventi, elicitate da una disregolazione di processi emozionali<sup>34</sup>. Tra i fattori predittivi dello sviluppo delle interpretazioni deliranti era evidente la presenza di un bias attributivo.

In un altro studio<sup>35</sup>, gli Autori hanno dimostrato che un numero rilevante di distorsioni cognitive ha una particolare influenza sulla formazione del pensiero persecutorio (come ad esempio un ipertrofico bias auto-favorevole). Inoltre, le rilevazioni sul peggioramento dello stato dell'umore in associazione ad alti livelli di autostima, hanno contribuito alla formulazione di alcune teorie sull'ideazione persecutoria. In questo studio, a più gravi livelli di ideazione paranoidea, erano significativamente associati stati depressivi più intensi, ansia sociale, condotte di evitamento, stati di allerta, attenzione selettiva a elementi di disagio e bassa autostima, ma non sono state rilevate associazioni significative tra ideazione paranoidea e bias attributivi. Questi riscontri suggeriscono che alterazioni umorali e stati ansiosi, con la conseguente instabilità della percezione di Sé, sarebbero correlati all'ideazione paranoidea in campioni non clinici, ma sono comunque ridimensionati, nella loro portata, proprio dal fatto di essere stati rilevati attraverso misurazioni dell'ideazione paranoidea di tipo self-report, che potrebbero valutare diversi aspetti del pensiero paranoideo (ad esempio le idee di riferimento).

Anche McKay et al.<sup>36</sup> non hanno trovato conferma all'ipotesi che possa esistere un'associazione tra i deliri persecutori e l'errore fondamentale di attribuzione, e solo un limitatissimo riscontro nell'associazione tra deliri persecutori e bias di attribuzione a Sé degli eventi. Sempre secondo gli Autori, non è risultata alcuna evidenza di associazione tra bias attributivi e ideazione persecutoria subclinica.

Sempre a supporto dell'ipotesi che non esista una significativa correlazione tra queste due variabili, Devylder et al.<sup>37</sup> hanno analizzato, in un gruppo di giovani a rischio di sviluppo di psicosi, l'eventuale correlazione tra bias relativi a uno stile attributivo e l'ideazione paranoide (anche sottosoglia), disconfermando questo tipo di associazione. Questi risultati suggeriscono che il legame tra l'ideazione persecutoria e bias attributivi sarebbe incoostante e in alcuni casi piuttosto debole, ed emergerebbe soltanto quando l'ideazione persecutoria è presente con una certa intensità, comunque confinata ai bias di personalizzazione (attribuzione a Sé).

Una meta-analisi di 266 studi, che ha valutato 503 interazioni tra variabili indipendenti, ha suggerito la presenza di un bias attributivo di tipo auto-favorevole in persone

con maggiore tendenza a una modalità di attribuzione interna, stabile e globale verso eventi positivi piuttosto che negativi<sup>38</sup>. Questo studio ha preso in considerazione l'ampiezza, l'ubiquità e la flessibilità di questa distorsione. La psicopatologia era associata a un bias significativamente attenuato, se paragonato a quello di campioni privi di psicopatologia. La distorsione era minore nei soggetti affetti da depressione, ansia e disturbi da deficit di attenzione/iperattività. I risultati confermano che i bias di attribuzione auto-favorevoli sono molto diffusi nella popolazione generale, ma si evidenzia significativa variabilità in base a età, cultura e sintomi psicopatologici manifestati.

### **Ipotesi sui meccanismi attraverso i quali i bias euristici influenzerebbero la strutturazione di un pensiero delirante: conclusioni**

Kaney & Bentall<sup>39</sup> hanno studiato i bias attributivi auto-favorevoli in una coorte di pazienti che presentavano deliri persecutori, pazienti affetti da disordine affettivo maggiore e soggetti sani di controllo. Nel confronto con i soggetti sani e quelli psichiatrici di controllo, i soggetti deliranti mostravano un più accentuato bias auto-favorevole, come evidenziato dalla loro percepita maggiore influenza sugli esiti di situazioni favorevoli. Questi risultati sono stati letti come coerenti con l'ipotesi che i deliri persecutori funzionino come difesa nei confronti della bassa autostima. Le evidenze esaminate in questo articolo suggeriscono che la formazione delle convinzioni sociali persecutorie dipendono da: 1) il malfunzionamento di un filtro relativo alle informazioni sociali di minaccia; 2) una compromissione nel ragionamento inferenziale sulle ipotesi delle intenzioni dell'altro, come da deficit della funzione metacognitiva, dovuta alla scorretta raccolta delle informazioni associata a una difettosa capacità di rappresentarsi adeguatamente le intenzioni dell'altro; 3) una distorta risoluzione delle opzioni di attribuzione ambigue in favore di un preponderante bias auto-favorevole. È opportuno domandarsi se i bias attributivi rappresentino degli specifici indicatori di stato (che variano, dunque, al variare dei sintomi psicopatologici), oppure tratti stabili (presenti già prima del manifestarsi dei sintomi e, dunque, di probabile rilevanza causale). Sia i bias attenzionali che i deficit di mentalizzazione appaiono essere indicatori di stato, sebbene possano giocare un ruolo nel mantenimento dei deliri persecutori una volta che essi siano stati innescati<sup>32</sup>. Comunque, la dicotomia di "stato versus tratto" potrebbe risultare eccessivamente semplicistica, poiché i processi cognitivi e affettivi sottostanti alla formazione e al mantenimento del delirio, possono variare secondo modalità difficilmente prevedibili. Per esempio, tanto l'autostima quanto l'umore, nei disturbi bipolari a cicli rapidi, sembrano modificarsi in modo non lineare nel corso del tempo.

La teoria attributiva fornisce una cornice di riferimento per comprendere i nessi causali che le persone formulano per spiegare il proprio e l'altrui comportamento. È stato stimato che le persone sane stabiliscono un'attribuzione causale (una enunciazione che include o implica la parola "perché") ogni poche centinaia di parole. *I soggetti sani mostrano un considerevole numero di bias attribuzionali auto-favorevoli nello spiegare le cause degli eventi*. In questo senso essi tendono ad attribuirsi il merito dei successi (attribuzione interna degli accadimenti positivi: il bias "auto-rafforzativo") e a declinare le responsabilità dei fallimenti (attribuzione esterna degli eventi negativi: il bias "auto-protettivo"). *Tali distorsioni avrebbero il significato di mantenere e rafforzare l'autostima*.

Nello studio già citato di Martin & Penn<sup>35</sup>, gli Autori si sono serviti di specifici questionari in cui veniva chiesto di inferire la possibile causa di ipotetici eventi positivi e negativi. *I pazienti con deliri persecutori* (con diagnosi di schizofrenia paranoidea o disturbo delirante) *mostravano una particolare enfaticizzazione del bias auto-favorevole*. In studi trasversali<sup>32</sup>, i pazienti esaminati attribuivano con eccessiva frequenza gli ipotetici eventi positivi a cause interne (a sé stessi), mentre gli ipotetici eventi negativi a cause esterne (circostanze o altre persone).

I pazienti che presentano deliri con contenuti non persecutori, non differiscono invece dai soggetti sani quanto a stile attributivo, suggerendo che il bias di attribuzione nei soggetti paranoici strutturi il contenuto delirante piuttosto che la sua forma. *I pazienti paranoici presentano inoltre un'esagerata attribuzione causale di eventi negativi alla coscienza malevolenza di altri* (attribuzione personale esterna), *piuttosto che al ruolo delle circostanze o del caso* (attribuzione situazionale esterna).

Bentall et al.<sup>40</sup> hanno suggerito che questo ipertrofico bias attributivo esterno abbia la funzione di preservare l'autostima, limitando l'accesso alla consapevolezza degli aspetti personali negativi conservati nella memoria semantica. In questa cornice di riferimento, quando tali rappresentazioni negative di Sé vengono attivate da eventi minacciosi, le attribuzioni personali esterne (etero-accusanti) vengono elicitate per prevenire la percezione di una discrepanza tra come la persona realisticamente si vede (rappresentazioni del Sé-attuale) e come invece vorrebbe essere (rappresentazioni del Sé-ideale). La consapevolezza di queste discrepanze porterebbe infatti a una perdita di autostima, troppo minacciosa per la stabilità e l'integrità della persona. Questa distorsione attributiva si attiva ovviamente al prezzo di alimentare le percezioni negative del paziente paranoico sulle intenzioni altrui. L'ipotesi di tale "delirio persecutorio difensivo" ci fa presumere che i deliri persecutori siano associati a:

1. normali livelli di autostima esplicita, manifesta (il ruolo della difesa è infatti quello di conservare l'autostima);
2. bassi livelli di autostima implicita, profonda (rilevati

da test proiettivi in grado di eludere e riconoscere le difese e di attivare le discrepanze tra il "Sé attuale" e il "Sé ideale").

Studi trasversali<sup>41</sup> che hanno indagato i livelli di autostima manifesta e profonda in una coorte di pazienti affetti da deliri persecutori, pazienti depressi e soggetti di controllo, confermano ampiamente l'ipotesi che i deliri persecutori siano associati a livelli normali o alti di autostima esplicita e a discrepanze non molto significative tra il Sé ideale e quello attuale, ma a bassi livelli di autostima profonda.

Tuttavia, un precedente studio longitudinale<sup>32</sup> che ha analizzato una coorte di soggetti con deliri resistenti ai farmaci in un trial di terapia cognitivo-comportamentale, ha dimostrato che nella maggior parte dei pazienti, il disturbo del pensiero correlava prevalentemente con lo stato dell'umore e il funzionamento sociale. La bassa autostima, in questo gruppo, appariva infatti meglio spiegabile in termini di processi identificabili con la depressione, come ad esempio la disperazione o la gravità della malattia. Aspetto interessante di questo studio, è che i soggetti deliranti con normali livelli di autostima manifesta, mostravano convinzioni più radicate nei loro pensieri deliranti. La valutazione dell'autostima profonda è complessa e i differenti metodi di indagine per la valutazione della distanza tra Sé ideale e attuale hanno fornito risultati discordanti. Per esempio, una bassa autostima è normalmente associata a standard perfezionistici di autovalutazione, che sono stati riscontrati in pazienti paranoici, ma non depressi. Gli individui sani generano con maggiore rapidità giudizi di attribuzione interna per gli eventi positivi piuttosto che per quelli negativi, probabilmente perché le auto-rappresentazioni positive risultano cognitivamente più "accessibili" di quelle negative. Questa distorsione appare assente nei pazienti paranoici, suggerendo che essi conservino invece un eccesso (in gran parte implicito e quindi parzialmente inconsapevole) di rappresentazioni negative di Sé, associate a bassi livelli di autostima profonda.

Per collegarci all'ipotesi di partenza di questo lavoro, relativa ai processi di formazione del delirio rispetto all'ipotetico ruolo dei bias attribuzionali nel meccanismo di conservazione dell'autostima (nella cornice di riferimento dei modelli mentali di Johnson-Laird), si può ipotizzare che, dal momento che i modelli mentali coerenti con la disponibilità di informazioni che occorrono per la costituzione delle premesse di un ragionamento sono quasi sempre incompleti, la maggior parte delle "conclusioni" sarà più che altro una ipotesi realistica, che potrebbe essere confutata dal confronto con nuove evidenze e controdeduzioni. Questo modello ben si adatta a spiegare un concetto chiave del delirio, che non consiste tanto nella stranezza delle conclusioni raggiunte, quanto nella loro perseveranza a dispetto dell'evidenza del contrario<sup>42</sup>. In tal modo, per il paziente, il deficit consiste nella incapacità di riconoscere e applicare alle conclusioni ottenute delle controdeduzioni.

Coerentemente con la teoria dei modelli mentali, due sarebbero i meccanismi responsabili degli aspetti deficitari della flessibilità nel pensiero schizofrenico:

1. l'incapacità di operare una distinzione tra ciò che è rilevante e ciò che è irrilevante nelle premesse (ciò, in parte, a motivo dell'incongruità tra queste ultime e il contesto);
2. il deficitario riconoscimento e conseguente mancato utilizzo di controdeduzioni per la verifica delle conclusioni, che lascerebbe supporre che la disfunzione di questo meccanismo possa essere il risultato di un eccessivo "rumore" nel sistema cognitivo dovuto a rabbia, ansia, mania e depressione psicotica, con conseguente alterazione dei meccanismi di regolazione normalmente presenti.

La "matematica delle controdeduzioni" assumerebbe, a proposito della percezione umana, che i deliri bizzarri rappresentino il sintomo di una patologia molto più grave rispetto ai deliri non bizzarri. Per ciascuna credenza falsa, il numero delle controdeduzioni disponibili è relativamente ristretto, in quanto le possibilità di mettere alla prova la credenza stessa sono limitate dal suo contenuto. Per esempio, se sono convinto che il mio vicino di casa mi odi, le possibilità di cui dispongo di verificare ipotesi contrarie sono limitate al numero delle mie potenziali interazioni con quel vicino. Viceversa, le controdeduzioni probabilistiche (contestuali), essendo linee guida molto più generali di come funziona il mondo, la causalità e il caso, vengono rinforzate in una più ampia gamma di situazioni, che spaziano dalle spiegazioni di un avanzamento di carriera fino alle modalità attraverso cui si possa prendere un raffreddore: in altre parole, su come funziona il mondo. Dal momento che le possibilità di verifica di controdeduzioni risulta più vasta, poiché riferibile a regole di funzionamento generali, la violazione dei vincoli contestuali deve necessariamente ignorare una quantità enorme di informazioni. Conseguentemente, il delirio generato da tale violazione sarà presumibilmente molto più grave.

Da questo punto di vista, quindi, la distinzione tra delirio bizzarro e non bizzarro si pone in termini di livello, piuttosto che di tipologia. In entrambi, infatti, il meccanismo sottostante consiste in un difetto di accomodamento dei propri modelli mentali. Nel delirio bizzarro il deficit è ovviamente più pervasivo e influenza l'adeguato riconoscimento delle controdeduzioni non solo relative al modello stesso, ma anche di quelle probabilistiche. *La nostra ipotesi è che, tra i fattori che possono interferire con il processo di restrizione probabilistica dei nostri modelli mentali e, di conseguenza, favorire l'insorgenza del pensiero delirante, insieme ad alcuni stati mentali già noti che possono ostacolare tale meccanismo o peggiorarne il funzionamento (rabbia, oscillazioni dell'umore, labilità emotiva, ansia, ecc.), si possa includere anche il ricorso ai bias attributivi, che influenzano, come abbiamo visto, lo stato mentale della*

persona, con la finalità di mantenere integra l'autostima (sia manifesta che profonda), e/o attenuare il timore di perderla. Il ricorso a tale meccanismo, poiché centrato su di Sé, configura uno strumento acritico di interpretazione del mondo, responsabile del difetto iniziale nel processo di verifica delle controdeduzioni cui fa riferimento la teoria dei modelli mentali.

L'interesse per una cornice teorica di riferimento di questo tipo nasce dall'ipotesi che esista un *continuum* tra i disturbi di pensiero sottosoglia (derivati dai bias euristici attributivi) e il pensiero delirante.

I bias euristici sono socialmente più accettati, ma proprio per questo più insidiosi, a motivo della relativa comprensibilità e condivisibilità di tale distorsione del pensiero, mentre il pensiero delirante viene chiaramente percepito come un qualcosa di altro-da-sé e, quindi, solitamente, la conversazione si arresta nello stesso momento del suo presentarsi, senza generare ripercussioni e conseguenze sul comportamento.

Le persone tendono infatti a cercare nell'ambiente informazioni in linea con i loro pre-esistenti punti di vista e a interpretare tali informazioni nella direzione di una loro conferma, ricordando selettivamente le informazioni che li supportano (bias auto-favorevoli) e tendendo a una sorta di inconsapevolezza morale<sup>43</sup>.

Questi sono i meccanismi responsabili della formazione dell'autoinganno che rappresenta la costruzione (o il mantenimento) di una credenza falsa sulla spinta di un pervasivo stato di motivazione a credere a quella proposizione. Rispetto al ruolo dei sistemi volitivi nella strutturazione dell'autoinganno, secondo la corrente degli "intenzionalisti" esso sarebbe volontario, mentre la corrente "anti-intenzionalista" presuppone processi in gran parte involontari con il prevalere del desiderio di assumere una diversa immagine di sé, rispetto ai meccanismi cognitivi di tipo razionale; nella versione dell'"intenzionalismo de-

bole" sarebbe presente uno stato mentale che oscilla tra i due precedenti, e, l'incertezza cognitiva rappresentata da questa oscillazione, sarebbe alla base di una sorta di autorizzazione a credere in ciò di cui non si è profondamente convinti. Lo stato mentale della persona che si autoinganna viene descritto secondo diversi costrutti, per cui la persona può non credere alla sua "verità privata", può crederci, oppure più realisticamente, come già descritto prima, presenta una continua oscillazione tra i due stati. Le funzioni dell'autoinganno sono molteplici, dal credere che la realtà sia in un certo modo e il conseguente stato di benessere che ne deriva, dal preservare la propria autostima, alla possibilità di persuadere qualcuno di qualcosa in cui non si crede veramente..

Queste distorsioni comuni possono inconsciamente influenzare il nostro processo decisionale e condurre inconsapevolmente a conclusioni non etiche. La Tabella II ne mostra alcuni esempi<sup>44</sup>.

Un concetto esemplificativo di questo problema è costituito dal crescente incremento di ciò che viene chiamato il "Disimpegno Morale"<sup>45</sup>. Tale definizione deriva dalla psicologia sociale e indica il processo attraverso il quale gli individui si autoconvincano che determinati standard etici non si applicano loro in certi particolari contesti, separando le implicazioni morali da alcune condotte inumane e inibendo il meccanismo dell'auto-condanna, fino alla autogiustificazione dei propri comportamenti. Generalmente, infatti, gli standard morali hanno la funzione di costituire una guida e un deterrente per la condotta. Una volta che si è sviluppato un controllo internalizzato in tal senso, gli individui regolano i comportamenti in base agli standard che applicano a sé stessi: fanno cose che gli recano soddisfazione e appagamento e si astengono dal mettere in atto comportamenti che possano violare i loro standard morali. L'auto-sanzionamento mantiene la condotta in linea con questi standard interni. Tuttavia, gli

**TABELLA II.**

Distorsioni comuni. *Common bias*.

Bias sul mondo	Bias sulle altre persone	Bias su se stessi
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tendiamo a sottostimare le conseguenze negative del nostro comportamento ed i rischi a esso annessi</li> <li>• Formuliamo giudizi inadeguati sulle implicazioni causali</li> <li>• Ignoriamo indiscriminatamente gli eventi che hanno bassa probabilità di verificarsi</li> <li>• Rifiutiamo l'incertezza</li> <li>• Sottovalutiamo il futuro, assegnando sproporzionatamente maggiore peso alle conseguenze attuali piuttosto che a quelle potenziali future</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attraverso l'etnocentrismo e gli stereotipi, crediamo erroneamente che i nostri valori e le nostre convinzioni siano superiori a quelle di persone appartenenti ad altri gruppi</li> <li>• Ci lasciamo sviare dalla nostra fiducia nella "euristica di autorità": ci fidiamo spesso della saggezza, della competenza, e dell'esperienza di figure autoritarie, ma talvolta questa fiducia è mal riposta e tale euristica diviene un bias potente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abbiamo un'illusione di superiorità (ci sentiamo moralmente migliori di altri), talvolta solo perché reinterpretiamo il passato a nostro favore</li> <li>• Abbiamo la percezione di un senso di giustizia auto-favorevole</li> <li>• L'eccessiva fiducia nelle nostre capacità ci provoca una alterata concezione dei nostri comportamenti etici</li> </ul>

standard morali funzionano come regolatori interni stabili del comportamento esclusivamente quando i meccanismi di auto-regolazione sono attivi, ma esistono numerosi processi psicologici in grado di neutralizzare tale attivazione. *Tali processi rappresentano forme di disimpegno morale*<sup>45</sup>. Alcuni meccanismi rendono accettabili condotte offensive che di norma sono condannabili tramite l'appello a principi superiori, il ricorso a eufemismi, il confronto con azioni ancor più riprovevoli:

- *giustificazione morale*. Danni arrecati ad altre persone possono essere giustificati facendo appello a scopi altamente morali o a principi superiori (ad esempio "Se lo è meritato è un ladro");
- *etichettamento eufemistico*. Attenuazione dei toni espressivi, facendo ricorso a termini che consentano di rendere più accettabili e rispettabili eventuali ostilità verso altre persone (ad esempio "Non l'ho picchiato, gli ho dato uno spintone");
- *confronto vantaggioso*. Azioni riprovevoli vengono "contrastate" attraverso il confronto con altre azioni ancor più riprovevoli (ad esempio "Gli ho solo dato uno spintone, mica un pugno");

Altri meccanismi assolvono alla stessa funzione di disinnesco morale tramite lo spostamento o la diffusione della responsabilità individuale:

- *dislocamento della responsabilità*. Il rinviare ad altri la responsabilità delle proprie azioni, in genere a persone potenti, porta il soggetto a offuscare il proprio coinvolgimento personale nella vicenda aggressiva (ad esempio "Marco mi ha detto di colpirlo");
- *diffusione della responsabilità*. L'estensione della responsabilità a una collettività di individui attenua la responsabilità individuale così che la colpa di tutti in definitiva risulta di nessuno (ad esempio "Non sono stato io, c'erano anche altri");
- *distorsione delle conseguenze*. La negazione o la minimizzazione del danno arrecato tranquillizza la coscienza (ad esempio "Ma non si è fatto niente!");

Bandura individua infine dei meccanismi che, tramite la deumanizzazione della vittima o l'attribuzione a essa di particolari colpe e responsabilità, consentono di violare il principio che vieta di fare agli altri ciò che non si vorrebbe fosse fatto a se stessi:

- *deumanizzazione della vittima*. I destinatari delle offese vengono privati della propria dignità umana e ridotti al rango di cose o animali (ad esempio Con soprannomi come verme, maiale ecc.); viene così meno un qualsiasi sentimento di identificazione, empatia e solidarietà (ad esempio "È inferiore a me, potevo farlo! È un albanese, uno zingaro" ecc.);
- *attribuzione della colpa alla vittima*. La responsabilità dell'azione aggressiva viene ribaltata sulla vittima che, per qualche ragione diventa meritevole dell'aggressione stessa (ad esempio "È stato lui a iniziare").

La ragione per la quale chi scrive ritiene che i disordini di pensiero sottosoglia comportino possibili importanti alterazioni sui meccanismi di comunicazione umana (e sui conseguenti comportamenti che ne possono derivare), si basa proprio sul fatto che ad esempio i bias attributivi amplificherebbero le forme di disimpegno morale su esposte. Inoltre, dal momento che rappresentano sistemi di pensiero socialmente accettati (e, quindi, più subdoli e meno visibili), entrano a far parte di tutto quel sistema comunicativo (soprattutto giuridico, sociale, lavorativo, familiare) che comporta delle possibili conseguenze, anche serie, per le persone che ne sono coinvolte. In virtù di questi errori di pensiero socialmente accettati, molte forme di comunicazione risultano essere predeterminate nella loro evoluzione (e nei loro esiti), in modo aprioristico, sia per vincoli di tipo contestuale (ad esempio di tipo sociale o legale), che di tipo relazionale (come nelle relazioni "perverse" in cui un membro della coppia è ad esempio un narcisista maligno). In questi ambiti comunicativi la funzione dei bias attributivi è quella di rinforzare l'inautenticità delle sequenze comunicative presenti in questi contesti o relazioni, che sempre di più appaiono essere governate da automatismi di pensiero come quello euristico.

Da questo punto di vista l'ideazione delirante (che rappresenterebbe l'estremo psicopatologico di questa dimensione di disturbo del pensiero), appare essere paradossalmente molto più innocua, in quanto, già nel momento del suo presentarsi ed essere riconosciuta immediatamente dall'interlocutore, proprio per la bizzarria dei suoi contenuti, cessa di presentare pericolosità comunicativa. In questo caso la persona che ne è affetta verrà progressivamente emarginata dal proprio contesto sociale.

Entrambi gli estremi dello spettro riconoscerebbero però una funzione comune di base, che è quella relativa al mantenimento della propria autostima.

*Questo articolo è espressamente dedicato a tutti coloro che, pur capendolo pienamente, forse non riusciranno mai a comprenderlo.*

## Bibliografia

- 1 Tversky A, Kahneman D. *Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases*/ Science 1974;185:1124-31.
- 2 Ross M, Sicoly F. *Egocentric biases in availability and attribution*. J Pers Soc Psychol 1979;37:322-36.
- 3 Ross L, Greene D, House P. *The false consensus effect: an egocentric bias in social perception and attribution processes*. J Exp Soc Psychol 1977;13:279-301.
- 4 Ross L. *The intuitive psychologist and his shortcomings: Distortions in the attribution process*. In: Berkowitz L, editor. *Advances in experimental social psychology*, vol. 10. New York: Academic Press 1977.

- 5 Allison ST, Messick DM. *The group attribution error*. J Exp Soc Psychol 1985;21:563-79.
- 6 Miller DT, Ross M. *Self-serving biases in the attribution of causality: fact or fiction?* Psychol Bull 1975;82:213-25.
- 7 Babcock L, Loewenstein G. *Explaining bargaining impasse: the role of self-serving biases*. J Econ Perspect 1997;11:109-26.
- 8 Taylor DM, Doria JR. *Self-serving bias and group-serving bias in attribution*. J Appl Soc Psychol 1981;113:201-11.
- 9 Regan DT, Straus E, Fazio R. *Liking and the attribution process*. J Exp Soc Psychol 1974;10:385-97.
- 10 Vonk R. *The negativity effect in trait ratings and in open-ended descriptions of persons*. Pers Soc Psychol Bull 1993;19:269-78.
- 11 Taylor SE, Koivumaki JH. *The perception of self and others: acquaintanceship, affect and actor-observer differences*. J Pers Soc Psychol 1976;33:403-8.
- 12 Kammer D. *Differences in trait ascriptions to self and friend: Unconscious founding intensity from variability*. Psychol Rep 1982;51:99-102.
- 13 Oakhill JV, Johnson-Laird PN. *Rationality, memory and the search for counterexamples*. Cognition 1985;20:79-94.
- 14 Johnson-Laird PN. *Mental models, deductive reasoning, and the brain*. In: Gazzaniga MS, ed. *The cognitive neurosciences*. Cambridge, MA: MIT Press 1995, pp. 999-1008.
- 15 Braff DL, Geyer MA. *Sensorimotor gating and schizophrenia*. Arch Gen Psychiatry 1990;47:181-8.
- 16 Judd LL, McAdams L, Budwick B et al. *Sensory gating deficits in schizophrenia: new results*. Am J Psychiatry 1992;149:488-93.
- 17 Garety P. *Reasoning and delusions*. Br J Psychiatry 1991;159:14-18.
- 18 Van den Bosch RJ. *Attentional correlates of schizophrenia and related disorders*. Lisse: Swets & Zeitlinger 1982.
- 19 John CH, Hemsley DR. *Gestalt perception in schizophrenia*. Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci 1992;241:215-21.
- 20 Morrison RL, Bellack AS, Mueser KT. *Deficit in facial-affect recognition in schizophrenia*. Schizophr Bull 1988;14:67-83.
- 21 Corrigan PW, Green MF. *Schizophrenic patient's sensitivity to social cues: the role of abstraction*. Am. J Psychiatry 1993;150:589-94.
- 22 Mujica-Parodi LR, Sackeim HA. *Information Processing as a neurobiologically preferable criterion*. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 2001;13:403-9.
- 23 Huq SF, Garety PA, Hemsely DR. *Probabilistic judgements in deluded and non-deluded subjects*. Q J Exp Psychol A 1988;40:801-12.
- 24 Garety PA, Hemsely DR, Wessely S. *Reasoning in deluded schizophrenic and paranoid subjects: biases in performance on a probabilistic inference task*. J Nerv Ment Dis 1991;179:194-201.
- 25 Hemsley DR. *What have cognitive deficits to do with schizophrenia?* In: Huber G, ed. *Weissenauer Schizophrenia Symposium. No. 8*. Stuttgart-New York: Schattauer Verlag 1990.
- 26 Langdon R, Ward PB, Coltheart M. *Reasoning anomalies associated with delusions in schizophrenia*. Schizophr Bull 2010;36:321-30.
- 27 Carolyn J, Dodgson G. *Inductive reasoning in delusional thought*. J Ment Health 1994;3:31-49.
- 28 Galderisi S, Rocca P, Rossi A. *Il funzionamento nella vita reale delle persone con schizofrenia: nuove prospettive di ricerca*. Giorn Ital Psychopat 2012;18:1-4.
- 29 Vender S, Fraticelli C, Moalli M, et al. *Ampliamento del concetto di insight nella terapia del disturbo schizofrenico*. Giorn Ital Psychopat 2010;16:27-35.
- 30 Trevisi M, Talamo A, Bandinelli PL, et al. *Insight and awareness are related to psychopathology and cognition*. Psychopathology 2012;45:235-43.
- 31 Coombs DR, Penn DL, Michael CO, et al. *Perceptions of hostility by persons with and without persecutory delusions*. Cogn Neuropsychiatry 2009;14:30-52.
- 32 Blackwood NJ, Howard RJ, Bentall RP, et al. *Cognitive neuropsychiatric models of persecutory delusions*. Am J Psychiatry 2001;158:527-39.
- 33 Moritz S, Woodward TS, Burlon M, et al. *Attributional style in schizophrenia: evidence for a decreased sense of self-causation in currently paranoid patients*. Cogn Ther Res 2007;31:371-83.
- 34 Green CE, Freeman D, Kulpers E, et al. *Paranoid explanations of experience: a novel sperimental study*. Behav Cogn Psychother 2011;39:21-34.
- 35 Martin JA, Penn DL. *Social cognition and subclinical paranoid ideation*. Br J Clin Psychol 2001;40:261-5.
- 36 McKay R, Langdon R, Coltheart M. *Paranoia, persecutory delusions and attributional biases*. Psychiatry Res 2005;136:233-45.
- 37 Devylder JE, Ben-David S, Kimhy D, et al. *Attributional style among youth at clinical risk for psychosis*. Early Interv Psychiatry 2012;7:84-8.
- 38 Mezulis AH, Abramson LY, Hyde JS, et al. *Is there a universal positivity bias in attributions: a meta-analytic review of individual, developmental, and cultural differences in the self-serving attributional bias*. Psychol Bull 2004;13:711-47.
- 39 Kaney S, Bentall RP. *Persecutory delusions and the self-serving bias. Evidence from a contingency judgment task*. J Nerv Ment Dis 1992;180:773-80.
- 40 Bentall RP, Kinderman P, Kaney S. *The self, attributional processes and abnormal beliefs: Towards a model of persecutory delusions*. Behav Res Ther 1994;32:331-41.
- 41 Valiente C, Cantero D, Vázquez C, et al. *Implicit and explicit self-esteem. Discrepancies in paranoia and depression*. J Abnorm Psychol 2011;120:691-9.
- 42 Jones E, Watson JP. *Delusion, the overvalued idea and religious beliefs: a comparative analysis of their characteristics*. Br J Psychiatry 1997;170:381-6.
- 43 Hartman P. *Ethical Decision-Making: Processes and Frameworks*. Conference Presentation 2008.
- 44 Messick DM, Bazerman MH. *Ethical leadership and the psychology of decision making*. Sloan Manage Rev 1996;37:9-22.
- 45 Bandura A. *Moral disengagement in the perpetration of inhumanities*. Pers Soc Psychol Rev 1999;3:193-209.