



CONTRIBUTO AL CONGRESSO PRCP & WACP 2025 “WHERE THE PACIFIC RIM MEETS THE WORLD; THE HOPE TO INTEGRATE CULTURE INTO PSYCHIATRY”

PERCHÉ IL DELIRIO NON È STATO DEFINITO INDIPENDENTEMENTE DAI CONTESTI?

Una prospettiva dalla psicopatologia giapponese

Tsutomu Kumazaki¹

ISSN: 2283-8961

Abstract

Il delirio è stato a lungo considerato un sintomo centrale nella diagnosi psichiatrica; tuttavia, la sua definizione rimane sfuggente. Per cominciare, il presente articolo offre una breve rassegna degli sforzi storici e contemporanei per concettualizzare i deliri, evidenziando i contributi dalle osservazioni culturali premoderne alle opere seminali di psichiatri come Jaspers, K. Schneider e M. Spitzer. Nonostante questi sforzi, la definizione di delirio continua a basarsi su giudizi di psicologia popolare e di senso comune, introducendo un certo grado di indeterminazione. Concentrandosi specificamente sui deliri persecutori e su giudizi anomali, l'articolo esamina i tentativi di distinguere i pensieri deliranti da quelli non deliranti, in

¹Psichiatra, Dipartimento di Psichiatria, Toranomon Hospital, Mail a: tkumazak-ky@umin.ac.jp.

particolare all'interno di contesti culturali diversi. Ciò porta a un'esplorazione di come le condizioni socioculturali influenzino la formazione e l'interpretazione dei deliri, attingendo a studi di psicopatologi giapponesi. Queste indagini sottolineano l'importanza di una considerazione socioculturale cauta e dettagliata nell'analisi dei fenomeni deliranti. In conclusione, l'articolo sostiene che nel nostro mondo sempre più interconnesso, dove i confini socioculturali sono fluidi, incorporare la sensibilità culturale nella comprensione e nella diagnosi dei deliri non è solo utile ma essenziale.

Key words:

Deliri persecutori, psicopatologia, diagnosi.

Introduzione

Il delirio è stato uno dei temi chiave della sintomatologia psichiatrica. Inoltre, il concetto di delirio sembra avere le sue radici nelle osservazioni di incongrue manifestazioni del pensiero e del giudizio presenti in ogni cultura, comprese quelle più antiche della psichiatria moderna. Come sottolinea German Berrios (1996), Thomas Hobbes (1651) e John Locke (1690) avevano già osservato disturbi nella sfera intellettuale. Il termine *délire* (delirio), che si è radicato culturalmente (Ascoli, 2025), si è gradualmente differenziato in termini tecnici più specifici nel corso dell'Ottocento (Adamis et al., 2007; Berrios, 1996). In Giappone, il delirio, o Wahn, fu tradotto in *mousou* (妄想) quando la psichiatria moderna fu importata (Miyamoto, 1982). Questo termine è stato preso in prestito da *mouzou* (妄想), che nella tradizione buddista significava "idea sbagliata" o la presunzione di un essere inesistente (Miyamoto, 1982; Nakamura, 1975).

Nonostante questa lunga storia del delirio, la sua definizione rimane sfuggente. Pertanto, richiede ulteriori indagini. In questo articolo, innanzitutto, esamino i tentativi di chiarire il concetto di delirio nella psichiatria moderna. Successivamente, esamino perché non sia stata fornita una definizione completa o esaustiva di delirio. Quindi, prendendo come esempio il delirio persecutorio, esamino come il concetto di delirio sia inevitabilmente legato a fattori socioculturali. Va notato che le attuali condizioni sociali pongono nuove sfide agli studi sul delirio; quindi, esploro come tali sfide dovrebbero essere affrontate.

Nel farlo, tocco alcuni studi condotti da psicopatologi giapponesi sulla relazione tra condizioni socioculturali e credenze anomale, inclusi i deliri.

Storia del concetto di delirio e delle difficoltà associate

Nello studio del concetto di delirio è necessario menzionare Karl Jaspers (1962), noto per aver presentato la triade del delirio: (1) certezza soggettiva, (2) impermeabilità (incorreggibilità) ed (3) impossibilità del contenuto. Tuttavia, come lo stesso Jaspers ammise, queste costituiscono le “caratteristiche esterne” (Jaspers, 1962, p. 95) di ciò che viene comunemente definito delirio. Più specificamente, egli si concentrò sui deliri primari (o deliri propriamente detti). Jaspers affermò che le “[esperienze primarie di delirio] rimangono in larga misura incomprensibili, irreali e al di là della nostra comprensione” (Jaspers, 1962, p. 98). Pertanto, egli considerava la non-comprensibilità o incomprensibilità come il tratto distintivo dei deliri primari. Sebbene la nostra comprensione sia fondamentalmente razionale, essa presenta aspetti vaghi e soggettivi.

Alcuni psichiatri successivi tentarono di chiarire il concetto jaspersiano di deliri primari incomprensibili. Kurt Schneider (1959) si concentrò su un tipo specifico di delirio, ossia la percezione delirante. Schneider affermò: “[La percezione delirante] può essere considerata come dotata di due nessi: il primo dal percettore all’oggetto percepito e il secondo dall’oggetto percepito all’interpretazione anomala” (Schneider, 1959, p. 110). Egli sostenne che questo rappresentava un chiaro criterio strutturale indipendente dal contenuto dei deliri. Tuttavia, Manfred Spitzer (1988) criticò il fatto che il criterio dell’interpretazione anomala proposto da Schneider rimanesse ancora soggettivo. Spitzer osservò che ognuno è normalmente convinto del proprio stato mentale, mentre diventa delirante quando si è assolutamente convinti di fatti intersoggettivi o oggettivi nello stesso modo (Spitzer, 1988). Tuttavia, come rilevato da Takashi Ikuta (2003) in Giappone, la definizione di delirio proposta da Spitzer non riusciva a escludere il senso comune. Ikuta richiamò l’elenco delle proposizioni di senso comune del filosofo George E. Moore (Moore, 1993), alcune delle quali sono le seguenti: “Esiste attualmente un corpo umano vivente, che è il mio corpo. [...] La terra è esistita [...] per molti anni prima che il mio corpo nascesse [...]. Io sono un essere umano [...]. Nel caso di moltissimi altri corpi umani [...], ciascuno è stato il corpo di un diverso essere umano, che ha [...] avuto molte esperienze differenti [...]” (Moore, 1993, pp. 107–108). Tali enunciati non si riferiscono ai propri stati mentali, ma per noi sono assolutamente certi

e quindi soddisfano involontariamente il criterio di Spitzer. Questa storia della ricerca sul delirio evidenzia la difficoltà di definirlo in modo chiaro.

Perché, allora, il delirio non è stato definito in modo puramente formale o analitico? Occorre notare che i deliri sono diversi da proposizioni deduttivamente o analiticamente false. In effetti, ciò è stato ripetutamente affermato da numerosi psichiatri (Ikuta, 2003; Nakayasu, 1986; Spitzer, 1989). Si consideri, ad esempio, l'enunciato " $93 - 7 = 87$ ". In pazienti con compromissione cognitiva o demenza incontriamo spesso casi di questo tipo; tuttavia, non si tratta di deliri. Oppure: "Se A, allora B. Ma A è falso. Dunque, non B". Spesso cadiamo vittime di un errore logico di questo tipo. È un ragionamento errato, ma non è un delirio. Al contrario, affermazioni come "tutti mi odiano" non possono essere confutate deduttivamente, ma sono frequentemente classificate come deliri. Tutti questi esempi sostengono l'idea che i deliri non siano equivalenti a proposizioni deduttivamente o analiticamente false. Inoltre, poiché i deliri non costituiscono un insieme di proposizioni analiticamente false, essi non possono essere definiti analiticamente: l'assunzione che i deliri possano essere definiti in modo analitico conduce a un paradosso (Kumazaki, 2008; 2023).

Delirio persecutorio e contesti socioculturali

Poiché il delirio non può essere definito nella sua interezza, vorrei limitare l'ambito dell'argomentazione. Riesaminiamo la definizione di Spitzer e cerchiamo di esaminare il concetto di delirio persecutorio. Spitzer (1988) affermò che i deliri sono "affermazioni che vengono pronunciate formalmente come affermazioni su uno stato mentale, il cui contenuto, tuttavia, non riguarda lo stato di coscienza, ma piuttosto fatti intersoggettivamente accessibili ("oggettivi")" (Spitzer, 1988, p. 132). Tuttavia, va notato che gli stati mentali o i fatti che non sono stati mentalizzati come propri sono diversi. Vorrei esprimere metaforicamente questi stati e fatti così diversi utilizzando la figura 1 (Kumazaki, 2008). La prima sfera (i) rappresenta lo stato mentale della persona A. La seconda sfera (ii) è accessibile da A. Quello che è al di fuori di ciò (iii) non è accessibile né osservabile da A. Anche la persona B ha sfere di esperienza. Pertanto, questo spazio metaforico è ulteriormente diviso. La regione 1 dell'esperienza è fuori dubbio per A, e B non ne dubita. La regione 2 è certa per A, ma B può accedervi e verificarla. La regione 3 è il mondo comunemente accessibile da ciascuna di esse. La

regione 4 è certa per B, ma A può accedervi e verificarla. La regione 5 è inaccessibile per A, mentre per B è valida.

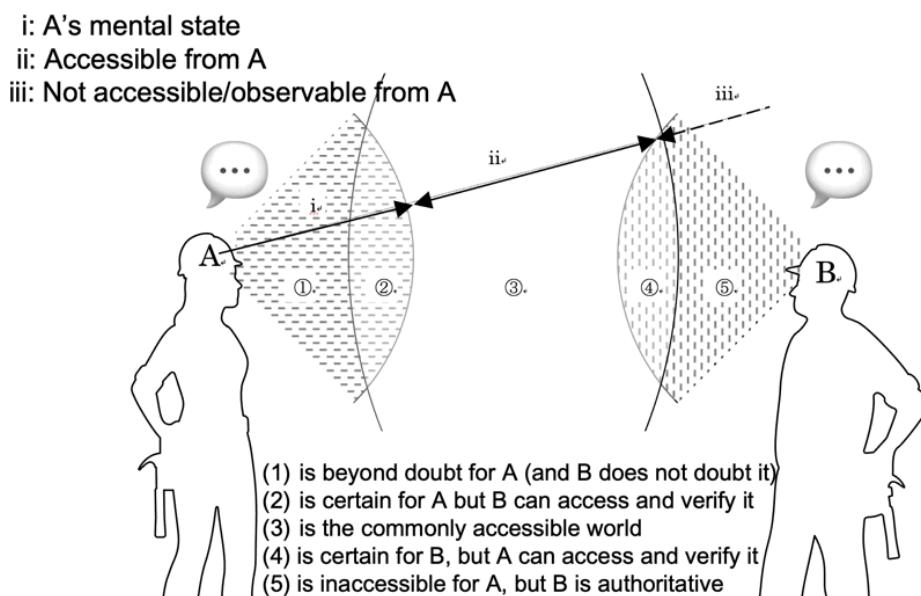


Figura 1 (modificato da Kumazaki, 2008)

In questa figura, le regioni 2 e 4 indicano che le esperienze soggettive di una persona e le opinioni esterne e oggettive degli altri su di esse sono interconnesse. Nella sua famosa monografia sull'intenzione, la filosofa Elisabeth Anscombe (1963) esaminò un caso di contaminazione. Sosteneva che se uno è stato assunto "per pompare l'acqua, sapendo che era avvelenata", allora "non è una spiegazione accettabile se dice «Non intendevo pompare acqua avvelenata, solo pompare acqua e ricevere il mio compenso»" (Anscombe, 1963, p. 44). In questo caso, come affermava la Anscombe, "l'idea che si possano determinare le proprie intenzioni pronunciando un simile breve discorso interiore è un'evidente assurdità" (Anscombe, 1963, p. 42). Pertanto, il contenuto e la portata delle nostre intenzioni sono determinati non solo dalle nostre esperienze soggettive, ma anche dalle visioni oggettive e normative degli altri. Inoltre, l'esperimento mentale di Anscombe mostra che i confini tra queste regioni tracciati nella figura dipendono dalle norme e dalle convenzioni sociali.

Il problema successivo nella figura riguarda la regione 5. Normalmente, quella regione non è accessibile per A, e B è autorevole in merito. Tuttavia, cosa succederebbe se A dicesse qualcosa di decisivo sulle esperienze in prima persona di B? Questo equivale a un delirio persecutorio. In altre parole, l'espressione di un delirio persecutorio si traduce

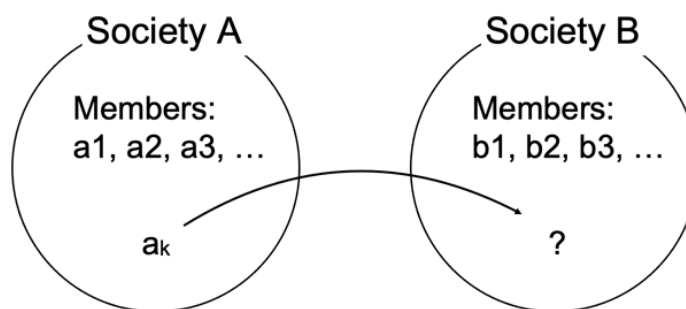
nella negazione dell'autorità in prima persona della persona presa di mira sulla propria intenzione (Kumazaki, 2008, 2015). Questo è un tentativo di definire formalmente il delirio persecutorio; tuttavia, non si tratta di una definizione analitica. Come è stato affermato, il concetto di delirio persecutorio dipende dalle norme sociali e dalle convenzioni culturali riguardo all'intenzione umana. Inoltre, non implica alcuna entità patologica. Per una diagnosi differenziale tra deliri primari nella schizofrenia e idee simili a deliri in altri disturbi deliranti o paranoici, è necessario esaminare più in dettaglio come la struttura presentata nella figura viene violata o demolita (Kumazaki, 2015).

Sebbene il tema principale del presente articolo sia la psicopatologia individuale, questo tema è legato a fattori socioculturali. Ad esempio, Mitsue Shimizu (2004, 2006) mette in luce una sottile differenza tra i pazienti che condividono deliri. Alcuni di loro affermano principalmente "Siamo perseguitati", mentre altri affermano principalmente "Sono perseguitato". Shimizu ha scoperto che questa differenza è correlata alla loro diagnosi e che ogni tipo ha un solipsismo o egocentrismo specifico.

Al contrario, Makoto Daiguji (2006) ha confrontato i deliri con le credenze religiose convenzionali e ha osservato che le credenze religiose sane coesistono con il dubbio autoriflessivo sulle proprie credenze. Aggiunge che tale dubbio aiuta i credenti a comunicare le loro convinzioni e a riconciliarsi con il senso comune laico. Queste caratteristiche contrastano con quelle dei deliri.

Cambiamenti sociali che rendono più difficile la definizione di delirio

Vorrei quindi passare al punto successivo. Cosa succederebbe se le convenzioni sociali esistenti non fossero più universalmente accettate? Immaginiamo una piccola cittadina rurale divisa in due aree. I membri di entrambe le aree erano molto cordiali e gentili con gli estranei, ma i membri di un'area dissero: "Non andare mai in giro con gente così disonesta! Ti farebbero molto male!" riguardo all'altra comunità. Se una persona di una di queste comunità andasse nell'altra, quella persona avrebbe un delirio persecutorio? (vedi Figura 2). Non ho una risposta convincente a questa domanda.



- If a person in one of these communities went to the other, would that person have a persecutory delusion?

Figura 2.

Inoltre, le condizioni sociali odierne stanno diventando sempre più complesse. Nella società contemporanea, le persone non sono più separate dai confini geografici. Ogni membro, rappresentato in figura 3 come *a*, *b*, *c* e così via, appartiene a un diverso insieme di sottoculture (S1, S2, ...). Pertanto, ogni membro ha un insieme diverso di opinioni di "senso comune" (Figura 3). Naturalmente, questo è un modello molto semplificato e la realtà è molto più complessa. Tuttavia, cosa succederebbe se alcune persone appartenenti a diversi gruppi di sottoculture e con diversi sistemi di senso comune si incontrassero? Ad esempio, la persona *a* appartiene alle sottoculture S1 e S2, ma non a S3. Al contrario, la persona *b* appartiene alle sottoculture S1 e S3, ma non a S2. Quindi, dalla prospettiva di *a* (Figura 4a), S3 non è la visione di senso comune, e *a* sente che *b* impone la propria visione idiosincratICA come se fosse buon senso. Dal punto di vista di *b* (Figura 4b), S2 non è la visione di senso comune, e quindi *b* ritiene che *a* imponga la propria visione idiosincratICA come se fosse buon senso. Per riassumere, entrambe le persone ritengono che l'altro stia esprimendo un'opinione peculiare pubblicamente e con intensità.

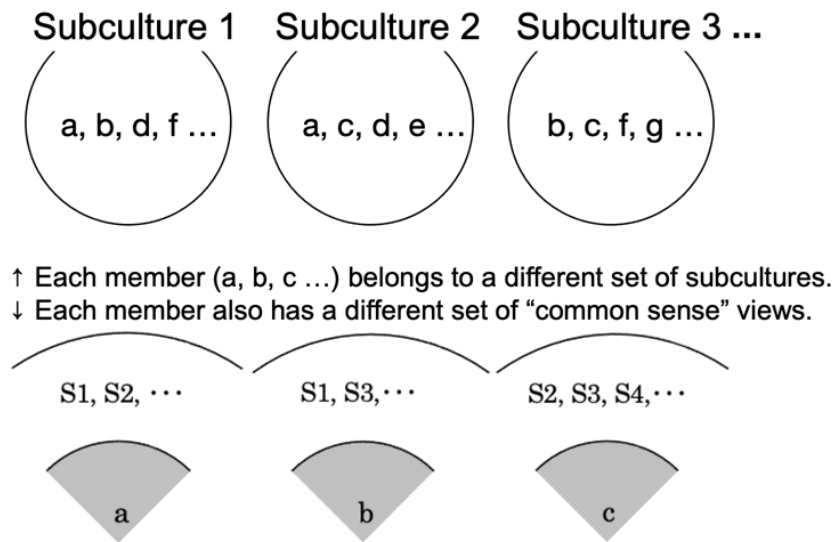


Figura 3 (modificato da Kumazaki, 2007)

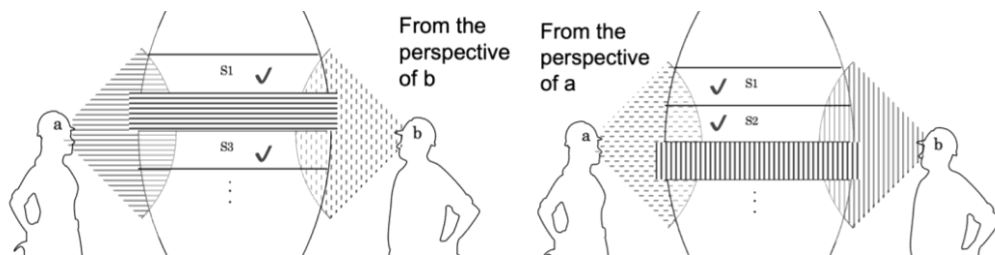


Figura 4a (sinistra), 4b (destra) (modificato da Kumazaki, 2007)

In una circostanza del genere, gli esseri umani tendono a presumere che alla fine condividiamo un terreno comune generale e norme sociali; tuttavia, questa può essere un'arma a doppio taglio. La speranza nella possibilità di una norma generale funge da punto di partenza per negoziare e conciliare le proprie opinioni. D'altra parte, lo stesso postulato del terreno comune può essere motivo per incolpare l'altra parte per non condividere la stessa visione.

Quando ho presentato alcuni di questi dati in una precedente presentazione orale proprio nel periodo in cui sono apparsi i primi smartphone, ho affermato che le persone guardano comunemente i programmi televisivi. Tuttavia, molte persone non guardano più la TV, nell'era digitale di Internet. Ora, possiamo tutti forgiare liberamente qualsiasi cosa nel mondo virtuale! Pertanto, è diventato più difficile distinguere tra fatti, fantasie e deliri.

Oltre a queste condizioni sociali, le teorie del complotto stanno attirando sempre più interesse di ricerca. Recentemente, Kenjiro Fukao (2025) ha esaminato studi psicologici sulle teorie del complotto e ha osservato che le predisposizioni psicologiche alle teorie del complotto sono simili a quelle dei deliri. Per quanto riguarda la differenza, ha osservato che i deliri tendono a essere causati da una patologia individuale, mentre le teorie del complotto tendono a essere rafforzate da un effetto “camera dell’eco”. Cioè, nelle teorie del complotto, le persone con opinioni simili convalidano e rafforzano le visioni l’uno dell’altro. Qui l’autocritica è preclusa, in contrasto con l’analisi di Daiduji sulle sane credenze religiose. Questo confronto fa progredire la ricerca sia sui deliri che sulle credenze anomale collettive, mettendo in luce la relazione tra fattori individuali e sociali. Pertanto, gli studi sul delirio e sulle condizioni correlate continuano.

Affrontare i paradossi nella gestione dei deliri

Le questioni concettuali e culturali che circondano i deliri hanno alcune implicazioni cliniche. Reiner Tölle (1996) consiglia di adottare un approccio cauto nei confronti dei deliri, affermando che “non si dovrebbe cercare di discutere o persuadere i pazienti con deliri. Non si dovrebbe nemmeno ignorare o sminuire quello che dicono. E non si dovrebbe nemmeno fingere di approvare esperienze deliranti” (Tölle, 1996, p. 187). Raymond Prince (1990) sostiene che i pazienti con deliri condividono spesso almeno alcuni background culturali comuni e che la ricerca di tale terreno comune è positiva in termini di alleanza terapeutica. Queste osservazioni suggeriscono che i clinici dovrebbero mirare a validare i pazienti senza avallare il contenuto dei loro deliri, e che è necessario un equilibrio tra obiettivi contraddittori.

Fortunatamente, indagare sui paradossi è in qualche modo una tradizione culturale. Nell’India classica, Nāgārjuna (1995), tra gli altri, analizzò le contraddizioni nel mondo in continua evoluzione e studiò come le persone dovrebbero affrontarle. Le loro idee furono successivamente riassunte, tradotte e diffuse nell’Asia orientale, incluso il Giappone. Anche la filosofia occidentale ha una lunga tradizione di studi sui paradossi logici. Gli approcci psicoterapeutici attuali hanno tratto alcuni spunti da queste indagini orientali e occidentali sui paradossi, sebbene un sottile equilibrio nell’approccio ai deliri rimanga difficile da raggiungere. Teoricamente, gli studi sui paradossi si sono evoluti nella logica non classica all’avanguardia (Priest, 2008) e in alcune discipline correlate. Questi approcci non rifiutano né ratificano informazioni incoerenti, ma limitano

comunque la portata degli argomenti ed evitano le irrilevanze. Spero che questi nuovi rami della logica ci forniscano alcuni indizi per affrontare credenze che non sono coerenti con le nostre.

Riepilogo

Abbiamo esaminato la storia della ricerca sui deliri e confermato che non possono essere definiti analiticamente. Quindi, concentrandoci sui deliri persecutori, abbiamo capito che il concetto di delirio è inevitabilmente legato ai contesti sociali e culturali. Abbiamo anche osservato che i recenti cambiamenti nelle condizioni socioculturali hanno reso ancora più difficile diagnosticare e curare i deliri. Infine, abbiamo visto che le questioni concettuali e culturali sono collegate alle difficoltà negli approcci clinici ai deliri e abbiamo esplorato come possiamo affrontare tali difficoltà.

Ringraziamenti

Questo articolo è stato leggermente modificato rispetto alla presentazione al simposio su Cultura e Delirio al PRCP and WACP 2025. Questa versione italiana è tradotta con QuillBot e riletta da Goffredo Bartocci e Micol Ascoli. Sono grato a Itsuo Asai per aver rivisto l'abstract e a Toshiya Murai per il prezioso commento al simposio. Vorrei esprimere la mia gratitudine a Goffredo Bartocci, Tsuyoshi Akiyama e a tutti i relatori del simposio per l'opportunità di presentare e scambiare idee.

BIBLIOGRAFIA

Adamis, D., Treloar, A., Martin, F. C. & Macdonald, A. J. D. (2007). A brief review of the history of delirium as a mental disorder. *History of Psychiatry*, 18 (4), 459–69.

Anscombe, G. E. M. (2nd ed.) (1963) *Intention*. Oxford, Basil Blackwell.

Ascoli, M. (2025). Racism as a cultural delusion: Transference and countertransference pitfalls in the psychotherapist's consulting room. *Psichiatria e Psicoterapia Culturale*, 13, 148-157

Berrios, G. E. (1996) Delusions. In *The history of mental symptoms: Descriptive psychopathology since the nineteenth century*. Cambridge, Cambridge University Press, pp 85-139.

Daiguji, M. (2006). Religious beliefs and religious delusions. *Human Mind*, 126, 41-44.

Fukao, K. (2025). Psychopathology of conspiracy theory. *Japanese Journal of Psychopathology*, 46(1), 87.

Hobbes, T. (1996). *Leviathan* (original work published 1651). Cambridge, Cambridge University Press.

Ikuta, T. (2003). On the structure of conviction in schizophrenic delusions: Delusion and "anti"-common knowledge. *Japanese Journal of Psychopathology*, 24, 3-19.

Jaspers, K. (1962). *General psychopathology*. (J.J Hoenig & M.W. Hamilton, Trans.; Original work published 1913). Manchester, Manchester University Press.

Kumazaki, T. (2007, February). Theoretical difficulties and contemporary problems in studies on delusions. *Colloque psychopathologique 2006/2007*, Atami, Japan.

Kumazaki, T. (2008). Delusions and first-person authority. *Japanese Journal of Psychopathology*, 29, 61-71.

Kumazaki, T. (2015). Persecutory delusions and first-person authority. *Theory & Psychology*, 25, 80-95.

Kumazaki, T. (2023). On the concept of delusions: Global trends and psychopathology in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences Reports*, 2(3); e126.

Locke, J. (2004). *An essay concerning human understanding*. (Original work published 1690)

<https://www.lancaster.ac.uk/users/philosophy/courses/211/Locke%27s%20Essay%20Plain%20Text%20Edition.txt>

Miyamoto, T. (1982). *Studies on delusions and related issues*. Tokyo, Koubundou.

Moore, G.E. (1993). A defense of common sense. In T. Baldwin (Ed.), *G.E. Moore: Selected writings* (pp 106-133). London, Routledge. (Original work published 1925).

Nāgārjuna. (1995). *The fundamental wisdom of the middle way*. (J.L. Garfield, Trans.; Original work published 2nd cent.). New York, Oxford University Press.

Nakamura, H. (1975). Mouzou. In *Dictionary of Buddhist technical terms* (p.1363). Tokyo, Tokyo Shoseki.

Nakayasu, N. (1986). False integration of background perceptions: A formation mechanism of delusional perceptions. In T. Takahashi (Ed.), *Psychopathology of Schizophrenia* (Vol. 15, pp. 197-231). Tokyo, University of Tokyo Press.

Priest, G. (2008). *An introduction to non-classical logic: From if to is* (2nd ed.). Cambridge, Cambridge University Press.

Prince, R.H., Reiss, M. (1990). Psychiatry and the irrational: Does our scientific world view interfere with the adaptation of psychotics? *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, 15(3), 137-143.

Schneider, K. (1959). *Clinical psychopathology*. (M.W. Hamilton, Trans.). New York, Grune & Stratton.

Shimizu, M. (2004). Folie à deux in schizophrenia: ‘Psychogenesis’ revisited. *Psychiatria et Neurologia Japonica*, 106, 546-563.

Shimizu, M., Kubota, Y., Calabrese, J.R., Toichi, M., Kato, S. & Baba, H. (2006). Analysis of delusional statements from 15 Japanese cases of folie à deux’. *Psychopathology*, 39, 92-98.

Spitzer, M. (1988). Karl Jaspers, mental states, and delusional beliefs: A redefinition and its implications. In M. Spitzer, F.A. Uehlein & G. Oepen (Eds.), *Psychopathology and philosophy* (pp 128-142). Berlin, Springer.

Spitzer, M. (1989). *Was ist Wahn? Untersuchungen zum Wahnproblem* [What is delusion? Investigation on the problem of delusion]. Berlin, Springer.

Tölle, R. (1996). *Psychiatrie* (11th ed.). Berlin, Springer.