

Normativismo, naturalismo y lo patológico del delirio

Pablo López-Silva^a y Claudio Anabalón^{bc}

Resumen

Comúnmente, el delirio es caracterizado como un estado mental patológico, una señal de que algo no anda bien en la mente. Sin embargo, existe un debate en la filosofía de la ciencia respecto de qué es lo que haría exactamente a un delirio patológico, sobre todo, en virtud de que sus expresiones paradigmáticas se observan en condiciones psiquiátricas de alta complejidad tales como la esquizofrenia y la depresión mayor. Este capítulo revisa dos alternativas a este problema, esto es, el normativismo y el naturalismo. Luego de analizar sus principales propuestas y respectivas debilidades, se concluye que ninguna de ellas por sí solo ofrece una alternativa lo suficientemente fuerte. Se concluye que las posiciones que combinan ambos enfoques podrían ser una opción plausible en el marco del debate en cuestión y se analiza como éste asunto podría aplicarse al caso del delirio.

^aEscuela de Psicología, Universidad de Valparaíso, Chile. Hontaneda 2653, Of. 4.2., Valparaíso, Chile.

Instituto de Sistemas Complejos de Valparaíso y Instituto Milenio para la Investigación de Depresión y Personalidad.

The Collaborating Centre for Values-based practice in Health and Social Care, St Catherine's College, Universidad de Oxford.

Contacto: pablo.lopez.silva@gmail.com

^bInstituto de Filosofía, Universidad de Valparaíso, Chile.

Contacto: claudio.anabalonm@postgrado.uv.cl

^cEste trabajo fue financiado por el proyecto FONDECYT regular n° 1221058 otorgado por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID). PLS agradece el auspicio del proyecto Renewing Phenomenological Psychopathology (Discretionary International Exchange Award / 223452/Z/21/Z) otorgado por la Wellcome Trust, UK a Matthew Broome y Giovanni Stanghellini.

Palabras Claves: Delirio, Normativismo, Naturalismo, Patología, Enfermedad

Abstract

Delusion is commonly characterized as a pathological mental state, a sign that something is wrong with the mind. However, there is an ongoing debate in the philosophy of science regarding what exactly makes a delusion pathological, especially since its paradigmatic expressions are observed in highly complex psychiatric conditions such as schizophrenia and major depression. This chapter reviews two approaches to this problem: normativism and naturalism. After analyzing their main proposals and respective weaknesses, it is concluded that neither approach, on its own, offers a sufficiently robust solution. It is suggested that positions combining both approaches could offer a plausible alternative within the framework of this debate, and the application of this issue to the case of delusion is discussed.

Keywords: Delusion, Normativism, Naturalism, Pathology, Disease

1. Introducción

Históricamente, el delirio ha sido referido como la marca por excelencia de la locura (Jaspers 1963). Por mucho tiempo, ser delirante era sinónimo de estar loco. En gran medida esta visión se mantiene en la actualidad vinculado al hecho de que las formas más complejas y bizarras de aquello que denominamos delirio tienden a observarse en el marco de alteraciones mentales severas como la esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos (Berrios 1991; Beer 1996; Coltheart, Langdon & McKay 2011; López-Silva et al. 2024). Desde un punto de vista conceptual, el delirio ha sido predominantemente caracterizado como un tipo de creencia anormal en lo que se ha denominado el enfoque doxástico (Bortolotti 2010; 2022; 2023; Bayne 2004; 2005; López, Núñez de Prado-Gordillo & Fernández 2023; López-Silva 2023a). Este enfoque ha servido como fundamento conceptual para los principales modelos neuropsiquiátricos (como el modelo de dos factores y el del procesamiento predictivo, ver López-Silva 2023b) y psicoterapéuticos (como el de la Terapia Metacognitiva y la Terapia Cognitivo Conductual, ver Bayne & Pacherie 2005; López-Silva & McClelland 2023) del delirio en la actualidad.

A la luz de la supuesta naturaleza doxástica del delirio, durante los últimos años una serie de filósofos de la ciencia y la psiquiatría han comenzado a preguntarse qué es lo que realmente hace patológico a un delirio (Bortolotti 2015; 2020; 2022; 2023; Bortolotti & Miyazono 2015; Miyazono 2015; 2019; 2022). Esta pregunta es frecuentemente

formulada cuando tales autores comparan el delirio – en tanto creencia - con otras creencias que no se ajustarían a ciertos imperativos epistémicos claves. Por lo general, por ejemplo, las creencias racistas y clasistas, se sostiene, no son etiquetadas como delirantes, pero si tienden a ser inflexibles, indebidamente justificadas, resistentes a la evidencia y, por lo tanto, para muchos, irracionales. Desde un punto de vista de la observación externa del fenómeno, el delirio también poseería esas características, sin embargo, a las creencias racistas o clasistas no se les suele atribuir un carácter patológico. Para este grupo de autores el delirio podría ser localizado en un continuo con otros tipos de creencias que no parece instanciar ciertas propiedades epistémicamente deseables (Bortolotti & Miyazono 2015; Bortolotti 2023). Sin embargo, existe un debate respecto de donde y cómo definir la demarcación entre creencias anormales patológicas – como las delirantes - y no patológicas – como las creencias racistas y clasistas, entre muchas otras.

La discusión respecto de la demarcación del carácter patológico del delirio en la literatura se ha intentado relacionar con una discusión más amplia que ha sido predominantemente formulada en términos dicotómicos. Un marco dominante en la filosofía de la medicina tradicional ha caracterizado a aquello que denominamos ‘enfermedad’ o ‘patología’ como un concepto objetivo de carácter biomédico (Kendell 1975; Boorse 1977; Kingma 2013, 2017). Por otra parte, otra alternativa ha enfatizado la idea de que toda atribución de patología a un estado estaría basada en juicios de valor con importante influencia sociopolítica e incluso ideológica (Canguilhem 1970; Foucault 2005, entre otros). A la primera opción se le ha denominado naturalismo mientras que a la segunda se le ha denominado normativismo. En este capítulo exploramos algunos aspectos fundamentales de estos enfoques y especificamos algunas de sus debilidades. Luego de esto, indicamos que ninguna opción por sí sola logra ofrecer una respuesta satisfactoria a la pregunta sobre lo patológico del delirio y que, por esto, respuestas que combinen ambos aspectos del análisis de lo patológico podrían erigirse como una opción plausible. Finalmente, exploramos críticamente la aplicación de una propuesta híbrida clásica en la literatura contemporánea – la propuesta de la Disfunción Dañina (Wakefield 1992, 2007; Faucher & Forest 2021) – al caso del delirio (Miyazono 2015) y concluimos con algunos comentarios críticos sobre la forma en que el debate sobre lo patológico del delirio ha sido formulado en la literatura.

2. Naturalismo y Delirios

El naturalismo se fundamenta en la idea de que el normal funcionamiento de un organismo biológico – como los humanos - tiene como objetivo la supervivencia y la reproductividad; en consecuencia, un subsistema disfuncional dentro del organismo debiese entorpecer que ambos objetivos sean alcanzados (Boorse 1977). Acá, el concepto de subsistema se puede entender tanto a nivel físico, por ejemplo: órganos internos o sistema nervioso; como a nivel mental o cognitivo, por ejemplo: subsistemas de memoria, de lenguaje o de creencias. De este modo, una condición que se categoriza como patología, en general, sería una disfunción en un subsistema dentro de un organismo; a su vez, esta disfunción implicaría una desviación en el diseño biológico de la especie a la cual pertenece el organismo (Kingma 2017).

Para el naturalismo las patologías corresponden a una categoría natural, es decir, su identificación no depende de valores humanos (morales o políticos, por ejemplo), sino de criterios estadísticos y biológicos (Boorse 1977). Esta independencia valórica de lo que se comprende como patología sería la diferencia fundamental que tiene el naturalismo con el normativismo. Para que desde una mirada naturalista el delirio sea una creencia ‘patológica’ éste tendría que ser el resultado de una disfunción en el subsistema que origina creencias en un sistema humano (asumiendo un enfoque doxástico como lo hacen los enfoques dominantes en neuropsiquiatría clínica; ver López-Silva 2023). Esta disfunción, además, debiese ser comprendida como una condición libre de valores externos a la propia disfunción a la luz del diseño funcional de la especie.

Existen dos grandes críticas al naturalismo. La primera impugna la idea de que cualquier atribución de patológica debería estar libre de valores, es decir, ataca la idea defendida por naturalistas de que una disfunción que define a una patología no necesariamente es dañina o produce efectos negativos en los sujetos afectados. La segunda crítica surge en el contexto de la filosofía de la biología y pone en duda la existencia de las categorías naturales, esto es, la idea de que los conceptos de ‘salud’ y ‘enfermedad’ se pueden determinar objetivamente mediante información obtenida exclusivamente de las ciencias biológicas. Analicemos estas críticas a continuación.

Respecto a la primera crítica, históricamente se ha sostenido que cualquier patología debe producir algún mal en el sujeto afectado (Agich 1983; Cooper 2002). Privar una condición patológica de esta carac-

terística pareciera negar lo que hace relevante el discutirla. Esto, ya que si no fuera dañina o negativa para el sujeto ¿qué sentido tendría evitarla? Otras preguntas que pueden surgir en este contexto son: ¿por qué hay que intervenir en las enfermedades? o ¿por qué es preferible estar saludable antes que enfermo? Tales preguntas participan de un debate de índole moral y social, y, por lo tanto, normativo. Así, para algunos, tales preguntas pueden servir de evidencia de que en las discusiones en torno a condiciones patológicas la idea de lo ‘negativo para el sujeto’ ya cumpliría de antemano un rol fundamental (Kingma 2017). Se puede agregar a esta primera crítica lo complejo que puede resultar definir salud y enfermedad con criterios libres de valores. De acuerdo al naturalismo, la supervivencia de un organismo y su capacidad de reproducirse son objetivos que deben alcanzarse para que un organismo funcione bien y se considere ‘saludable’ (Boorse 1977; 2014). Pero el hecho de comprender estos objetivos como deseables, ya pareciera implicar una dependencia valórica al utilizarlos (Agich 1983; Kingma 2014). Más recientemente, se ha sugerido también las denominadas ‘categorías de referencia’ (Kingma 2007), esto es, grupos de la población identificados por edad, sexo y etnia que presentan todas los procesos y funciones con valores estadísticamente típicos también carecen de independencia valórica (Boorse 1977; 2014).

Kingma (2007) aclara el rol de la categoría de referencia con el siguiente ejemplo: “Tony Blair tiene buena salud si todas las partes y procesos que lo constituyen funcionan de tal manera que sean estadísticamente típicas en la categoría de referencia de hombre caucásico, de 53 años”. La autora argumenta que la selección de la edad, sexo y etnia para identificar las categorías de referencia no están justificadas empíricamente y, por esto, no se pueden desprender resultados objetivos e imparciales de la comparación por no estar libres de valores previos que la definen. De manera intuitiva tendría sentido la selección de edad, sexo y etnia para las categorías de referencia, pero no lo tendría si se agregara a ellas por ejemplo ser ciego o sordo. El hecho de evitar en las categorías de referencia condiciones como las señaladas, y sin justificar empíricamente por qué se hizo, es lo que hace sospechar que antes de definir siquiera lo que es salud y enfermedad ya estarían ambos conceptos interfiriendo. De este modo, definir salud y enfermedad a través de variables que supuestamente no están contaminadas de valores, cuando en realidad sí lo están de acuerdo a Kingma (2007) implica que el naturalismo cae en una circularidad.

En lo que concierne a la segunda crítica, no habría manera de definir lo que es salud y enfermedad con base en las ciencias biológicas (Cooper 2002; Ereshefsky 2009). Las características naturales o normales de una especie de acuerdo al naturalismo serían las que permitirían definir lo que se entiende por saludable. Pero al parecer esto no sería posible, y autores como Ereshefsky (2009) lo justifica desde tres áreas distintas de la biología. Desde la taxonomía biológica, se sostiene que esta no se dedica a definir características en común entre los miembros de una especie, sino más bien define el parentesco y conexión genealógica con otros miembros de la especie, la cual además está en permanente evolución por lo que difícilmente se podría hallar un diseño natural específico que un organismo de la especie debiese tener. Desde la genética, por otro lado, se afirma que es sabido que el genotipo compartido de dos individuos no se expresa fenotípicamente de igual manera cuando el entorno cambia. Esto dejaría en cuenta nuevamente lo complicado que sería poder identificar características de un diseño natural entre los miembros de una misma especie. Por último, desde la fisiología, Ereshefsky (2009) asegura que a pesar de que los manuales presentan descripciones detalladas de los organismos y sus mecanismos internos, lo cierto es que estos textos presentan descripciones idealizadas y sintetizadas de los órganos y sistemas de órganos. La finalidad de esto sería fijar un punto de partida para elaborar modelos más detallados de las partes de los organismos y sus mecanismos internos que puedan ajustarse mejor a la realidad (Wachbroit 1994).

Las críticas presentadas hasta aquí tienen en común la imposibilidad de evitar la intervención humana y sus valores en la conceptualización de la salud y la enfermedad. Si nos focalizamos solamente en la salud mental, las críticas parecieran cobrar incluso más sentido. Para el principal manual de diagnóstico en la actualidad - el DSM 5-TR -, la enfermedad o patología mental debería expresar una disfunción psicológica, biológica o del desarrollo (APA 2024). Sin embargo, los criterios diagnósticos para gran parte de los trastornos mentales contemplados en el manual no hacen referencia a procesos ni biológicos ni psicológicos que subyacen al trastorno (Aftab 2016). Por otra parte, el manual determina que, en ausencia de marcadores biológicos claros, no es posible identificar patologías basado solamente en criterios sintomáticos (al cuál pertenecería el delirio), por lo que se utiliza en su lugar el criterio general de malestar o discapacidad clínicamente significativos (APA 2024). Dicho de otro modo, hay trastornos mentales contemplados en el manual cuyos diagnósticos se realizan sin necesidad

de considerar un sustento biológico que los justifique, lo cual resulta ser problemático para la conceptualización naturalista de la patología y sobre todo, del delirio.

3. Normativismo y el Criterio de lo Patológico

En palabras generales, el normativismo – en su versión más básica - refiere a la idea de que la atribución de carácter patológico a una condición física o mental siempre implica un juicio de valor respecto del efecto negativo o perjudicial de la condición en la vida de la persona (ver, Faucher & Forest 2021). Esto, sin duda, dependerá de qué es exactamente aquello que los humanos consideramos negativo para el bienestar (Ereshesky 2009; Amoretti & Lalumera 2021). En el normativismo, categorías como ‘saludable’ o ‘patológico’ no son valóricamente neutras; mientras la primera tiene que ver con estados físicos y mentales deseables, la segunda referiría a aquellos estados indeseables. El normativismo aplicado a la psiquiatría ha sido criticado sistemáticamente. El hecho de proponer que lo patológico es valórico-dependiente tendría consecuencias problemáticas.

Una primera crítica sostiene que lo que el normativismo considera patológico es dependiente en su totalidad de lo que la sociedad (o grupo de especialistas) piensan al respecto de una condición (Kingma 2017). De este modo, no se podría juzgar negativamente lo que en otra época fue considerado patológico, ya que lo que se considera negativo o dañino, al ser valórico es susceptible de ser modificado con el paso del tiempo. Así, los normativistas no podrían sostener, por ejemplo, que el hecho de calificar por tanto tiempo a la homosexualidad¹ como una patología sea un error que actualmente está subsanado; a lo más podrían afirmar que actualmente evaluamos a una condición de acuerdo a valores distintos a los del pasado. Una consecuencia de esta crítica es que nada impediría que en un tiempo futuro los valores con que se evalúan a una condición se inviertan; así, podría darse incluso el caso de que la homosexualidad vuelva a considerarse una condición patológica.

Una segunda crítica apunta al alcance de la propuesta. Pensemos en el caso de la salud en plantas y animales. En este caso, pareciese que una enfermedad podría ser atribuida significativamente sin necesidad

¹Desde el DSM-III (1980) y sus ediciones posteriores no se incluye a la homosexualidad entre sus trastornos.

de que el ser humano realice una evaluación valórica negativa de la condición. Un jardinero, por ejemplo, podría considerar muy positivo que la maleza de su jardín se esté muriendo, lo cual no quita el hecho de que considere también que la misma esté enferma (Kingma 2017). De acuerdo a esta crítica, la patología de una condición al parecer puede darse de manera independiente de si existe o no una valoración negativa de la misma (tal como propone el naturalismo).

Una tercera crítica señala que el normativismo no siempre logra diferenciar con claridad la patología de otros infortunios. Muchas condiciones o situaciones que enfrenta una persona pueden ser dañinas para ella sin que se consideren patológicas. Respecto a la obesidad, por ejemplo, aún no hay consenso sobre si considerarla patología o no, a pesar de que todos concuerdan que no es una condición beneficiosa para la salud (Ereshfsky 2009). Por otra parte, a pesar de que la timidez y las inseguridades no sean consideradas patológicas, en general evitan que las personas afectadas puedan enfrentar situaciones que de no hacerlo saldrían perjudicadas.

Otro tipo de crítica - presentada principalmente por Bortolotti (2015; 2022) - se centra directamente en el caso de los delirios y sostiene que al menos en un grupo de estos, a pesar de que se pueden observar efectos dañinos, no necesariamente implica que sean causados por los delirios sino que por otras condiciones de base o por el cuadro clínico general. Dicho de otro modo, puede quedar en duda si los efectos dañinos atribuidos a un delirio sean realmente causados por este, y que tanto el delirio como los efectos dañinos que normalmente se asocian a él, son realmente una respuesta a otra condición que subyace a ambos. Los delirios motivados, llamados así por la presencia de influencias motivacionales en la formación de creencias (McKay et al. 2005; Bortolotti 2015), ayudarían a aliviar un malestar emocional, baja autoestima o los efectos adversos de una experiencia traumática. Este tipo de delirio suele describirse como mecanismos de defensa o incluso como funciones rasgo (McKay et al. 2005). En un caso presentado por Butler (2000), y también usado de ejemplo por otros autores, un sujeto a quien denomina B.X. sufre un accidente con severas lesiones cerebrales que lo dejan tetraplégico. Un año después del accidente desarrolla la creencia delirante sobre la continuidad de la relación amorosa con su pareja anterior N, quien había cortado todo tipo de contacto con él luego del accidente. B.X estaba convencido incluso de que se había casado recientemente con N, a pesar de que ella en realidad ya estaba en una relación con otra persona. Este ejemplo, puede reflejar la manifestación de un mecanis-

mo de defensa psicológico motivado por la negación de la devastadora realidad en la cual su cuerpo se encuentra paralizado y N ya no lo ama. Tanto en este caso como en otros de similares características, pareciera que los delirios y las consecuencias dañinas que las acompañan son respuesta a otro problema de base, por lo que sostener que los delirios sean los causantes de los efectos negativos no pareciera tener mucho sentido. Es necesario mencionar que los casos donde se pueden aplicar estos mecanismos de defensa o de adaptabilidad se reduce sólo a un grupo de delirios, esto se debería a que no todos los delirios pueden explicarse satisfactoriamente mediante factores psicológicos (Lancelotta & Bortolotti 2019, Bortolotti 2022).

4. Condiciones Patológicas como Disfunciones Dañinas: Un Problema Abierto

Las secciones anteriores dejan ver que ninguna de las propuestas para describir qué es lo que hace patológico a una condición está libre de problemas. Lo anterior motivó la búsqueda de criterios híbridos que lograsen capturar la complejidad de la vida humana, y, sobre todo, de los conceptos de salud y enfermedad. Es así como el trabajo de Wakefield (1992a, 1992b) combina el normativismo con el naturalismo para indicar que aquello que etiquetamos como ‘patológico’ lo es en virtud de ser el producto de una disfunción dañina (harmful dysfunction). En este contexto, lo ‘daño’ captura el juicio de valor o consideración bajo el estándar sociocultural que forma parte de la categorización de un desorden como tal. Existirán ciertas normas, entonces, que dirigen la atribución de daño a una condición. Por otra parte, la dimensión ‘disfuncional’ de la propuesta refiere al aspecto objetivo que implica un fallo del funcionamiento normal del organismo (Wakefield 1992b; 2007). Mediante esta hibridación, Wakefield estaría en la posición de evitar varios de los problemas asociados al normativismo y el naturalismo cuando son aplicados por separado.

Una de las únicas aplicaciones de la propuesta de Wakefield al análisis de los delirios se encuentra en el trabajo de Miyazono (2015; 2019). El autor sostiene que los delirios – entendidos como creencias - son patológicos porque implican la existencia de cierto tipo de disfunciones que resultan ser perjudiciales para el sujeto. Lo que haría patológico al delirio, por lo tanto, sería su impacto negativo significativo en el bienestar del sujeto (elemento perjudicial) y el hecho de que algunos mecanismos o subsistemas directa o indirectamente relacionados con

su producción no cumplen las funciones originales para los que fueron seleccionados evolutivamente (elemento disfuncional). Respecto de este último punto, el foco dominante en la neuropsiquiatría actual se ha puesto en las alteraciones del sistema a cargo de la producción de creencias (Davies et al. 2001; Corlett et al. 2007; 2015; López-Silva 2023b).

Si bien la aplicación de la propuesta de la disfunción dañina al caso de los delirios parece plausible en primera instancia, no está exenta de importantes problemas. Uno de los problemas es señalado por Bortolotti (2022), quien señala que, muchas veces, el daño atribuido al delirio en realidad no es causado directamente por este, sino que por la condición de base que lo produce. Esta idea parece ser consistente con la propuesta que indica que el delirio sería una especie de respuesta adaptativa a ciertos funcionamientos problemáticos del apartado cognitivo humano (López-Silva 2023c; 2024). Sin embargo, parecen existir problemas mucho más profundos que éste. Por ejemplo, la propuesta de la disfunción dañina está pensada para analizar condiciones y no síntomas específicos. El error que comete Miyazono es exactamente éste, ignorar el contexto clínico en el cuál el delirio es reportado. Creemos que este error categorial se debe a, por lo menos, dos razones. Primero, el autor parece confundir el fenómeno delirante con sus características externas, algo ya señalado por Jaspers (1963). Segundo, el autor asume la continuidad epistémica entre delirio – entendidos como creencias – con otros tipos de creencias que no parecen instanciar las cualidades paradigmáticas de las creencias (por el ejemplo de las creencias racistas y clasistas). Este asunto parece impregnar toda la formulación del análisis del carácter patológico del delirio.

Asumir una continuidad epistémica entre delirio y creencias anormales no delirantes parece pasar por alto la idea de que el delirio se constituye como un quiebre en la experiencia de un mundo común (Fuchs 2015; Henriksen & Nilsson 2017; López-Silva 2024). La certeza con la que se reporta el delirio no surge de un proceso de razonamiento, aunque éste sea sesgado y conducido por la emocionalidad. La certeza del delirio es impuesta. Para el paciente delirante la realidad simplemente no puede ser de otra cosa por lo que asumir una continuidad de los criterios epistémicos para los delirios y las creencias anormales no delirantes parece ignorar todo esto. Este y otros problemas hacen que el estado actual de la aplicación de la propuesta de la disfunción dañina al análisis del carácter patológico del delirio se encuentre incompleta. Es de esperar que futuras aplicaciones tengan en cuenta no solo el contexto clínico en el cuál se reporta el delirio, sino que también la complejidad

de las transformaciones en la estructura de la conciencia que éste implica, y como esto parece desarticular la continuidad epistémica que sirve para fundamentar la formulación actual de problema.

Referencias

Agich, G. J. (1983). Disease and value: A rejection of the value-neutrality thesis. *Theoretical Medicine*, 4, pp. 27–41.

Aftab, A. (2016). Mental Disorders and Naturalism. *American Journal of Psychiatry Residents' Journal*, 11, pp. 10-12. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp-rj.2016.110304>.

Amoretti, C. & Lalumera, E. (2022). Wherein is the concept of disease normative? From weak normative to value-conscious naturalism. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 25 pp. 47–60.

American Psychiatric Association [APA]. (2024). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th ed. (DSM-V-TR). Washington, DC: American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.

Bayne, T. & Pacherie, E. (2004). Bottom-up or Top-down. Campbell's rationalist account of monothematic delusions. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 11(1) , pp. 1-11.

Bayne, T. & Pacherie, E. (2005). In defence of the doxastic conception of delusion, *Mind & Language*, 20 (2), pp. 163–188.

Beer, M. D. (1996). Psychosis: A history of the concept. *Comprehensive Psychiatry*, 37(4), pp. 273–291. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(96\)90007-3](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(96)90007-3).

Berrios, G. E. (1991). Delusions as “wrong beliefs”: A conceptual history. *The British Journal of Psychiatry*, 159(14) , pp. 6–13.

Bortolotti, L. (2010). *Delusions and other irrational beliefs*. Oxford University Press.

Bortolotti, L. (2015). The epistemic innocence of motivated delusions. *Consciousness and Cognition*, 33 pp. 490–499. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2014.10.005>.

Bortolotti, L. (2020). The epistemic innocence of irrational beliefs. Oxford: OUP. <https://doi.org/10.1093/oso/9780198863984.001.0001>.

Bortolotti, L. (2022). Are delusions pathological beliefs?. *Asian Journal of Philosophy*. <https://doi.org/10.1007/s44204-022-00033-3>.

Bortolotti, L. (2023). *Why delusions matter*. London: Bloomsbury. <https://doi.org/10.5040/9781350163331>.

Bortolotti, L. & Miyazono, K. (2015). Recent work on the nature and development of delusions. *Philosophy Compass*, 10(9) , pp. 636-645.

Boorse, C. (1977). Health as a theoretical concept. *Philosophy of Science*, 44 , pp. 542–573.

Boorse, C. (2014). A second rebuttal on health. *Journal of Medicine and Philosophy*, 39(6) , pp. 683-724. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhu035>.

Butler, P. (2000). Reverse Othello Syndrome Subsequent to Traumatic Brain Injury, *Psychiatry*, 63:1 , pp. 85-92. <https://doi.org/10.1080/00332747.2000.11024897>.

Coltheart, M., Langdon, R., & McKay, R. (2011). Delusional belief. *Annual review of psychology*, 62, pp. 271–298. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.121208.131622>.

Corlett, P., et al. (2007). Disrupted Prediction-error Signal in Psychosis: Evidence for an Associative Account of Delusions. *Brain*, 130, pp. 2387–400.

Cooper, R. (2002). Disease. *Studies in History and Philosophy of Science Part c: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 33(2), pp. 263–282.

Davies M., Coltheart M., Langdon R., & Breen N. (2001). Monothe-matic delusions: towards a two-factor account. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 8(2), pp. 133-58.

Ereshefsky, M. (2009). Defining Health and Disease. *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 40, pp. 221–227.

Faucher, L., & Forest, D. (Eds.). (2021). *Defining mental disorder: Jerome Wakefield and his critics*. The MIT Press. <https://doi.org/10.7551/mitpress/9949.001.0001>.

Fuchs, T. (2015). Pathologies of Intersubjectivity in autism and schizophrenia. *Journal of Consciousness Studies*, 22, p. 191.

Henriksen, M. G., & Nilsson, L. S. (2017). Intersubjectivity and psychopathology in the schizophrenia spectrum: complicated 'we', compensatory strategies, and self-disorders. *Psychopathology*, 50 pp. 321–333. <https://doi.org/10.1159/000479702>.

Jaspers, K. (1963). *General Psychopathology* (7th ed.). Manchester: Manchester University Press.

Kendell, R. (1975). The concept of disease and its implications for psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 127 pp. 305–15.

Kingma, E. (2013). Naturalist accounts of mental disorder, in *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry*. Edited by Fulford KWM, Davies M, Gipps R, Graham G, Sadler JZ, Stanghellini G, Thornton T. Oxford, United Kingdom, Oxford University Press, pp 363–384.

Kingma, E. (2007). What is it to be healthy? *Analysis*, 67 , pp. 128–133.

Kingma, E. (2017). Disease as Scientific and as Value-Laden Concept. In: Schramme, T., Edwards, S. (eds) *Handbook of the Philosophy of Medicine*. Springer, Dordrecht. https://doi.org/10.1007/978-94-017-8688-1_75.

Lancellotta, E., & Bortolotti, L. (2019). Are clinical delusions adaptive? *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*, 10(5), Article e1502. <https://doi.org/10.1002/wcs.1502>.

López-Silva, P. (2024). Thinking in Schizophrenia and the Social Phenomenology of Thought Insertion. *Philosophical Psychology*, <https://doi.org/10.1080/09515089.2024.2334720>.

López-Silva, P. & McClelland, T. (2023). *Intruders in the Mind: Interdisciplinary Perspectives on Thought Insertion*. Oxford: Oxford University Press.

López-Silva, P. (2023a). Creencias e Imaginaciones: Examinando el Problema Etiológico de los Delirios. *Pensamiento: Revista de Investigación e Información Filosófica*, 302, pp. 274-286.

López-Silva, P. (2023b). La etiología de los delirios psicóticos en la neuropsiquiatría actual. *Revista Ciencias de la Salud*, 21(2), pp. 1-16.

López-Silva, P. (2023c). Minimal Biological Adaptiveness and the Phenomenology of Delusions in Schizophrenia. In A. Falcato & J. Gonçalves (eds). *The Philosophy and Psychology of Delusions*. London: Routledge.

López-Silva, P., Núñez de Prado-Gordillo, M. & Fernández, V. (2023). What are delusions? Examining the typology problem. *WIREs Cognitive Sciences*, Online first, <https://doi.org/10.1002/wcs.1674>.

McKay, R., Langdon, R., & Coltheart, M. (2005). “Sleights of mind”: Delusions, defences, and self-deception. *Cognitive Neuropsychiatry*, 10(4), pp. 305–326. <https://doi.org/10.1080/13546800444000074>.

Miyazono, K. (2015). Delusions as harmful malfunctioning beliefs. *Consciousness and cognition*, 33, pp. 561-573. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2014.10.008>.

Miyazono, K. (2019). *Delusions and beliefs: A philosophical inquiry*. Routledge.

Miyazono, K. (2022). Replies to critics. *Asian Journal of Philosophy*, 1(2). <https://doi.org/10.1007/s44204-022-00048-w>.

Wakefield, J.C. (1992a). The concept of mental disorder. On the boundary between biological facts and social values. *American Psychologist*, 47, pp. 373–388.

Wakefield, J.C. (1992b). The concept of mental disorder: diagnostic implications of the harmful dysfunction analysis. *World Psychiatry*, 6(3), pp. 149-156. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2174594/>.

Wachbroit, R. (1994). Normality as a biological concept. *Philosophy of Science*, 61, pp. 579–591.

Woolfolk, R. (2001). The Concept of Mental Illness: An Analysis of Four Pivotal Issues. *The Journal of Mind and Behavior*, 22(2), pp. 161-178.