Psicopatologia

Col termine **psicopatologia** si intende lo studio dei singoli fenomeni morbosi psichici, indipendentemente dai vari disturbi clinici in cui essi ricorrono, ed è una disciplina la cui origine che viene tradizionalmente fatta risalire al 1913, data di pubblicazione del testo “Psicopatologia Generale” di Jaspers.

La psicopatologia si occupa quindi dei fenomeni morbosi non solo nella loro rilevazione e descrizione, ma anche nello studio dei modelli psiconeurobiologici che possono esserne alla base, e consente pertanto, da un lato, di edificare dei quadri sindromici, e dall’altro di cogliere ed analizzare questi stessi fenomeni indipendentemente dal quadro morboso a cui appartengono.

Oggetti di studio della psicopatologia sono quindi i seguenti elementi della psiche:

* **Percezione**;
* **Attenzione**;
* **Memoria**;
* **Pensiero**;
* **Intelligenza**;
* **Coscienza**;
* **Affettività**;
* **Istintualità**;
* **Volontà** (**Psicomotilità**).

**Percezione**

La **percezione** è un’attività psichica conoscitiva, a carattere in parte recettivo e in parte costruttivo, che consente di cogliere la realtà (sensazioni attuali elaborate dagli organi di senso) e di strutturarla sulla base dei dati dell’esperienza.

La psicopatologia della percezione comprende:

* **Le alterazioni dell’intensità e della qualità delle percezioni**;
* **Le anomalie dei caratteri percettivi**;
* **La dissociazione delle percezioni**;
* **Il falsamento delle percezioni**.

Le **alterazioni dell’intensità e della qualità delle percezioni** sono essenzialmente delle deformazioni quantitative dei caratteri sensoriali di una percezione, che includono fenomeni di accentuazione o diminuizione, identificate che iperestesia o ipoestesia, o anche come cambiamenti di una qualità percettiva elementare, come il colore (coloropsia), il volume (macro/micropsia) e della collocazione spaziale (porropsia).

Le **anomalie dei caratteri percettivi** includono invece delle modificazioni delle qualità accessorie che accompagnano i percetti, come sentimenti di familiarità o estraneità, sentimenti di realtà o irrealtà ed anche alterazioni dei sentimenti di piacevolezza o spiacevolezza.

La **dissociazione delle percezioni**, invece, consiste nell’incapacità di fondere in un unico evento percezioni simultanee provenienti dallo stesso oggetto.

Molto importanti sono anche i **falsamenti delle percezioni**, che includono le illusioni, le allucinazioni, le pseudoallucinazioni e le allucinosi; le illusioni sono percezioni distorte della realtà con caratteri non rispondenti alle sue reali proprietà fisiche, e sono il prodotto inadeguato dell’interazione tra i dati sensoriali e psicologici soggettivi. In generale, le **illusioni** hanno uno scarso rilievo clinico, ritrovandosi come sintomi accessori in diversi quadri psicopatologici. Le **allucinazioni** sono invece delle percezioni senza oggetto, che rappresentano qualcosa di completamente nuovo e spontaneo, svincolato da qualsiasi apporto sensoriale, e sono generalmente dei fenomeni dispercettivi di comune riscontro nelle psicosi, in base all’organo sensoriale a cui sono riferite possono essere:

* **Allucinazioni Visive**; tipiche delle sindromi psichiatriche organiche e tossiche, come il delirium tremens, le psicosi organiche o le intossicazioni da droghe.
* **Allucinazioni Uditive**; che possono consistere in allucinazioni parafasiche (il paziente sente parole indistinte o appena bisbigliate), allucinazioni neologistiche (in cui il paziente sente delle parole nuove o incomprensibili), allucinazioni imperative, allucinazioni teleologiche, allucinazioni con voci dialoganti o allucinazioni con voci dialoganti. In ogni caso, questo tipo di allucinazioni sono tipiche della parafrenia, delle psicosi deliranti, di quelle confusionali e della schizofrenia.
* **Allucinazioni Olfattive** e **Gustative**; sono solitamente a contenuto spiacevole, si ritrovano negli stati confusionali, ma più raramente si riscontrano nella mania con esperienze erotiche e mistiche, nella melanconia e nelle psicosi croniche, sebbene possano contrassegnare anche le crisi comiziali connesse a focalità temporale (le cosiddette crisi del giro uncinato).
* **Allucinazioni Somatiche**; sono turbe della percezione somato-estesica, sono quindi difficilmente classificabili in quanto la percezione del corpo è un fenomeno estremamente complesso, sia per l’assenza di un organo ben definito della sensibilità corporea, sia perché il corpo è contemporaneamente soggetto ed oggetto del fenomeno percettivo. All’interno di questo gruppo troviamo le allucinazioni cenestesiche, le allucinazioni tattili-termiche e le allucinazioni chinestesiche-motrici: le allucinazioni cenestesiche sono delle percezioni abnormi di tutto il corpo o di parti di esso, e si possono manifestare come supposte aggressioni corporali allucinatorie, e possono anche spingere il soggetto ad adottare mezzi di protezione di varia natura, essendo comuni nella schizofrenia, nelle gravi forme depressive e nelle psicosi organiche. Le allucinazioni tattili consistono invece in percezioni di formicolio sulla pelle, mentre quelle termiche si manifestano con folate di vento caldo o freddo, nonché bruciature, sebbene esistano anche forme più specifiche, le allucinazioni idriche (sensazione di bagnato) o aptiche (sensazioni di scosse elettriche). Infine, le allucinazioni chinestesiche-motrici si caratterizzano per il fatto che il soggetto avverte un senso di movimento nonostante sia completamente immobile, oppure percepisce delle contrazioni muscolari senza spostamento reale, oppure può sentirsi costretto a compiere azioni o sente un’inibizione che gli impedisce di muoversi.

Le **pseudoallucinazioni**, invece, sono fenomeni che, pur essendo dotati di tutti i caratteri delle allucinazioni, non vengono obietti vati nel mondo esterno ma appaiono nello spazio interno soggettivo: il paziente li vive come fenomeni psichici che, per quanto strani ed inspiegabili, non hanno alcun rapporto con la realtà esterna; queste pseudoallucinazioni sono essenzialmente uditive, ma possono anche essere visive, e sono spesso vissuti come estranei ed imposti, essendo tipici della schizofrenia.

Le **allucinosi**, infine, sono fenomeni allucinatori visivi o uditivi dotati di notevole estesia sensoriale, talora a carattere scenico e colorito, proiettato nello spazio oggettivo esterno ma che non viene vissuto dal soggetto in termini di uno stimolo reale essendo riconosciuto come fenomeno patologico. Si osserva più frequentemente nella patologia organica cerebrale, dovuta a lesioni temporali ed occipitali, o su base tossica. Particolare rilievo va prestata alla cosiddetta “**allucinosi alcolica**”, un termine in realtà improprio, che si riferisce ad una sindrome allucinatoria che insorge in alcolisti cronici, caratterizzata da allucinazioni, prevalentemente o esclusivamente uditive, a contenuto spiacevole (voci che parlano tra loro di lui, lo insultano o lo minacciano), vissute in una condizione di lucidità e di coscienza, a cui si correlano deliri a contenuto persecutorio o di colpa.

**Attenzione**

L’**attenzione** è una funzione psichica atta a focalizzare e dirigere la coscienza su specifici contenuti, sia oggettivi che soggettivi, fra quanti compongono il suo campo fenomenico.

I disturbi dell’attenzione includono l’**ipoprosessia** (detta anche semplicemente “distrazione”), cioè una diminuzione delle capacità attentive che si osserva in tutte quelle condizioni che sono associate ad una diminuzione del livello di vigilanza, come la sonnolenza, l’ebbrezza o le psicosi tossiche, ma sono alterate anche negli stati melanconici e nelle insufficienze mentali. Altre alterazioni dell’attenzione sono anche l’**aprosessia**, cioè la totale mancanza di attenzione, che è tipica degli stati confusionali, e l’**iperprosessia**, in cui invece si osserva un aumento dell’attenzione, che si rileva nelle intossicazioni da allucinogeni, nelle nevrosi fobiche e nelle psicosi deliranti.

**Memoria**

Quello della “**memoria**” è un termine a cui sono assegnati diversi significati, ad esempio può indicare i meccanismi che sottendono i processi mnemonici, ma può stare ad indicare anche i contenuti dell’esperienza depositati nel sistema mnesico, o anche la prestazione mnesica, cioè la capacità di ricordare.

Indipendentemente dal significato, la memoria è la **capacità di riprodurre un’esperienza passata**, di **riconoscerla e localizzarla nel tempo e nello spazio**. Nella memoria si distinguono due momenti fondamentali, cioè la fissazione, che consente di registrare i contenuti di coscienza, di conservare di essi tracce stabili (engrammi mnesici), mentre la seconda fase è la rievocazione, che permette di ricondurre alla coscienza determinati contenuti. Nella memoria, inoltre, si possono distinguere due tipi principali, cioè la **memoria a breve termine**, durante la quale si formano delle tracce mnesiche, ma non il loro consolidamento, e la **memoria a lungo termine**, in cui le tracce si consolidano così da poter perdurare nel tempo.

I disturbi quantitativi della memoria sono essenzialmente l’ipermnesia, l’amnesia (retrograda o anterograda) e la confabulazione (creazione di falsi ricordi a riempimento di lacune mnesiche del passato). Questa neoproduzione, accurata e fantasiosa, attinge a diversi frammenti mnemonici dell’esperienza passata e agli stimoli dell’ambiente. Le confabulazioni sono tipiche della sindrome di Korsakoff, della demenza e delle sindromi post-traumatiche. Tutti questi disturbi sono di tipo quantitativo, mentre i disturbi qualitativi della memoria sono le allomnesie (illusioni della memoria) e le pseudomnesie (allucinazioni della memoria), che includono i falsi riconoscimenti ed i falsi ricordi.

**Pensiero**

Il **pensiero** è quell’attività operativa della psiche che, attraverso processi di associazione, correlazione, integrazione, astrazione e simbolizzazione dei dati informativi (percezioni e rappresentazioni), permette la valutazione della realtà e la formulazione di idee, astrazioni intellettuali, non riconducibili a stimoli attuali né ad alcun oggetto concreto. L’**idea** è un modello generale di un oggetto che non si riferisce ad un oggetto in particolare.

Il giudizio di realtà si fonda, oltre che sul confronto e l’integrazione dei dati forniti dall’esperienza, sui rapporti di causalità empirica esistenti tra singoli dati e su una rete di valori e significati codificati dal sistema sociale e culturale. Il pensiero non si sviluppa soltanto secondo la logica, ma anche in armonia a fattori soggettivi, sia di ordine pratico che affettivo.

I disturbi del pensiero sono suddivisibili in:

* **Disturbi Formali del Pensiero**;
* **Disturbi del Contenuto del Pensiero**.

Tra i disturbi formali del pensiero sono inclusi:

* L’**Accelerazione Ideica**, cioè un’accelerazione del pensiero caratterizzata da eloquio scorrevole, abbondante e irrefrenabile (**logorrea**), giochi di parole e battute di spirito. Nel suo grado estremo si ha la cosiddetta fuga delle idee, coi contenuti ideativi che si succedono con straordinaria celerità, associati tra loro in modo superficiale. L’accelerazione ideica di grado modesto si trova in condizioni di ebbrezza e sotto l’effetto di psicostimolanti. In ogni caso, la fuga delle idee e la logorrea sono tipiche dell’eccitamento maniacale.
* Il **Rallentamento del Pensiero**, in cui i contenuti ideativi sono scarsi e poveri, l’associazione è lenta, l’elaborazione stentata e l’espressione difficoltosa. Il paziente riferisce spesso la sensazione di ristagno del pensiero, che è fissato su pochi temi ed è incapace di concretizzarsi in un prodotto finale. Il rallentamento del pensiero si associa ad un’inerzia dell’attività motoria e dell’espressività mimica. Nei casi più gravi si può arrivare ad un’inibizione completa che prende il nome di **arresto** **psicomotorio**, ed è tipico delle forme più avanzate di disturbo depressivo.
* La **Prolissità**, cioè il pensiero che raggiunge la sua meta soltanto in modo indiretto, attraverso l’interferenza di idee secondarie che ne pregiudicano il decorso.
* La **Circostanzialità**, che si esprime con eloquio pedante e barocco, ricco di dettagli irrilevanti sviluppati in modo abnorme, quasi venisse meno la capacità di distinguere l’essenziale dal marginale.
* La **Perseverazione**, cioè una persistenza nella coscienza di pensieri ripetuti in modo continuativo ed acritico, che non vengono rimossi da nuovi stimoli ed esperienze.
* Il **Pensiero Dissociato**, cioè un pensiero frammentario, privo di logicità, bizzarro e sconclusionato, in cui vengono meno i comuni caratteri associativi fra le singole idee, ed è tipico delle psicosi schizofreniche. Si caratterizza per fenomeni di fusione delle idee, iperinclusioni, digressioni o deragliamenti del pensiero ed intoppi del pensiero.
* Il **Pensiero Incoerente**, in cui l’alterazione dell’ideazione è ricondotta ad una modificazione dello stato di coscienza con abbassamento dello stato di vigilanza e labilità dell’attenzione, tipico delle psicosi confusionali organiche.
* Il **Pensiero Anancastico**, che è un pensiero, una rappresentazione (ossessione) o una spinta impellente all’azione (compulsione) non intenzionale e irrazionale, suscettibile alla critica da parte del paziente, che non riesce a liberarsene e lo vive con sensazione di fastidio ed angoscia. I contenuti di coscienza sono riconosciuti dall’individuo come propri, ma considerati inaccettabili e rifiutati, perché vissuti come estranei all’Io, che ne viene ostacolato nella sua libera espressione, e contro a questi disturbi si mette in moto uno psichismo di difesa, il paziente cerca di respingerli e di resistere loro. Le ossessioni e le compulsioni sul piano comportamentale si traducono in atti compulsivi con significato di controllo e di difesa magica nei confronti del pensiero parassita.

I disturbi del contenuto del pensiero, invece, comprendono le **idee prevalenti** e i **deliri**: le **idee prevalenti**, sono idee o complessi di idee affini nel contenuto, sorrette da un fondo affettivo molto intenso, che predominano su ogni altro pensiero, costituendo una caratteristica temporanea o permanente della personalità del soggetto di cui ne ispirano la condotta. Si elaborano in genere su eventi possibili o reali sono comprensibili nella loro motivazione affettiva e sono ancora accessibili alla critica, avendo un contenuto connesso alla realtà oggettiva con corretti rapporti di causalità logica.

Il **delirio**, invece, è per Jaspers, “ un giudizio patologicamente falsato”, che si caratterizza per l’assoluta certezza soggettiva, una convinzione incorreggibile e l’assurdità del contenuto. Il delirio, quindi, è un’idea o un sistema di idee, caratterizzate da modalità genetiche e formali assolutamente peculiari, estranee quindi nelle premesse e nelle conclusioni al mondo comune e sostenute da un convincimento acritico; come evidenziato da Schneider, ciò che caratterizza il delirio, tuttavia, non è tanto il contenuto, quanto il modo in cui il contenuto è percepito e la forma con cui si esprime. Nel delirio, il soggetto vive in una modalità esperienziale caratterizzata dal venir meno di quella trama di rapporti col mondo, che rende quest’ultimo comune e comunicabile, condivisibile e quindi vivibile. I significati delle cose sono comuni solo quando assumono un valore, che trascendendo l’esperienza del singolo, li rende quindi comunicabili.

Il delirio può essere distinto in **delirio lucido**, quando è vissuto con uno stato di coscienza vigile, e **delirio** **confuso** quando invece lo stato di coscienza è alterato ( deliri febbrili, tossici e dismetabolici); il delirio può anche essere **sistematizzato**, quando ha una buona organizzazione interna, con articolazione coerente tra i diversi contenuti, oppure **non sistematizzato**, quando invece è frammentario, costituito da idee isolate, semplici ed incostanti, non correlate tra loro.

In virtù dei loro caratteri genetici e formali, i deliri sono suddivisi in:

* **Deliri Primari**;
* **Deliri Secondari**.

I **deliri primari** sono indipendenti da qualsiasi esperienza psichica, si presentano come fenomeni primari inderivabili, psicologicamente indeducibili e quindi incomprensibili. Si deve però tenere a mente che incomprensibile non è il contenuto del delirio, ma il modo in cui tale convinzione si instaura che appare non intuibile, che sfugge alla capacità di immedesimazione e comprensione. Si tratta di eventi che esulano da qualsiasi linea di causalità psicologica, ed i deliri primari sono spesso preceduti o accompagnati nel loro formarsi da uno stato d’animo pre-delirante, detto anche **fase di Wahnstimmung**, in cui si osserva una modificazione della coscienza dell’Io e del sentimento di giudizio di realtà, che sono alla base della sicurezza soggettiva ed intersoggettiva dell’Io. Si tratta di una esperienza indescrivibile ed incomunicabile, dove la perplessità, la preoccupazione e talora il terrore dominano il soggetto che avverte il dissolversi dei comuni punti di riferimento che lo legavano al mondo.

Le manifestazioni più frequenti ed importanti nella struttura del delirio primario sono le seguenti:

* **Percezione Delirante**, cioè una percezione di per sé corretta alla quale viene attribuito un valore semantico abnorme nel senso dell’autoriferimento. Le successive elaborazioni comprensibili su base psicogenetica, che si sviluppano a partire dalla percezione delirante, prendono il nome di interpretazioni deliranti.
* **Intuizione Delirante**, cioè una convinzione che insorge improvvisamente e con assoluta certezza soggettiva.
* **Rappresentazione Delirante**, ovvero una rappresentazione o un’immagine mnesica che come la percezione delirante viene investita di un significato abnorme.

I **deliri secondari**, o **deliroidi**, sono derivabili psicologicamente da un dato psicologico abnorme, e conseguono ad un’alterazione dell’affettività, sviluppandosi in personalità psicopatiche come risposta ad eventi traumatici particolarmente intensi, situazioni ambientali o fenomeni psicosensoriali abnormi.

In base alle caratteristiche del contenuto deliranti, si possono poi identificare diversi tipi di delirio:

* **Delirio di Persecuzione**, pressoché ubiquitario nella patologia psichiatrica, potendosi manifestare in tutte le psicosi, e all’interno di questo tipo possiamo identificare anche alcune sottoforme, come il delirio di riferimento, in cui il soggetto vive le situazioni e gli avvenimenti come riferiti in modo specifico a lui, il delirio di nocumento, in cui tutte le persone osteggiano il paziente con modalità che nemmeno lui sa precisare bene, ed il delirio di persecuzione propriamente detto, in cui il soggetto crede di essere perseguitato in maniera più o meno manifesta da chi gli sta attorno.
* **Delirio di Trasformazione**, che comprende il delirio di trasformazione cosmica, quello palignostico, quello metempsicotico, il delirio zooantropico e quello ipocondriaco.
* **Delirio Mistico**, in cui il paziente sperimenta contatti con Dio o si identifica con una divinità.
* **Delirio Depressivo**, che comprende tematiche connesse all’emergenza delle angosce esistenziali primordiali, e al cui interno troviamo i deliri di colpa, di rovina e di ipocondria, che possono associarsi tra loro dando il cosiddetto delirio nichilistico o la sindrome di Cotard.
* **Delirio di Grandezza**, che può manifestarsi in forme relativamente modeste, con ipervalutazione delle proprie capacità fisiche e psichiche, mantenendo un certo rapporto con la realtà ed articolandosi nell’ambito del possibile, come nel caso del delirio ambizioso o del delirio erotomanico, oppure si possono avere forme estreme, con un paziente che è completamente disancorato dal reale, dominato dalla fantasticheria, con un massimo grado di egocentrismo ed autoesaltazione, come nel caso del delirio megalomanico, del delirio di potenza, quello genealogico, quello inventario ed il delirio di enormità, essendo peraltro comune nella mania delirante, nei disturbi deliranti cronici e nelle psico-organiche.
* **Delirio di Gelosia**, in cui si ha l’assoluta convinzione di essere traditi dal proprio partner. Il paziente cerca quindi in tutti i modi di trovare le prove dell’inganno sino ad arrivare a cercare di estorcere la confessione dell’infedeltà con la violenza. È più frequente nel sesso maschile ed è tipico della paranoia alcolica, forse legata alla diminuzione della potenza sessuale per l’effetto tossico dell’alcol ed il rifiuto da parte del coniuge di avere rapporti sessuali.

**Intelligenza**

È la capacità generica di utilizzare, in modo adeguato allo scopo, tutti gli elementi del pensiero necessari a riconoscere, impostare e risolvere adeguatamente i nuovi problemi. La psicopatologia dell’intelligenza si occupa principalmente di una **diminuzione quantitativa dell’intelligenza stessa**, in particolare le sindromi da deficit dell’intelligenza sono condizioni caratterizzate da un disturbo primario dell’intelligenza dovuto ad un’alterazione organica cerebrale, sia essa congenita, ereditaria o acquisita. In questi casi il termine primario nella distinzione tra le sindromi deficitarie propriamente dette ed i disturbi che accompagnano gli stati confusionali o determinate condizioni psicopatologiche di tipo funzionale, come gli stati depressivi.

Le **oligofrenie**, o **insufficienze mentali**, sono sindromi caratterizzate da un deficit stabile dell’intelligenza, dipendente da un mancato sviluppo delle capacità intellettive per cause organiche che abbiano agito in epoca prenatale, perinatale o postnatale, comunque in un’età della vita in cui la maturazione cerebrale ed il corrispondente sviluppo psichico sono ancora in evoluzione.

Le **demenze**, invece, sono sindromi caratterizzate da un disturbo, globale e progressivo, dell’intelligenza, che insorgono quando le capacità intellettive dell’individuo si sono ormai completamente sviluppate, cioè in età adulta. In altre parole, la condizione demenziale esprime un deficit da regressione o decadimento di funzioni intellettive in precedenza integre, e tale deficit è sempre riferibile a cause organiche.

**Affettività**

In base all’intensità, alla durata ed alla modalità di insorgenza i fenomeni affettivi si dividono in:

* **Emozioni**, cioè stati affettivi quasi sempre reattivi e molto intensi, ad insorgenza acuta e rapido esaurimento, oltre ad influenzare i processi psichici ed il comportamento, si esprimono sul versante neurovegetativo con rossore o pallore del volto, tremore, tachicardia ed altri.
* **Sentimenti**, che esprimono la particolare risonanza affettiva con la quale l’individuo vive la realtà corporea, i suoi processi psicologici, la sua socialità ed sono piuttosto persistenti.
* **Umore**, è la tonalità, il “colorito affettivo” vitale che condiziona permanentemente in un modo o in un altro la nostra esistenza. È lo stato basale dell’affettività ed esprime sia il temperamento, sia un temporaneo stato affettivo risultante di tutti i fenomeni affettivi.

Dal punto di vista della psicopatologia dell’umore, questa include diverse forme:

* **Umore Depressivo o Depressione**: Consiste in un abbassamento del tono dell’umore che si manifesta con sentimenti di tristezza, abbattimento, pessimismo e dolore. Nelle forme più gravi tutta la corporeità è investita e la vitalità compromessa, con un senso di oppressione, malessere, estrema faticabilità, con un vissuto di disperazione e di sofferenza morale. L’ideazione è rallentata e povera di contenuto, i movimenti volontari sono sempre più lenti, ed è ovviamente una forma tipica degli stati depressivi.
* **Stato Ipertimico**: Si tratta di un innalzamento del tono dell’umore che può andare da semplice euforia ad intensa esaltazione. Nell’euforia l’umore è gioioso, i sentimenti ed i pensieri hanno una tonalità piacevole, il corpo è vissuto con un senso soggettivo di benessere. Nella mania c’è accelerazione ideica, logorrea, eccitazione psicomotoria, mentre i sentimenti vitali sono esaltati, non esistono coercizioni, tutto è possibile. Nelle forme più accentuate si può arrivare a gravi accessi d’ira con crisi di furore pantoclastico.
* **Umore Irritabile**: Condizione di abnorme risonanza affettiva a stimoli e situazioni di scarsa entità, con abbassamento della soglia emotiva, che si esprime con condizioni di stizza, rabbia o ira, associandosi spesso anche a fenomeni neurovegetativi. L’umore irritabile si ritrova nelle fasi iniziali della schizofrenia, nella mania, negli psicopatici instabili ed impulsivi, nell’oligofrenia e nelle psicosi organiche, dove è espressione del deficit intellettivo.
* **Labilità Affettiva**: Marcata instabilità del tono dell’umore che passa in modo improvviso dalla gioia alla tristezza o allo stato basale, in risposta a stimoli del tutto inadeguati, anche più volte nel corso della stessa giornata, manifestandosi con crisi di riso o pianto. È un fenomeno normale in adolescenza, si riscontra nelle persone immature ma soprattutto nelle sofferenze organiche (riso e pianto spastico).
* **Paralisi Acuta del Sentimento**: È una condizione conseguente a traumi psichici molto intensi, si caratterizza per il vuoto affettivo e l’indifferenza momentanea per la situazione a cui il soggetto non sa reagire in modo adeguato.
* **Dissociazione Affettiva**: Indica inadeguatezza o discordanza della affettività alla situazione oggettiva. Il grado massimo si raggiunge nella schizofrenia, dove una notizia tragica può evocare risposte emotive di polarità opposta (paratimia).
* **Apatia**: È una condizione di mancanza di sentimenti che si manifesta con distacco e indifferenza affettiva di fronte a qualsiasi stimolo. Nell’apatia manca sempre lo stimolo ad agire, e questo torpore e congelamento dell’affettività più riscontrarsi in via transitoria a seguito di traumi cranici o affezioni cerebrali organiche, manifestandosi in modo più marcato e stabile nelle schizofrenie e nelle demenze senili.
* **Ambivalenza Affettiva**: Si tratta di una coesistenza di sentimenti opposti nei confronti della stessa persona, cosa o situazione. In condizioni normali, quando si provano affetti contraddittori verso qualsiasi “oggetto”, questi influiscono l’uno sull’altro portando ad un atteggiamento affettivo complessivo che rappresenta la risultante di una serie di valutazioni contrastanti. Nella schizofrenia, i sentimenti contrastanti convivono simultaneamente, senza che si attenuino o si influenzino a vicenda, mentre nelle nevrosi una delle due tendenze viene rimossa, continuando però ad influenzare in modo inconscio il paziente.
* **Anedonia**: Nota anche come “sentimento di mancanza di sentimento” secondo Schneider, è una condizione che si distingue dall’apatia per la penosa sensazione di insensibilità che il soggetto avverte e di cui si rammarica. Non vengono più provati i comuni moti affettivi per i propri familiari, la gioia per la vita o anche il dolore, e tutto ciò è motivo di immensa sofferenza emotiva per il paziente. si ritrova nella depressione endogena, associato a sentimenti di colpa, nelle fasi iniziali di certe forme di schizofrenia, e nei disturbi di personalità.
* **Fobia**: È una condizione di timore o paura immotivata per situazioni, oggetti, azioni, associata ad una notevole componente ansiosa. Il paziente, pur criticando tali esperienze come abnormi ed assurde non riesce a superarle, ed attua una serie di condotte tendenti all’evitamento della situazione scatenante. A seconda dell’oggetto o situazione che le caratterizza possiamo parlare di agorafobia, la claustrofobia e l’ereutofobia (fobia di arrossire).
* **Ansia**: È uno stato di inquietudine, di pericolo imminente e indefinibile. Si associa ad un sentimento di incertezza ed impotenza. Mentre la paura è una risposta emozionale ad una minaccia reale, l’ansia è priva di un oggetto scatenante o meglio, questo non viene chiaramente riconosciuto dall’individuo. All’ansia si associa un corteo di sintomi neurovegetativi (tachicardia, ipertensione, tachipnea, midriasi, sudorazione, tremori e turbe dell’apparato digerente), che sono secondari alle turbe affettive e si ripercuotono sul vissuto emozionale, esacerbandolo.

**Istinto**

L’**istinto** viene generalmente definito come un bisogno fondamentale che tende al raggiungimento di un fine, per cui si può dire che l’istinto tende sempre verso un oggetto per il raggiungimento del suo scopo. All’istinto è poi correlata una spinta, detta “**pulsione**”, che Freud definiva come una forza di cui si suppone l’esistenza dietro alle tensioni inerenti ai bisogni dell’organismo. Le influenze intellettive, sociologiche e culturali agiscono poi plasmando e modificando i comportamenti istintivi, in quanto tutte le azioni umane dimostrano la compartecipazione maggiore o minore di attività psichiche più elevate di quelle istintive.

Dal punto di vista della psicopatologia, le turbe dell’istintualità si manifestano nell’anoressia nervosa (in cui c’è un’alterazione dell’istinto di alimentarsi), nei disturbi della sessualità e in alcune forme di suicidio (viene meno l’istinto di sopravvivenza).

**Volontà (Psicomotilità)**

L’uomo ha la possibilità di decidere quali tendenze, per lo più istintuali, ostacolare e quali lasciare che si realizzino, basandosi su valutazioni di ordine affettivo e cognitivo, e questo atto mentale prende il nome di **volontà**. L’atto volontario è sentito a livello cosciente come scelta consapevole in cui l’Io si realizza in piena autonomia, e la consapevolezza oggettiva della scelta è ciò che connota psicologicamente l’attività volontaria.

Anche in questo caso, all’interno della volontà, si possono riconoscere diverse forme psicopatologiche:

* **Abulia**, che consiste in un’inibizione della volontà, a seguito della quale il soggetto è incapace di prendere una decisione, in merito a circostanze anche banali, oppure di attuare la soluzione presa, ed è tipica delle sindromi depressive, nelle psiconevrosi ossessivo-compulsive e nelle schizofrenia.
* **Impulsività**, cioè una spinta irrefrenabile, non mediata dalla riflessione, in base alla quale il soggetto compie atti che spesso arrecano danno a sé stesso o agli altri, potendosi riscontrare nella schizofrenia catatonica e nelle reazioni psicogene, e le cui forme più comuni son la piromania, la cleptomania, la dipsomania e le fughe impulsive, mentre altre forme sono anche il gioco d’azzardo e la tossicomania.
* **Aumento dell’Attività Motoria**, in cui si passa dai gradi più lievi dell’irrequietezza fino ai gradi massimi di iperattività motoria con l’eccitamento psicomotorio, che si può manifestare nella bizzarra forma di eccitamento maniacale, nella scarica motoria incontrollata della schizofrenia catatonica o nelle manifestazioni motorie scoordinate ed inconcludenti tipiche delle demenze.
* **Rallentamento Psicomotorio**, che si manifesta con un rallentamento globale dell’attività motoria, come la mimica, la gestualità e l’eloquio, che appaiono lente, appesantite e difficoltose. Si tratta di una condizione tipica degli stati depressivi e di alcuni stati confusionali.
* **Arresto Psicomotorio**, è il grado estremo di inibizione dell’attività motoria, ed è noto anche come stupor. Il soggetto affetto non risponde ad alcuno stimolo, è indifferente a quanto accade nell’ambiente, giace immobile, conservando piena lucidità di coscienza. Si possono distinguere uno stupor melanconico, presente nelle forme più gravi di depressione, uno stupor emotivo, che si riscontra nell’isteria ed uno stupor catatonico presente nella schizofrenia catatonica. Lo stupor catatonico, nello specifico, insorge in modo brusco e può durare da pochi minuti ad alcuni mesi ed è spesso intervallato da brevi e violente fasi di eccitamento. Il soggetto assume atteggiamenti posturali, talora inusuali, che vengono mantenuti per tutta la durata dell’episodio, condizione nota coma immobilità statuaria. Durante lo stupor catatonico si può verificare il fenomeno della catalessia, in cui i malati plasticamente assumono e fissano posizioni sia spontanee che passivamente imposte, conservandole a lungo anche se innaturali o scomode.
* **Stereotipie**, sono frammenti di attività motoria e di espressione verbale che si ripetono sempre con gli stessi aspetti fenomenici per lunghi periodi di tempo. In genere non c’è alcuna correlazione con la situazione attuale del soggetto, e tali fenomeni possono riguardare atteggiamenti, posizioni, azioni, espressioni verbali ed anche la scrittura.
* **Manierismi**, sono modalità di espressione del linguaggio e dei movimenti eccentriche ed artificiose, che rappresentano una caricatura di atteggiamenti normali. È una modalità con cui più o meno consapevolmente viene perseguito lo scopo di esprimere dei sentimenti inesistenti nel soggetto.
* **Negativismo** e **Mutacismo**, che può essere attivo o passivo; nel negativismo attivo il soggetto compie azioni contrarie a quelle richieste, mentre nel negativismo passivo si ha solo una resistenza ai comandi o ai tentativi di immobilizzazione. Il mutacismo, invece, indica un ostinato rifiuto di rispondere a qualsiasi domanda.
* **Automatismo**, che consiste nell’esecuzione passiva di comandi e suggerimenti anche banali ed illogici. Alcune manifestazioni di automatismo sono l’ecoprassia (imitazione dei gesti), l’ecomimia (imitazione dell’espressione del volto), l’ecolalia (imitazione di parole udite) ed ecografia (ripetizione di scritti).