



CAPITOLO 1

Psicopatologia generale

Alessandro Minutillo, Gabriele Panza, Paolo Brambilla, Marcella Bellani

1. Introduzione alla psicopatologia

L'attività medica è fondamentalmente un agire pratico, definito clinico, circa lo stato di malattia del paziente (dal greco “κλινικη” arte relativa a prendersi cura di chi giace al letto).

Quello che in questo capitolo viene illustrato è definito psicopatologia descrittiva (semeiotica psichiatrica) cioè il modo in cui i sintomi e segni sono riconosciuti e denominati così da fornire un linguaggio il più possibile comune alla pratica della clinica psichiatrica.¹

2. La coscienza

La coscienza è individuata da tre parametri: *spazio*, *tempo* e *sé*, e le condizioni necessarie sono che la vigilanza sia lucidamente attiva e l'ampiezza del campo di coscienza sia adeguato alle circostanze in cui il soggetto è posto.

Da un punto di vista patologico avremo così alterazioni *quantitative* del campo di coscienza, cioè legate al decadere della lucidità e alterazioni dette *qualitative*, legate al funzionamento del campo.

Ovviamente la distinzione non è così netta nella realtà, ma da prima della nascita delle neuroscienze così esse si definirono e così sono rimaste.²

2.1. Coscienza dell'io (o del sé)

Si tratta della *consapevolezza* e della facoltà di avere *esperienza* di se stessi, o “del sé”.

Non esiste ad oggi una definizione unanimemente condivisa di cosa voglia dire “essere un sé”.

Insight

Nell'ambito della coscienza dell'io, rappresenta quello stato di consapevolezza critica, scopo principe dei trattamenti, che rende la persona edotta del proprio stato psichico, ossia del significato, dell'importanza e della motivazione dei contenuti della vita mentale. In termini più operativi, è importante il concetto di *insight di malattia*, ossia della presa di coscienza del proprio disturbo psichico e della necessità di trattamento.

Depersonalizzazione

Si verifica in condizioni di coscienza conservata e valida, tuttavia il soggetto percepisce una ridotta capacità di riconoscere come propri e personali i fenomeni della vita psichica. Sono descritti come episodi di distacco o separazione da se stessi (accade per esempio in corso di disturbi d'ansia, di personalità, intossicazioni da sostanze e psicosi): il paziente si descrive come osservatore esterno del proprio corpo.

Derealizzazione

È una percezione della realtà esterna con una sensazione soggettiva di estraneità, strano disagio e irrealtà come se il mondo esterno fosse distorto in qualche modo. Ad esempio, “sembra di vivere in un film”, “tutto ciò è irreale”.

2.2. Alterazioni qualitative della coscienza (o disturbi della strutturazione della coscienza)

Delirium (stato confusionale)

Uno scadimento acuto dello stato di coscienza, con disorientamento nello spazio e nel tempo, massiccia riduzione della lucidità e della consapevolezza dell’ambiente e del Sé, a cui si associano alterazioni della memoria, della percezione e dell’ideazione. Nel DSM-5 viene sottolineata la causa medica organica, che è sottostante l’acuzie del fenomeno, e la possibilità di fluttuazione delle alterazioni psichiche. Tali quadri sono comuni nelle demenze.

Vale la pena di segnalare un particolare quadro di delirium detto *delirium tremens*, che ha caratteristiche simili al precedente ma è provocato dall’astinenza alcolica e si caratterizza per fenomeni dispercettivi a tipo *microzoopsie* e agitazione psicomotoria scatenata da fenomeni allucinatori dal contenuto complesso e terrifico.

Stato crepuscolare

Si tratta di una situazione che coinvolge differenti stati patologici. Se ci si riferisce al concetto di visione come al crepuscolo, cioè ristretta ai margini, allora si avrà un restringimento del campo di coscienza come è stato descritto per un secolo nell’isteria o dissociazione isterica.³ Oggi si può affermare che si tratta di una condizione in cui alcuni fenomeni psichici (vissuti), in genere ad alto contenuto affettivo-emotivo, polarizzano le funzioni psichiche al punto da restringere il campo di coscienza – cioè da ridurre il rapporto con l’ambiente e il Sé.

Più tipicamente, lo stato di coscienza crepuscolare si manifesta come espressione di epilessia e particolarmente nelle forme temporali. Presenta le seguenti caratteristiche:

- esordio improvviso;
- durata variabile;
- può presentare, in un comportamento apparentemente tranquillo, comportamenti violenti o scoppi di collera;
- così come improvvisamente è iniziato, può improvvisamente terminare.

Di solito, come si è detto, è associato a: dissociazione isterica, epilessia o eventi catastrofici improvvisi (disturbo da stress post-traumatico).

Stato oniroide

Uno stato di coscienza alterato con le stesse caratteristiche del delirium, da cui si differenzia per una condizione caratterizzata da massicci fenomeni allucinatori visivi come in un sogno (come suggerisce l’etimologia del termine). In sostanza il paziente è disorientato, confuso e sperimenta allucinazioni visive elaborate che fanno oscillare il paziente fra una condizione di pace e una di vero e proprio terrore.

2.3. Alterazioni quantitative della coscienza (o disturbi ipnoidi della coscienza o disturbi della vigilanza)

Obnubilamento

Lieve scadimento della coscienza con ridotta consapevolezza della situazione circostante e delle funzioni psichiche cognitivo-attentive.

Sonnolenza/torpore

Si tratta di un gradino ulteriore nello scadimento della coscienza. Il paziente tende ad addormentarsi e mantiene la vigilanza con difficoltà senza adeguata stimolazione sensoriale. La capacità relazionale è minima e le capacità cognitivo-mnesiche sono torpide.

Sopore

Il paziente è incosciente ma può essere risvegliato con stimoli energici dopo i quali ritorna presto incosciente.

Coma

Il paziente non è più risvegliabile, completamente incosciente.

3. Rapporto di realtà

Un termine un po' oscuro, che gli psichiatri usano per indicare se pensiero, affetto, coscienza e intelligenza mantengono il paziente nella realtà contingente oppure se il paziente è immerso in un mondo di immaginazione o fantasia cioè fuori dalla realtà.⁴

4. Percezione

La *sensazione* è il primo atto che porta alla *percezione*, cioè la ricezione e riconoscimento di fenomeni esterni o interni. È richiesta una coscienza sufficientemente integra per distinguere *me stesso* come altro rispetto all'*oggetto* della percezione. Il percorso che va dalla sensazione alla percezione si può scomporre in tre fasi:

- 1) stimolazione sensoriale (insieme di sensazioni);
- 2) presa di coscienza di una percezione sensoriale;
- 3) attribuzione di senso/significato al percolato.

Differenza tra percezione e rappresentazione

La rappresentazione è la riattivazione di tracce mnesiche relative a pregressi complessi percettivi (esperienze passate).

La patologia della percezione riguarda le percezioni abnormi, o *dispercezioni*, che vanno dalla distorsione percettiva sino alla percezione in assenza di oggetto/fenomeno.

4.1. Disturbi quali-quantitativi della percezione

Si tratta di *distorsioni* percettive in cui vengono alterate l'*intensità* e/o la *qualità* delle percezioni. L'intensità può quindi essere alterata in aumento (iperestesia, tipica ad esempio dei quadri maniacali o delle intossicazioni da sostanze stimolanti) o in riduzione (ipoestesia, tipica ad esempio dei quadri depressivi).

La qualità riguarda invece un'alterazione dei *caratteri* percettivi, per esempio nella qualità dei colori (*discromatopsia*), nel timbro di un suono, nella disposizione di un oggetto nello spazio (*teleopsia*, quando un oggetto pare più distante di quanto non sia in realtà, *pelopsia* nel caso contrario), o nelle dimensioni degli oggetti (*micropsia* e *macropsia*, rispettivamente diminuzione e aumento, rispetto alla realtà, delle dimensioni percepite di un oggetto).

Ricordiamo che ciò che conta per poter parlare di *distorsione percettiva* è che si verifichino comunque il corretto riconoscimento e l'identificazione dell'oggetto, sebbene sia presente uno scostamento dalla sua reale sembianza.

4.2. Dissociazione delle percezioni

Si verifica raramente, in corso di talune patologie organiche o nella schizofrenia: è la mancata capacità di *fusione* degli stimoli sensoriali simultanei provenienti da un'unica fonte; ad esempio avviene quando un paziente osserva una persona che gli parla ma percepisce la sua immagine in modo indipendente dalle parole pronunciate.

4.3. Illusione

È una tipologia di falsa percezione che risulta da una rielaborazione e trasformazione psichica di stimoli sensoriali reali, ma correggibile dall'attenzione. Devono essere distinte da semplici interpretazioni erronee dei percetti, che sono semplicemente errori sulla natura della percezione senza che vi sia alla base un particolare stato affettivo o disattentivo. Vengono comunemente distinti tre tipi di illusione:

- 1) *Illusioni da completamento*, alla cui base c'è una riduzione dell'attenzione. Si verificano quando ad esempio non notiamo errori di stampa in cui manca una lettera, poiché leggiamo le parole come se fossero scritte in modo corretto.
- 2) *Illusioni emotive*, che si verificano e sono comprensibili nel contesto di un determinato stato affettivo. Ad esempio, scambiare un oggetto inanimato, come un vestito appeso, con una persona che cammina nella stanza quando si ha paura del buio.
- 3) *Illusioni pareidoliche* o *pareidolie*, che sono molto comuni soprattutto tra le persone dotate di ricca immaginazione fantastica (solitamente, più nei bambini che negli adulti). Vengono definite come la percezione di immagini complete e dettagliate a partire da forme *non ben strutturate* (ad esempio, cogliere il viso di una certa persona in una nuvola nel cielo). In questo caso l'attenzione, al contrario dei due casi precedenti, aumenta l'intensità dell'illusione poiché la persona che la vive sebbene consapevole dell'irrealtà di ciò che vede, non può disconoscerla.

4.4. Allucinazione

È una falsa percezione definita come *percezione senza oggetto* (Esquirol, 1817), cioè la percezione con carattere di corporeità di oggetti inesistenti nella realtà esterna o interna al soma (rispettivamente, allucinazioni *esterocettive* o *introcettive*).

Essendo dotate della stessa forza e impatto di una percezione reale, le allucinazioni vengono vissute dal soggetto con la medesima partecipazione ideo-affettiva delle esperienze reali.

Esistono tre criteri essenziali per definirle in termini operazionistici:

- esperienza percettiva in assenza di oggetto reale;
- vissuto soggettivo identico a quello di un'esperienza reale;
- incorreggibilità attraverso l'evidenza e la capacità critico-razionale.

Classificazione delle allucinazioni

Di seguito si riporta una classificazione dei più comuni sintomi allucinatori.

Allucinazioni uditive

- *Semplici*: anche chiamate acoasmi, il percepito è costituito da suoni semplici (e.g. una porta che si chiude, un ronzio, un campanello, un rumore generico).
- *Complesse*: tipicamente voci o musica. Le voci possono parlare tra di loro del paziente (in terza persona), come le *allucinazioni commentanti* oppure possono rivolgersi direttamente al paziente (in seconda persona) come le *allucinazioni imperative* (che danno ordini al paziente) o quelle *teleologiche* (che danno dei consigli al paziente circa azioni da compiere). Un altro tipo di allucinazione uditiva complessa è l'*eco del pensiero*: il paziente riferisce di udire i suoi pensieri durante o subito dopo averli formulati.

Allucinazioni visive

- *Semplici*: anche chiamate *fotomi*, sono ad esempio lampi di luce o forme geometriche.
- *Complesse*: immagini di oggetti, persone/personaggi, animali.
- *Panoramiche*: allucinazioni complesse a cui si aggiunge uno sfondo ambientale.
- *Lillipuziane*: allucinazioni complesse dimensionalmente più piccole rispetto a come dovrebbero essere realisticamente (il nome deriva dagli abitanti dell'isola di Lilliput, alti pochi centimetri, del romanzo di Jonathan Swift "I viaggi di Gulliver", 1726).
- *Allucinazioni autoscopiche*: proiezioni nello spazio esterno dell'immagine di sé non associata alla sensazione di trovarsi al di fuori del proprio corpo.
- *Allucinazioni negative*: consiste nel non vedere un oggetto esistente davanti a sé (ad esempio l'autoscopia negativa, ossia la mancata percezione dell'immagine di sé riflessa allo specchio).

Allucinazioni somatiche

Percezioni corporee irreali di tipo *viscerale* (false percezioni relative agli organi interni), *cenestesico* (relativo a muscoli e articolazioni) o *superficiale* (termiche, tattili, idriche).

Allucinazioni olfattive e gustative

Solitamente sono percepiti odori o sapori sgradevoli.

Allucinazioni ipnopompiche

Sono uditive o visive, si verificano al momento del risveglio e non hanno generalmente significato patologico.

Allucinazioni ipnagogiche

Sono uditive o visive, si verificano nel corso dell'addormentamento e non hanno generalmente significato patologico.

Allucinazioni extracampiche

Sono percepite al di fuori del campo sensoriale del paziente (ad esempio, udire voci che provengono dall'Australia, abitando in Italia).

Allucinazioni funzionali

Sono evocate da stimoli sensoriali reali, con la stessa modalità sensoriale (ad esempio udire voci quando viene aperto il rubinetto e si sente scorrere l'acqua).

Allucinazioni riflesse

Sono provocate da stimoli sensoriali reali, con differente modalità sensoriale (ad esempio un'allucinazione uditiva provocata dalla visione di un quadro).

4.5. Allucinosi

Sono fenomeni di tipo allucinatorio, ma manca la terza condizione: il paziente è *consapevole* dell'*irrealtà* delle percezioni (per quanto identiche all'allucinazione) e ne riconosce la natura patologica; pertanto non vi è l'impatto sull'organizzazione del pensiero e della personalità come avviene nelle allucinazioni. Non hanno carattere delirante.

4.6. Pseudoallucinazione

È un fenomeno dispercettivo che il paziente percepisce senza carattere di spazialità, tanto da essere vissuto come fatto che avviene al suo interno, segnatamente: *all'interno della sua mente*. Si configurano come *rappresentazioni mentali intensificate* e in gran parte volontarie. Non hanno carattere delirante, come l'allucinazione. Si manifestano frequentemente in condizioni di stress e in corso di patologia affettiva.

In alcune circostanze, si verificano dei fenomeni a tipo *ossessioni vocali*, che non sono rappresentazioni, caratterizzate dalla ripetizione di contenuti abbastanza fissi. Possono essere ritenute simili alle pseudoallucinazioni, ma si contraddistinguono per l'essere rare e tipicamente presenti in pazienti con disturbi di tipo ossessivo-compulsivo.⁵

5. Pensiero e linguaggio

Proprio nel trattare questo capitolo, a riguardo della funzione psichica del pensiero, ci si rende conto che la suddivisione operata per ragioni didattiche della psiche o mente in singole funzioni è gravemente deficitaria. È, infatti, impossibile parlare del pensiero senza la connessione col linguaggio, la coscienza, la memoria, etc. Pur dovendo tentare di dare una definizione, il pensiero si caratterizza per essere quella funzione *che esita nel giudizio*, cioè nel riconoscimento del vero dal falso, del buono dal cattivo, del giusto dall'ingiusto, etc. In quanto tale, fa dell'uomo il punto in cui la natura diviene cosciente di se stessa. Il pensiero disgiunto dall'affettività è operativamente impossibile da sperimentare e, se sembra possibile nella cosiddetta "normalità", di certo nella psicopatologia è drammaticamente inconcepibile (il pensiero segue sempre l'affettività: v. depressione). Tuttavia, se pensiero e affetto possono essere due facce della stessa medaglia, si apre allora la questione della possibilità di essere *soddisfatti*, questione non piccola nella vita dell'uomo, tanto che si può affermare che l'uomo è quel punto della natura in cui la natura diventa *questione di soddisfazione*.

Per quanto riguarda la psicopatologia, *il linguaggio è il modo in cui il pensiero viene espresso*. Su questo assioma, si fonda l'esame psichico e l'esame clinico.

La patologia del pensiero si classifica in tre categorie: disturbi della forma, disturbi del flusso e disturbi del contenuto del pensiero.

5.1. Disturbi del processo del pensiero e del linguaggio

Come già detto, si tratta di due fenomeni (pensiero e linguaggio) differenti, sebbene intimamente connessi, ma non potendo leggere nella mente del malato, è necessario ascoltarlo per conoscere il suo

pensiero. Dal punto di vista operazionistico, distinguiamo quindi una patologia del pensiero e una patologia della capacità produttiva del linguaggio in senso stretto.

5.2. Disturbi della produzione del linguaggio

Rimandiamo ai testi di neurologia e otorinolaringoiatria la trattazione delle cause e della fisiopatologia, limitandoci a ricordare e definire brevemente le seguenti condizioni.

- *Disartria*: alterazione motoria che si riflette nella capacità di articolazione dei fonemi linguistici.
- *Disfonia*: disfunzione legata a un'alterazione dell'apparato della fonazione.
- *Disfasia*: malfunzionamento nella capacità comprensione e/o espressione del linguaggio.
- *Afasia*: perdita della capacità di produzione e/o comprensione del linguaggio.
- *Balbutie o tartagliamento*: forma di disfluenza verbale caratterizzata da involontaria ripetizione o prolungamento di suoni, sillabe, parole e pause/blocchi nell'eloquio.
- *Coprolalia*: necessità compulsiva, impellente ed esplosiva di utilizzare parole oscene, volgari ed "escrementizie", si ritrova ad esempio nella Sindrome di Gilles de la Tourette (si riscontra tra il 10% e il 20% dei tourettiani). Quando invece sia espressione del contenuto del pensiero, si colloca nella patologia *psichica* del contenuto ideativo.
- *Glossolalia*: è l'utilizzo di suoni non verbali al posto del linguaggio.
- *Verbigerazione*: è una ripetizione insensata di suoni, parole o frasi.
- *Logoclonia*: è la ripetizione automatica dell'ultima sillaba di ogni parola pronunciata, si riscontra nel parkinsonismo.

5.3. Disturbi della forma del pensiero che si rendono particolarmente evidenti nel linguaggio

La forma del pensiero riguarda la modalità di connessione logica tra un contenuto e l'altro, ed abitualmente avviene secondo la logica enunciata da Aristotele. Tale condizione consente la comprensione reciproca dei contenuti espressi.

- *Circostanzialità o pensiero iperinclusivo*: in questo caso il pensiero è organizzato e orientato verso un obiettivo, ma è afflitto dall'aggiunta di dettagli eccessivi e/o irrilevanti, o di frequenti incisi. È tipico dei deterioramenti a eziologia psico-organica (ad es. oligofrenia, iniziali sindromi demenziali).
- *Tangenzialità*: il pensiero è organizzato ma non orientato/finalizzato a un obiettivo; le risposte date sono solo indirettamente connesse ai quesiti posti.
- *Deragliamento*: progressiva perdita durante il discorso della finalizzazione con totale incoerenza logica; il risultato è un discorso totalmente illogico e idiosincratico.
- *Fuga delle idee*: il pensiero si muove rapidamente da un'idea all'altra e permangono labili connessioni logiche tra un'idea e l'altra; viene però persa la finalità del pensiero. Può associarsi ad accelerazione dell'eloquio.
- *Allentamento dei nessi associativi*: il pensiero si muove velocemente da un'idea all'altra e viene persa (al contrario della fuga delle idee) la sua strutturazione logica; ne deriva un'ideazione che risulterà illogica e confusa, fino alla *dissociazione del pensiero*.
- *Perseverazione*: ripetizione persistente e inadeguata degli stessi pensieri.
- *Ecolalia*: è la ripetizione di parole o parte di frasi che vengono dette in presenza del paziente, spesso riscontrabile nella schizofrenia in fase di eccitamento, nella disabilità intellettiva e nei quadri psico-organici quali le demenze.

- *Palilalia*: ripetizione di una parola, frase o sillaba anche quando non è più opportuno.
- *Insalata di parole (schizofasia)*: perdita completa delle associazioni logiche tra le singole parole, che si manifesta tramite un linguaggio costituito da un ammasso incoerente di parole.
- *Criptolalia*: utilizzo di un idioma personale e oscuro, difficilmente comprensibile.
- *Parafasia*: può indicare una costruzione sintattica scorretta delle frasi (ad esempio “sono macchina io ieri andato”), una trasposizione scorretta dei singoli fonemi costituenti le parole (parafasia fonemica) oppure la sostituzione di termini esatti con altri inappropriati ma in qualche modo vicini al termine corretto (parafasia semantica).

5.4. Disturbi del flusso del pensiero che si rendono particolarmente evidenti nel linguaggio

Il flusso attiene alla quantità di espressione dei contenuti nell'unità di tempo (ad esempio, un DJ sul lavoro parla in modo diverso dalla vostra mamma quando siete a tavola a mangiare).

Aumento del flusso idetico

Aumento della velocità del normale flusso idetico (*accelerazione idetica*) spesso associata ad alterazione dei nessi associativi logici. L'entità del disturbo è variabile, fino ad arrivare all'*urgenza del pensiero*, con insorgenza rapida di diversi pensieri che percorrono la mente, il che si traduce in un bisogno impellente e urgente di parlare (urgenza dell'eloquio). Si manifesta quindi con la *logorrea*, ossia una eccessiva loquacità, una verbosità patologica o abnorme aumento della quantità del linguaggio. Il disturbo si associa alle già viste alterazioni della forma dell'ideazione, dalla circostanzialità fino alla perdita totale dei nessi associativi (insalata di parole).

Tali condizioni sono tipiche degli stati di eccitamento maniaco o ipomaniaco, o degli stati di eccitamento a eziologia psico-organica.

Riduzione del flusso idetico

Inibizione e riduzione della velocità del normale flusso idetico spesso associata a impoverimento dei contenuti ideativi (*povertà del pensiero*). *Il rallentamento del pensiero e l'inibizione ideativa hanno entità variabile, fino ad arrivare al blocco del pensiero (barrage)*, in cui il flusso ideativo si arresta completamente, con senso di vuoto e perplessità. Questi disturbi si manifestano con una concomitante *riduzione e depauperamento dell'eloquio*.

Mutismo (o mutacismo)

Incapacità di parlare in assenza di cause fisiche/organiche che impediscano di farlo.

5.5. Disturbi del contenuto del pensiero

Il contenuto del pensiero rappresenta il significato che esso esprime. Di seguito, ne riportiamo le più comuni e importanti alterazioni patologiche.

Ideazione prevalente

L'idea prevalente è un contenuto idetico, *egosintonico*, che diviene preoccupante in quanto la vita del soggetto ne viene *dominata* nel *comportamento* e nel *pensiero*, tuttavia non presenta il carattere né del delirio né dell'ossessione e non è necessariamente basata su contenuti falsi o irragionevoli, anzi talvolta verosimili o probabili. È quindi vissuta come parte integrante della personalità, con partecipazione affettiva, sebbene