Enciclopedia di Medicina Popolare medio europea

PTO Psicopatologia emotiva

MedPop

Psicopatologia: Sinopsi Vegetativo ↓ Emotivo ↓ Volontà Mentale

.php ◊ .html ◊ .pdf ◊ img ◊ GoDr

Categoria: Enciclopedia ◊ Patologia ◊ Psicologia ◊

Psicopatologia emotiva indice (sopprimi)

idice (sopprimi)

- 1. Terminologia
 - 1.1 Classificazioni di sentimenti
 - 1.2 Affetti, emozioni e sentimenti
 - 1.3 Stati d'animo
- 2. Disturbi sentimentali quantitativi
 - 2.1 Ipoaffettività apparente
 - 2.2 Ipoaffettività costituzionale
 - 2.3 Ipersensibilità
 - 2.4 Ipertimia (iperaffettività)
 - 2.5 Sentimentalismo
- 3. Disturbi emotivi qualitativi (depressivi / maniacali)
- 4. Sindrome depressiva
 - 4.1 Indicatori di depressioni
 - 4.2 Depressioni
 - 4.3 Manifestazioni patologiche di depressioni
 - 4.4 Depressione reattiva (esogena), distimia
 - 4.5 Depressioni endogene
- 5. Sindrome maniacale
 - 5.1 Indicatori maniacali
 - 5.2 Delimitazione verso lo psicotico
 - 5.3 Cura della sindrome maniacale
- 6. Disturbi regolativi dell'affettività
 - 6.1 Labilità affettiva
 - 6.2 Incontinenza affettiva
 - 6.3 Ciclotimia, disturbi bipolari
- 7. Annessi
 - 7.1 Sitografia
 - 7.2 Bibliografia
 - 7.3 Impressum
 - 7.4 Commenti



P. Forster & †B. Buser

a cura di Daniela Rüegg in base alla dispensa PTO 3

I sentimenti sono opposti alle funzioni mentali, specie alla riflessione. Si tratta di "costrutti psichici" processuali (al di là della riflessione) tra me e una pulsione o un dato di fatto che abbinano a quest'ultimo un valore:

- Di accettazione (piacere) o di negazione (disagio).
- Sul fondo di uno "stato d'animo" (indipendente dal momentaneo affetto o cognizione) che si può riferire a cognizioni remote o sorgere da contenuti inconsci.



Se coscienza, cognizione, memoria, riflessione e intelligenza si evolvono in particolare nella corteccia cerebrale, l'affettività trova il suo substrato biologico soprattutto nel sistema limbico cerebrale in

stretta collaborazione non solo con le funzioni corticali, ma altrettanto con la grande massa cerebrale vegetativa (percezione e cognizione inconscia) alla quale abbiamo accesso primordialmente tramite delle pulsioni, degli istinti, dei riflessi e solo dopo tramite la "volontà / testardaggine".





1. Terminologia

I sentimenti vicini alle sensazioni sono abbastanza determinabili secondo la loro provenienza (esogena) e in parte anche provocabili; mentre andando oltre e includendo anche gli "stati d'animo" sia la loro provenienza che la loro influenza volontaria diventano precari. Pare che le loro fonti siano per lo più situate negli strati inconsci (endogeni).

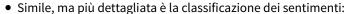
Sono trattati i seguenti argomenti:

Classificazioni dei sentimenti O Affetti, emozioni e sentimenti, stati d'animo O Stati d'animo, disposizioni di spirito, umori, tendenze e inclinazioni umorali

1.1 Classificazioni di sentimenti

Affetti, emozioni, sentimenti, stati d'animo sono classificati in diversi modi:

- Secondo certi autori, in tre tipi di criteri contrastanti:
 - Piacevoli e provocanti disagio.
 - o Eccitanti e sedativi.
 - o Costrittivi e liberatori.
- Altri autori classificano secondo la loro "profondità" in:
 - Localizzabili sensoriamente come, dolore, desiderio, ... ; equivalenti alle percezioni.
 - Vitali come stanchezza, esaurimento, freschezza, ...; sentimenti dell'organismo integrale.
 - o "Psichici" come amore, odio, ansia, tristezza, ... ; qualità esistenziali dell'ego.
 - "Trascendentali" come estasi, beatitudine, disperazione, ...; stati esistenziali dell'ego.



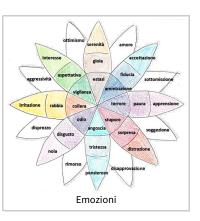
- Determinati da sensazioni come dolore, desiderio, gusto, odore, freddezza, calore, ...
- O Determinati da pulsioni:
 - Vitali come soddisfazione e frustrazione di pulsioni, paura, ansia, orrore, panico, ...
 - Sociali/relazionali come invidia, gelosia, ...
- o Determinati da "interessi personali", includendo una "presa di posizione":
 - Religiosi etici e morali.
 - Estetici.
 - Logici.
 - Di simpatia, antipatia, empatia.
 - Di giustizia, tatto e buon costume.
 - Individuali secondari (o privati) che dipendono da complessi di sentimenti sovracitati come gioia, lutto, disperazione, afflizione, ...



1.2 Affetti, emozioni e sentimenti

In psicologia, i percorsi sentimentali si distinguono secondo la loro intensità e durata:

- "Affetti" come sentimenti intensi ma poco duraturi: ira, rabbia, entusiasmo, paura, gioia, spavento, sdegno che
 trovano una loro espressione più o meno articolata secondo i costumi culturali e le abitudini comportamentali
 dell'individuo. Il coinvolgimento affettivo di un tifoso di calcio può essere spiccato senza che lo tocchi
 emotivamente un granché o per un tempo lungo.
- Emozioni e sentimenti (come affetti meno "violenti", ma più duraturi e profondi): un film con affetto-provocante può suscitare sentimenti meno affettivi, però emozioni complicate del tipo della compassione impotente,



l'ambivalenza non finalizzata, la rassegnazione di rinuncia che portano alla commozione.

Sia affetti che emozioni sono reazioni a eventi o pensieri precisi e hanno quindi un preciso inizio, raggiungono un culmine e si perdono poi più o meno lentamente.





1.3 Stati d'animo

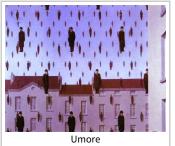
(disposizione di spirito, umori, tendenze e inclinazioni umorali)



Vittorio Signorelli: Stati d'animo contrastanti

"Stato d'animo, disposizione di spirito, umore", al contrario di affetti e emozioni spesso non si fanno riconoscere con un chiaro motivo: possono durare anche a lungo e possono essere di intensità da debole a fortissima. Normalmente sono i fenomeni di un retroscena psichico, poco cosciente, che danno un timbro particolare ad affetti ed emozioni.

Lo stato d'animo varia entro certi limiti per rispettare delle condizioni fisiologiche: da attività allegra a sottomissione, da aggressione rivendicativa a erotica o pigra distrazione. Sono poco durature e tornano sempre alla disposizione di spirito base individuale. Anche il malumore dopo una frustrazione o il lutto dopo un decesso si distinguono dalle emozioni solo perché sono più duraturi e coinvolgono maggiormente la vita psichica.



La "disposizione di spirito" media è individuale e fa parte dell'identità di una persona: la poco incentiva, riservata e un pò fredda disposizione di spirito di un "flemmatico", per un tipo sanguigno sarebbe già leggermente "depressiva", come la "smisurata ilarità ipomaniaca" di una signora anziana può essere la disposizione quotidiana di una ragazza.

Spesso invece gli umori e gli stati d'animo sembrano senza motivo, sotto forma di attacchi o lente invasioni. Li viviamo come estranei: determinano il nostro pensiero e le nostre mosse e non siamo molto in grado di modificarli volontariamente. Il fatto ci

insegna che non solo eventi esterni e processi coscienti determinano i nostri umori e stati d'animo, ma spesso meccanismi inconsci, sia corticali che limbici o vegetativi.

2. Disturbi sentimentali quantitativi

I disturbi quantitativi di sentimento si trovano in una zona grigia tra normale e patologico come lo illustrano gli esempi di seguito.

Sono trattati i seguenti argomenti:

Ipoaffettività apparente ◊ Ipoaffettività costituzionale ◊ Ipersensibilità ◊ Ipertimia (iperaffettività) ◊ Sentimentalismo

2.1 Ipoaffettività apparente

(per scostamento / rimozione)



Non esiste "una quantità normale" di sentimento. Persone diverse in età diverse e culture diverse hanno le loro caratteristiche sentimentali. Da considerare anche che la valutazione dell'affettività del prossimo dipende essenzialmente dalla propria e dai nostri riferimenti ideali in merito.

Non sono rare le persone che si lamentano della propria deficienza sentimentale: spesso si tratta in questi casi di paure nevrotiche del sentimento, determinate dal vissuto e dall'inconscio del colpito:

- Lo sviluppo dell'affetto è un processo delicato e facilmente deteriorabile.
- La nostra cultura e i metodi educativi sanzionano spesso le espressioni, la formazione e la manutenzione dei sentimenti, mentre privilegiano l'aspetto razionale.

Non c'è da meravigliarsi che questo porti il colpito ad aver paura e a detestare i sentimenti, fino a scostarli / rimuoverli. Questo, infine, diventa un impoverimento della cultura sentimentale (e non una deficienza dell'affetto stesso). Tutto ciò viene percepito sia dal colpito che dai suoi vicini come un disturbo.



2.2 Ipoaffettività costituzionale

Pare che analogamente alle differenze di intelligenza esista anche un'ipoaffettività costituzionale. Conosciamo tutti delle persone povere di sentimenti, con poca compassione, pudore, onore, vergogna, pentimento e prive di coscienza. Bisogna considerare se:

- si tratta di una vera deficienza o
- di un atteggiamento iperrazionale e
- dove sia il limite tra il patologico e il socialmente accettabile.

Ciò è difficile da stabilire; anche perché la nostra cultura "bigotta" giudica da una parte le proprietà iperrazionali come "amorali" ma d'altra parte le premia materialmente.



2.3 Ipersensibilità

Significa una spiccata reazione emotiva a eventi e impressioni in misura tale che il colpito ne soffre. L'essere "patologica" dipende dalle altre capacità del colpito: se esso non dispone di altre qualità, diventa senz'altro miseria e impedimento e perciò patologica. Se riesce bene a sfruttarla e integrarla, può essere una fonte di creatività.



°)——(

2.4 Ipertimia (iperaffettività)



"corteggiamento a vuoto".

All'ipersensibilità si aggiunge un esagerato bisogno di affetto. Ci sono delle espressioni emozionate, litigiose, "indisciplinate", come di serena un pò superficiale inclinazione a relazioni senza impegno. Quando e in che misura diventi patologico è più una definizione di norme relazionali che di sofferenza del colpito; conosciamo tutti delle persone "appiccicose" e da bambini lo siamo stati forse anche noi e lo siamo ancora talvolta in situazioni in cui ci necessita il sostegno del compagno o del branco. Spesso è anche una forma di

°)——(

2.5 Sentimentalismo

Gli attacchi sentimentali fanno parte della vita emotiva anche di persone psichicamente sane. Diverse sono le persone cronicamente sentimentali, innamorate della loro sensibilità, che si esprimono in forme più o meno sdolcinate e leziose: spesso, questo atteggiamento non è tanto innocuo, ma piuttosto la maschera o il retro di una medaglia di una brutalità paurosa.



3. Disturbi emotivi qualitativi (depressivi / maniacali)

I disturbi qualitativi dei sentimenti si manifestano come:

- sindrome depressiva oppure come
- sindrome maniacale

Sono ritenuti alterazioni patologiche se superano certi limiti.

Anche se le manifestazione si presentano quasi opposte, si tratta comunque di squilibri tra sistema nervoso limbico e corticale.

Un'alternanza fra le due condizioni contro-polari di depressione e mania si chiama disturbo bipolare, nelle forme lievi anche ciclotimia.

4. Sindrome depressiva



Depressione, questo termine tecnico psicologico è diventato in lingua parlata un sinonimo di "tristezza", forse un tentativo di "patologizzare" un ingrediente scomodo, ma indispensabile per un sano funzionamento psichico, rendendolo così un fenomeno da evitare o da curare. Tanto più che, in fasi di tristezza, ci serve un amico e visto che l'amicizia è fuori moda e impegnativa, conviene trasferire questo ruolo al "terapista", il quale viene compensato per la sua dedizione.

Un bravo operatore curante non segue questa tendenza, ma sostiene che sentimenti di lutto e stati d'animo di tristezza in relative circostanze non sono malattie, ma sane e indispensabili reazioni per un ordinario funzionamento psichico. Insisterà quindi, che il termine "depressione" o meglio "sindrome depressiva" sia usato esclusivamente per un'irritazione dovuta a tristezza patologica, mai isolata come disturbo di sentimento, ma sempre connessa con altre

funzioni psichiche e somatiche (organiche).

La sindrome depressiva (patologica) si incontra "isolata" ma anche come espressione di tante altre malattie come p.es.:

- Ciclotimia (depressione endogena in fasi di psicosi depressiva-maniacale).
- Disturbi organici
- Certe forme e fasi di schizofrenia.
- "Reazioni psicogene" anormali.
- Fasi nevrotiche in forma di depressione nevrotica.

Sono trattati i seguenti argomenti:

Indicatori di depressioni ◊ Depressioni ◊ Depressione reattiva ◊ Depressioni endogene ◊ Manifestazioni patologiche

4.1 Indicatori di depressioni

Sintomi, indicatori, manifestazioni, espressioni di depressioni possono (non devono) essere i seguenti:

De- o ipermotivazione ◊ Motivazione ridotta ◊ Tristezza, melanconia ◊ Ansia e paure ◊ Autofissazioni ◊ Disturbi riflessivi formali ◊

Disturbi e sintomi somatici

Demotivazione e ipermotivazione

Nelle depressioni la motivazione (incentivo e intento) e le relative pulsioni sono disturbati per lunghi periodi:

- inibiti quando l'ansia, tramite la corteccia cerebrale, inibisce gli impulsi del sistema limbico e crea una reazione di apatia, "finto morto" fino allo stupore (paralisi psichica);
- eccitati quando l'ansia stimola il sistema limbico in maniera tale che le emozioni superano i controlli corticali e si esprimono in frenesia, maniachia e panico.





Motivazione ridotta

L'incentivo come fonte di energia di mosse fisiche e psichiche diminuisce e riduce man mano anche i relativi impulsi. Si evolve verso l'apatia insuperabile da parte della "volontà", del ragionamento e di altre belle funzioni (intento), perchè i processi di regolazione non funzionano più quando manca l'energia per la mossa. Sono ridotte le pulsioni esistenziali come gli impulsi sessuali, la curiosità, il distanziamento, mangiare, bere, igiene, ...

Tristezza, melanconia

Irritazione dovuta a tristezza, smisurata come profondità ed estesa come durata in relazione alle circostanze:

- Si parla di "depressione esogena" quando la circostanza è ancora ragionevolmente plausibile, ma la reazione smisurata,
- di depressione "endogena" se il motivo non è rilevabile (inconscio) o immedesimabile. Molte volte non è facile distinguere le due forme.



Ansia e paure

L'ansia (e anche paure come l'insonnia) sono un "sintomo guida" e spesso premonitore di depressioni di tutti i tipi:



- Spesso l'ansia è vissuta come "paura fluttuante senza determinato oggetto" e il paziente sa che non esiste un motivo ragionevole.
- Dall'ansia possono svilupparsi delle fissazioni (che sono meglio sopportabili dell'ansia stessa).

Autofissazioni

In un secondo tempo e specialmente in depressioni endogene i disturbi riflessivi diventano anche "materiali" fino a diventare disturbi qualitativi cognitivi e fissazioni (perché meglio sopportabili dell'ansia, fornendo almeno un "surrogato" del motivo per la malattia "depressione").

Le fissazioni così sviluppate (in contrasto alle fissazioni in altre malattie psichiche) sono spesso:

• Fissazioni di coscienza: di colpe e di peccati.

- Fissazioni di malattia e comportamenti:
 - o ipocondria,
 - o diverse forme di vittimismo,
 - o fissazioni dietetiche (ortoressia), di inquinamento, di infezioni e
 - o di vita / comportamento / abitudini sani e malsani (salutismo).
- Fissazioni economiche: paura della povertà.

Altre fissazioni (come di persecuzione, di amore, megalomania, ...) non si notano nelle depressioni.



Disturbi riflessivi formali

(rallentamento, impoverimento, incanalamento)

Spesso nella prima fase delle depressioni si notano anche dei disturbi formali di riflessione come il rallentamento, l'impoverimento e l'incanalamento:

- Il rallentamento riflessivo si riconosce nel linguaggio lento e sottovoce in diretta funzione ad un diminuito incentivo.
- l'impoverimento dei pensieri si deduce dalla diminuzione drastica delle associazioni cognitive.
- l'incanalamento significa che negli stretti limiti dell'ancora pensabile si formano ricche associazioni, ma tutte depressive.



Disturbi e sintomi somatici

Già in fase di tristezza "sana" si nota che anche il corpo è in lutto e si sente esausto e senza forze. Più in là ci si sente ammalato, abbattuto, debole, decrepito, distrutto, ... In casi di depressione sia esogena che soprattutto endogena si trovano numerosi sintomi somatici come:



Matteo Baldrighi: Insonnia

- Disturbi di sonno in varie forme.
- Disturbi di appetito e di digestione in varie forme.
- Irregolarità mestruali e di appetito sessuale.
- Dolori e parestesie alla testa, al cuore, allo stomaco, alla pancia, alle estremità e nei diversi organi.

Personalmente trovo molto azzardato interpretare a "senso unico" l'asse depressione → sintomi somatici: l'esperienza come medico naturalista e

terapista di diverse discipline mi insegna che è altrettanto frequente l'inverso: cioé che un disturbo organico crea dei sintomi di disturbi sentimentali e di altre funzioni psichiche.

Inoltre è limitativo vederlo come "asse" nel senso di "causa → effetto": normalmente nell'evoluzione della malattia si tratta di "circoli viziosi" come nella guarigione si tratta di "circoli graziosi". E questo significa anche che terapeuticamente in un circolo si può intervenire in ogni punto per modificare (in bene o in male) il funzionamento dinamico ciclico.

È una mia severa critica alla specializzazione medica (e alternativa) che depriva e inibisce il concetto del trattamento di tali "circoli": è come se un agricoltore, un biochimico, un tecnologo, un operatore di produzione industriale alimentare, un contabile, un venditore, uno specialista di marketing, un azionista, un bancario, un legale e un assicuratore tentassero di risanare una multinazionale (p.es. la NESTLE), uno dopo l'altro e in continua concorrenza uno contro l'altro.



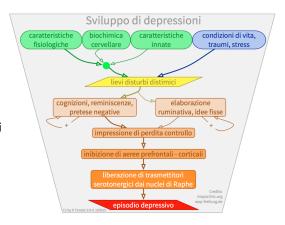
4.2 Depressioni

In psichiatria, psicologia e psicoterapia si distingue spesso tra depressioni **esogene** (causate da determinati fatti esterni) e depressioni **endogene** (senza evidenti "cause esterne") anche se la distinzione è a volte difficile.

In realtà si nota spesso uno sviluppo di una depressione:

- ci sono delle condizioni biologiche che instaurano una certe predisposizione come p.es.
 - o caratteristiche fisiologiche
 - o la momentanea biochimica cervellare
 - o caratteristiche innate / genetiche
- le condizioni di una vita vissuta, specialmente stress e traumi subiti (anche in tempi remoti).

In certe condizioni di questa predisposizione si può sviluppare un lieve disturbo "distimico" (depressione) al solito esogena.



Se il colpito non riesce a compensare questa "indisposizione", c'è il rischio che cade in circoli viziosi di cognizioni, reminiscenze e pretese "negative" abbinate a una elaborazione psichica ruminativa con lo sviluppo di idee fisse.

Questo porta alla lunga all'impressione di "perdita di controllo". Fisiologicamente questo induce l'inibizione di aeree prefrontali-corticali e la liberazione di trasmettitori serotonergici dai nuclei di Raphe e l'inibizione di trasmettitori dopaminergici.

A questo punto si è confrontato con un episodio depressivo.

Sono trattati i seguenti argomenti:

Manifestazioni patologiche di depressioni ◊ Depressioni reattive, Ciclotimia ◊ Depressione endogena

4.3 Manifestazioni patologiche di depressioni

Sono trattati i seguenti argomenti:

Stupore (paralisi) depressivo ♦ Mania suicida ♦ Depressione agitata ♦ Depressione vitale ♦ Depressione larvata

Stupore (paralisi) depressivo



L'apatia può evolversi fino allo stupore (paralisi) depressivo dove mancano le motivazioni, l'incentivo e l'intento anche per le primitive mosse esistenziali e le pulsioni come l'istinto di autoconservazione.

Mania suicida

Nelle fasi avanzate di apatia e di più ancora nello stupore depressivo sono inibite anche le capacità di suicidio, intatto è solo il desiderio di lasciarsi morire. Più critica la fase di passaggio (anche in senso di guarigione) quando l'intento c'è nuovamente e il disagio persiste.

+

Depressione agitata

In certe forme depressive l'incentivo è esagerato (depressione agitata, eccitata) perché l'ansia libera enormi affetti ed emozioni.

Un dinamico irrequieto, attaccandosi a tutto e tutti, chiede concitatamente aiuto, cura, narcosi o il colpo di grazia. È una tortura non solo per il colpito ma per gli altri pazienti, i familiari e il personale che lo cura. Questa forma si trova spesso in pazienti ipocondriaci.

Loro rappresentano una preziosa cavia per medici che eseguono innumerevoli costosissimi test anatomici e fisiologici invece di indirizzarli a un bravo psicoterapista.



Depressione vitale

Il termine è qualche volta usato per esprimere, nelle depressioni endogene, il fatto che i seguenti tre sintomi sono primordiali (ricavati in trent'anni di esplorazioni sistematiche p.es. SCHNEIDER, STOERRING):



- Disturbi di pulsioni, riflessi, istinti.
- Disturbi di "percezioni corporee".
- Assenza di desiderio disagio.

Oltre ai tre sintomi sopra citati, ci sono prevalenti sintomi corporei e probabilmente anche motivi piuttosto anatomici, fisiologici, metabolici e/o ideologici. La tristezza e

l'ansia normalmente accompagnano questi tre disturbi.

La deduzione è convincente, la conclusione vale zero: invece di dedicarsi alle interazioni dei fattori culturali e fisiologici, gli uni si beano nel ridurre il tema alla biochimica, mentre gli altri si perdono in vani criteri "spirituali"; tutti e due a spese della comunità e del povero depresso che rimane comunque sempre depresso.

Depressione larvata

biologia psicosomatica psicologia

Quando prevalgono dei sintomi "somatici" che "coprono" i sintomi di tristezza e ansia, i psicologhi parlano spesso di "depressione larvata" perché non trovano nè sintomi nè cause emotive oppure i medici di "malattia psicosomatica" perché non trovano cause anatomiche.

Vorrei vedere il tipo sportivo con un ginocchio dolente da anni ("resistente alle terapie" applicate, leggi trattato da terapisti incapaci) se non diventa "depresso".

- Il medico incapace di trovare il nervo incastrato o anche un capace terapista lo manda alla fine in psicoterapia per "disturbi psicosomatici".
- Lo psicoterapista accetta e sospetta una "depressione larvata" e gli massaggia l'anima invece di liberare il nervo incastrato del ginocchio con l'effetto che d'un tratto
- il povero sportivo con il nervo incastrato oltre ad avere dolori si sente anche un pò vacillare psichicamente.



Il tutto per nascondere l'impotenza nel guarire un ginocchio o almeno di ammettere tale lacuna inculcando "la colpa" (dolore resistente alla fisioterapia → psicosomatico → depressione larvata) al povero paziente.

°)——(

4.4 Depressione reattiva (esogena), distimia



La sindrome depressiva esogena (patologica) si incontra:

- "Isolata" in condizioni insolite di vita (eventi, traumi, ..., situazioni).
- Distress cronico, "Burn out"
- Disturbi organici p.es. ormonali (postpartum, tiroidali, ...), traumi cardiovascolari,
- "Reazioni psicogene" anormali identificabili come tali.
- In fasi nevrotiche sotto forma di depressione nevrotica identificabile come tale.

© Nina Bradica: Stressed Out

Sono trattati i seguenti argomenti:

Cause ◊ Terapie

Cause

Nelle depressioni esogene (provocate dall'esterno) è impedita l'elaborazione psichica in maniera economica ed efficace di eventi frustranti, in modo che la profondità e la durata della tristezza e dell'ansia non sono più in relazione all'evento frustrante.

Da questa scarsa "capacità di elaborazione delle frustrazioni" (o di autoregolazione) sono afflitte prevalentemente le persone che hanno delle difficoltà di:

- Crearsi delle condizioni che le soddisfino e
- evitare delle condizioni che frustrano i loro bisogni emotivi principali.

Si tratta di una specie di "sistema immunitario" psichico e come questo si indebolisce al punto che diventa "cronica" una continua "sopportabile" esposizione frustrante mai portata bene a termine.

Quindi la mancata autoregolazione si basa spesso sulle seguenti difficoltà:

- lo squilibrio tra il ragionamento (corteccia cerebrale) e il sentimento (sistema limbico):
 - o oil ragionamento inibisce l'espressione dei sentimenti e degli impulsi (forme apatiche),
 - o o emozioni e impulsi inondano un ragionamento sensato (forme agitate) che dipendono da fattori culturali, educativi, ereditari ma fortemente anche dallo sviluppo personale.
- La mancante autonomia dispositiva in tempo, materiale, relazioni, ruoli e valori che sembra determinata da circostanze ambientali, ma in realtà contiene una forte ambivalenza tra: il bisogno di sicurezza da una parte e di conseguenza l'accettazione di condizionamenti (tempo, materiale, emotivo, il prestigio, la simpatia, la reputazione, ...) dall'altra.

In combinazione con della difficoltà decisionali (intento) grazie alle relative incapacità, si instaura un circolo vizioso che produce continue frustrazioni:

- l'accettazione del condizionamento (che soddisfa la sicurezza) crea frustrazione di autonomia;
- una mossa (o tentativo) di autonomia (che soddisfa l'autostima) crea frustrazione di sicurezza che
- inclina all'accettazione del condizionamento e così via da capo ...

Finché:

- le pretese (inconscie) di sicurezza e autonomia e
- le capacità di crearsi condizioni emotive soddisfacenti (autonomia senza grandi condizionamenti) e
- di evitare condizioni emotive frustranti (condizionamenti senza guadagno di sicurezza), non sono equilibrate,

la situazione rimane quella del giocatore di borsa che mira al massimo profitto a rischio zero.

Ho illustrato il "meccanismo di circolo vizioso" con l'ambivalenza "sicurezza-condizionamento" verso "l'autonomia-rischio" perchè è qualcosa che incontro spesso in terapia, ma possono essercene tanti altri, del tipo: dedizione-impegno, contrapposto: "disponibilità-libertà", ...

Questi esempi banalizzanti, illustrano che dette problematiche sono in minor grado dipendenti da meccanismi fisiologici piuttosto che dall'incapacità di gestire la propria vita.

+

Terapie

L'approccio terapeutico "causale" sarà quindi del tipo psicoterapia e/o socioterapia (comportamentale, di discorso, umanistico, ... meno analitico o di profondità, che vanno bene probabilmente in un secondo tempo se si tratta di forme nevrotiche o di "reazioni psicogene") per aumentare le capacità "autogestionali" e di intento.

Conviene anzitutto di migliorare le condizioni della propria vita come p.es. descritto in *Terapie di distress cronico*.

Spesso come terapista si incontrano invece quelle persone già "esaurite" di incentivi e intenti al punto che manca loro l'energia per affrontare un impegno del genere (richiede parecchia energia da parte del colpito). Quindi la prima tappa consiste nell'aumentare l'incentivo e l'intento contemporaneamente, con piccoli passi sintonizzati.

Spesso, in fase acuta di crisi, neanche questo è fattibile e occorrono delle misure palliative di vario genere (anche farmacologiche) per dare un colpo di mano al povero organismo:

- alleviando i peggiori sintomi somatici e psicosomatici
- migliorando le condizioni vegetative, relazionali e sociali quanto possibile
- rinforzando così i circuiti autoregolativi vegetativi a scapito di quelli "inquisitori"
- restituendo man mano un minimo di autonomia al povero ego.

Sconsiglio nella fase di crisi l'intervento "laico", specialmente se "ben intenzionato" perché è rischioso e spesso sostiene quegli elementi che lo hanno portato a questa situazione.

Anche "metodi analitici" in questa fase sono controindicati perché aumentano la carica che già prima non era più gestibile.



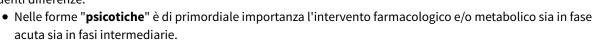
4.5 Depressioni endogene

In contrasto alle depressioni esogene, i motivi per le depressioni "endogene" si sospetta provengano "dall'interno inconscio" perché apparentemente non figurano motivi esterni. Se è così, pulsioni, istinti, impulsi, riflessi, meccanismi neurovegetativi e ormonali mettono "l'autoregolazione limbico-corticale" a così dura prova che non regge più.

La sindrome depressiva endogena (patologica) si incontra sola o accompagnata da altre malattie come p.es.:

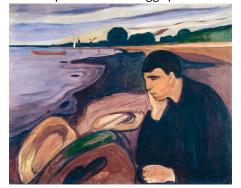
- ciclotimia (depressione endogena in fasi di psicosi depressiva-maniacale)
- in certe forme e fase di schizofrenia
- "reazioni psicogene" anormali non identificabili
- in fasi nevrotiche in forma di depressione nevrotica non identificabile.

I sintomi e l'evoluzione sono i medesimi come nella depressione esogena. Gli approcci terapeutici sono simili a quelli delle depressioni esogene con le seguenti differenze:



- Interventi psicoterapeutici *analitici* (di profondità) di solito non portano nessun effetto (perché essenzialmente si tratta di disturbi organici-fisiologici).
- Interventi psicoterapeutici di tipo *comportamentale* umanistico possono eventualmente migliorare le capacità di incentivo / intento e autogestionali / autoregolative, il che è di sollievo ma non è curativo.
- Nelle forme "**nevrotiche**" e di "reazioni psicogene anormali" si procede, nelle fasi acute e di crisi, come nelle forme esogene.
 - o Nelle *fasi intermediarie* le psicoterapie analitiche (di profondità) possono diventare grandi strumenti di guarigione della nevrosi (se si riesce a convincere il colpito a curarsi "quando sta bene").

Si ha notato, che in queste situazioni esiste una deficienza di neurotrasmettitori *dopamina* e/o di *serotonina*. Può aiutare parecchio un colpo di mano p.es. con un'inibitore di ricaptazione di serotonina SSRI (come p.es. Sertralina).



5. Sindrome maniacale

La sindrome maniacale, disturbo emotivo antitetico alla depressione, si incontra quasi esclusivamente nel contesto di una psicosi depressiva-maniacale in alternanza con fasi (endogene) depressive. La causa non la si conosce, ma si sospetta una componente ereditaria del tipo anatomico/fisiologico.

I sintomi maniacali sono sotto molti aspetti inversioni dei sintomi della sindrome depressiva:

- Lo stato d'animo è eccitato al punto da disturbare l'ambiente sociale (non il maniaco).
- Intento, motivazione, impulso e incentivo sono esagerati e instancabili.
- Il ragionamento è dispersivo, accelerato, vagante, "di palo in frasca" e estremamente creativo (almeno sotto gli aspetti quantitativi).

Sono trattati i seguenti argomenti:

Sintomi e indicatori maniacali 🗸 Delimitazione verso lo psicotico 🐧 Cura del sindrome maniacale 🗘

5.1 Indicatori maniacali

Sono trattati i seguenti argomenti:

Euforia ◊ Aggressività ◊ Motivazione smisurata ◊ Idee sfuggenti ◊ Sintomi somatici

Euforia



Mentre il passaggio dall'"igienica tristezza" alla leggera depressione è fluttuante, all'ambiente sociale i sintomi maniacali appaiono invece come "malattia", anche in forme leggere (submaniacale, ipomaniacale).

Stranamente questi sintomi di continua "lunaticità, paranoia, irascibilità, mania, ... " vengono raramente denunciati, anche se spesso nelle famiglie diventano veri e propri atti di terrorismo e dispotismo privo di qualsiasi rispetto umano, relazionale e sociale.

Già in questa fase "euforica" si nota un piatto, non motivato umorismo, privo di differenzazione verso sconosciuti e "superiori" e di lunaticità dispotica verso i "piccoli" e dipendenti.

Anche l'attivismo, proveniente dall'"esagerato incentivo e intento" sembra esaltato e il comportamento "logorroico" (interminabili monologhi a mitragliatrice) mette a dura prova la pazienza dell'interlocutore involontario, volontario o costretto.

Aggressività

In forme maniacali sviluppate, l'euforia è portata all'estremo: lo spassoso diventa verbalmente agressivo ed è una fortuna per i familiari, per gli altri pazienti e il personale sanitario che la sua aggressione materiale si indirizzi prevalentemente verso oggetti. Per quanto riguarda i dipendenti e i "piccoli" è comunque un vivere nel continuo terrore psichico (rompiscatole).



Motivazione smisurata



L'incentivo e l'intento esagerato obbligano il maniaco ad un continuo dinamismo motorio, mai una cosa dopo l'altra, ma possibilmente tutte contemporaneamente e mai terminandone bene una, coinvolgendo tutte le persone reperibili (che poi terminano probabilmente le opere iniziate) e parlando continuamente, giudicando, criticando,

emanando sentenze e ordini.

*

Idee sfuggenti

Come nelle altre attività, anche la riflessione è fuggitiva: mille idee e frammenti di pensieri vengono associate spesso in modo sorprendente, divertente, affascinante e originale; ma mai una riflessione viene portata a termine. Come conclusione mentale serve un giudizio o una sentenza per darsi almeno l'aria di aver terminato formalmente il ragionamento.



Sintomi somatici



Nei maniaci in crisi si riscontra un sintomo caratteristico: l'aumento di forza fisica abbinata a una diminuzione dell'esigenza di sonno. In casi gravi, pazienti anziani forsennati con disturbi cardiovascolari, senza sedativi, possono morire di super attività.

°)----(

5.2 Delimitazione verso lo psicotico

Per questi motivi e perché egli lascia apparire ancora una traccia del filo conduttore del discorso anche se salta di "palo in frasca", all'interlocutore non appare così spaventosamente distratto come nel caso del discorso schizofrenico, ma appare "ammalato", psicotico e non immedesimabile.



Al contrario, il maniaco stesso si trova finalmente "normale", in piena forma fisica, psichica e intellettuale, si gode il suo ottimo umore, ammira la propria capacità riflessiva e trova bigotti gli altri che si distanziano dalla sua disinibizione e volgarità. L'unica cosa che lo disturba narcisisticamente è che gli altri lo trattano come un poveretto ammalato. Per questo e "perché nessuno lo capisce" diventa rissoso e aggressivo.

°)——(

5.3 Cura della sindrome maniacale

Indispensabilità e difficoltà di trattamento

Questi pazienti sono capaci di rovinare la loro reputazione sociale, di sperperare patrimoni (non necessariamente i propri), di distruggere l'esistenza propria e della famiglia e di "rompere le scatole" a chiunque incontrano. Non hanno la minima cognizione della loro malattia, anzi. È quindi un obbligo scomodissimo per lo psichiatra curante il medicare ed eventualmente l'internare un maniaco contro la sua volontà, e di fare vasto uso di sedativi nell'interesse dei familiari, degli altri pazienti e del personale che lo cura, perché è insopportabile.

In forme lievi, non ancora patologiche può servire la somministrazione di 300 ... 900mg di vitamina B_6 al giorno. Pare che in queste massicce dosi inibisce la sintetizzazione di *dopamina*.

Trattandosi (nelle fasi patologiche) di disturbi psicotici è di primordiale importanza l'intervento farmacologico sia in fase acuta che in fase intermediaria.



- Interventi psicoterapeutici analitici (di profondità) di solito non danno nessun effetto (perché essenzialmente si tratta di disturbi organici-fisiologici).
- Interventi psicoterapeutici di tipo comportamentale o umanistico possono eventualmente migliorare le capacità di autocontrollo e la sorveglianza di incentivi/intenti e autogestionali/autoregolativi ciò che è di aiuto ma non curativo.

Se si riesce a convincere il colpito a curarsi e a medicarsi (anche a domicilio) "quando sta bene", collaborando si riesce a fargli condurre una vita emotiva,

relazionale e sociale soddisfacente. Come dice il mio amico depressivo-maniacale ben curato dal suo psichiatra e integrato socialmente da anni senza eventi preoccupanti: "sono matto ma non scemo".

6. Disturbi regolativi dell'affettività

Ci sono notevoli differenze individuali relative alla regolazione affettiva circa:

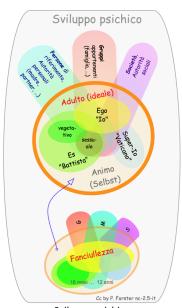
- Il coinvolgimento affettivo creato dalla situazione.
- La profondità e la durata della partecipazione a un evento emotivo.
- La frequenza e il tempo del cambiamento dello stato d'animo di base.

Le relative caratteristiche e la loro espressione determinano "il temperamento" di una persona.

Sviluppo dell'emotività

Nella prima fase dello sviluppo emotivo nell'infanzia (3... 4 anni) sono indispensabili degli affetti violenti e umori e stati d'animo vacillanti a scatto.

Come adulti siamo abituati a considerare una "normale" fluttuazione di emozioni, umori, stati d'animo e rispettivi processi di regolazione relativamente al temperamento individuale. Perciò, riconosciamo facilmente delle aberrazioni patologiche.



Sviluppo psichico

Sono trattati i seguenti argomenti:

Labilità affettiva ◊ Incontinenza affettiva ◊ Ciclotimia, disturbi bipolari

6.1 Labilità affettiva

La labilità affettiva è un frequente sintomo accompagnatorio di stati di esaurimento sia fisico che psichico.

Certe persone sono poco tolleranti a simili stati e si ipotizza una componente ereditaria in:



- "labili di affetto" e
- "psicopatici esplosivi".

Questi sintomi possono essere anche un primo segnale di lesioni (organiche) cerebrali.

Lo stato d'animo di base reagisce molto velocemente e violentemente con pochi meccanismi di regolazione o ammortamento anche a eventi insignificanti. Questo stato passeggero è noto a tutti da tempo come esaurimento fisico o psichico.

·)——(

6.2 Incontinenza affettiva

L'incontinenza affettiva, intesa come una specie di continuo cortocircuito tra le emozioni momentanee e le reazioni relative esagerate, si trova frequentemente in concomitanza con lesioni cerebrali, raramente presente anche in schizofrenici e maniaci.

Uno stato d'animo di base non è quasi più riconoscibile: la vita sentimentale è dominata da affetti momentanei praticamente senza coinvolgimento emotivo e sentimentale. Riso, pianto, paura, ira, spavento, desolazione si alternano quasi senza nesso a eventi reali e senza regolazione e controllo.



Tutto ciò viene percepito come altamente patologico.



6.3 Ciclotimia, disturbi bipolari



L'individuo **ciclotimico** soffre l'alternarsi di periodi di iperattività, creatività e spirito di iniziativa, con periodi di ipersonnia, apatia, lentezza di riflessi e difficoltà nella concentrazione.

Normalmente durante le fasi di ipomania intraprende progetti anche grandiosi affrontati con grande entusiasmo per poi essere abbandonati appena sopraggiunge la fase depressiva.

Tuttavia i sintomi dell'ipomania e della depressione non sono mai così gravi da compromettere gravemente la vita sociale e lavorativa dell'individuo. La ciclotimia è dunque una forma meno invalidante del disturbo bipolare.

I disturbi dello **spettro bipolare**, (ovvero i quadri clinici un tempo indicati col termine generico di "psicosi maniaco-depressiva"), consistono in sindromi sostanzialmente caratterizzate da un'alternanza fra le due condizioni contro-polari dell'attività psichica, il suo eccitamento (donde la cosiddetta mania) e al rovescio la sua inibizione (la depressione). Questa disregolazione funzionale si traduce nello sviluppo di alterazioni dell'equilibrio timico (dell'umore), dei processi ideativi (alterazioni della forma e del contenuto del pensiero), della motricità e dell'iniziativa comportamentale, nonché in manifestazioni neurovegetative (anomalie dei livelli di energia, dell'appetito, della libido, del ritmo sonno-veglia).



7. Annessi

7.1 Sitografia

alla pagina Psicopatologia emotiva

Google:

depressione ◊ maniacale ◊ mania ◊ emozione

Conferenze MedPop: Stress: Patologia dello stress it.Wikipedia:

Mania ♦ Depressione ♦ Emozione

7.2 Bibliografia

- BARZ, Helmut: Psychopathologie und ihre psychologischen Grundlagen, Verlag Hans Huber, Frauenfeld 1997
- SCHNEIDER, Kurt: Klinische Psychopathologie, Stuttgart 1971
- JASPERS, Karl: Allgemeine Psychopathologie, Berlin 1965
- FALABELLA MARIANGELA: ABC DELLA PSICOPATOLOGIA. ESPLORAZIONE, INDIVIDUAZIONE E CURA DEI DISTURBI MENTALI, MA. GI. 2005
- BELLODI LAURA: PSICOPATOLOGIA FUNZIONALE. ELSEVIER MASSON 2005
- SIMS ANDREW: INTRODUZIONE ALLA PSICOPATOLOGIA DESCRITTIVA CORTINA RAFFAELLO 2004
- FREUD SIGMUND: PSICOPATOLOGIA DELLA VITA QUOTIDIANA NEWTON COMPTON 2007



7.3 Impressum

MmP Tutoria Psicologia

Autori e relatori:

Peter Forster, medico naturista NVS, docente di "Materia medica Popolare" e terapista di tecniche corporee

Versione web:

Illustrazioni, collegamenti e cura di Daniela Rüegg

Testo a cura di: **†Bianca Buser,**

Benedetta Ceresa

1^a edizione 1999 ♦ 2^a edizione 2002 ♦ 3^a edizione 2009 § 4^a edizione 2016 Cc by P. Forster & D. Rüegg 3.0-it



7.4 Commenti

alla pagina PTO / Psicopatologia emotiva: cliccare sul titolo per scrivere commento.





Domini di MedPop











© Cc by P. Forster & B. Buser nc-3.0-it

Proveniente da http://pforster.no-ip.org/~admin/pmwiki/pmwiki.php/PTO/32 Ultima modifica: May 16, 2016, at 12:17 PM