

Alterazione del movimento e del linguaggio



Prof. Luigi Janiri



**Istituto di Psichiatria e Psicologia
Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli" – Roma**

Comportamento motorio

- **Il comportamento motorio è l'atteggiamento in quiete e in movimento, della persona che agisce**
- Attraverso la mimica, la gestualità, l'atteggiamento, i movimenti singoli o combinati in sequenze si esprime il modo di essere della persona: la coscienza di sé, lo stato d'animo, l'intelligenza, la vigilanza, l'orientamento, le volontà, le pulsioni..
- La motilità è comportamento - e il comportamento è funzione dell'esperienza
- **Il comportamento motorio è solo artificialmente separabile dalla globalità della presenza umana**
- Esterniamo il nostro **proprio esistere** nel comportamento mobile o statico, volontario o involontario, nell'atteggiamento, nella quiete e nel movimento



Comportamento motorio

Le basi della mobilità

**Vie piramidali
(motilità volontaria)**

**Sistema
extrapiramidale
(motilità
involontaria)**

NOI ASSUMIAMO UN ATTEGGIAMENTO E AGIAMO

**Funzioni
congiunte delle
vie afferenti ed
efferenti**

**Apparato
motorio (ossa,
articolazioni,
tendini,
muscoli)**

Comportamento motorio

- Ogni individuo possiede una motilità propria che lo caratterizza; in parte ereditata ma poi si sviluppa nel corso della vita, secondo l'indole personale e secondo gli usi, le norme, i modelli... . Essa subisce l'influenza della costituzione generale corrispondente



Il soggetto preoccupato, triste, allegro lo riconosciamo non solo dalle parole, ma anche dall'espressività motoria, dalla mimica, dalla gestualità, dal ritmo, dall'elasticità e dalla legnosità dei movimenti, dal modo di atteggiare il capo, il tronco....

Pensiero, linguaggio, parola

- Pensare significa mantenersi aperti alle domande, alle informazioni, all'apprendimento, ai richiami della memoria, alla comprensione dei significati; collegare le cose in senso esplicativo e riflettere preventivamente sull'agire, il decidere e il giudicare.



- **Il linguaggio fissa il pensiero per mezzo di segni (simboli) e serve quindi alla funzione ordinatrice del pensiero**
- Con la **parola** (con la scrittura) si realizza la **comunicazione** di quanto così formulato per mezzo dei **simboli**: come comunicazione dei fatti, espressione dello stato d'animo del momento, dell'intenzione di chi parla.

Linguaggio, parola



Il linguaggio è il veicolo e l'espressione del pensiero.

- Premesse fondamentali alla corretta attuazione del linguaggio sono l'integrità delle funzioni dell'**encefalo**, e la coordinazione motoria di tutti gli **apparati** che concorrono alla **fonazione** (organi respiratori, corde vocali, volume di sonorizzazione del torace della faringe, della bocca...)
- I segni del linguaggio (e quindi del pensiero) sono simboli socioculturalmente determinati (standardizzati) che si imprimono nell'uomo e vengono adottati e che possono subire modifiche (esperienze biografiche, stati d'animo...)
- L'esame del pensiero e del linguaggio avviene attraverso il **dialogo e l'osservazione del comportamento.**

Agitazione / Eccitamento

- Il paziente si attiva e si muove senza più coordinazione, si distrae di continuo e si rivela estremamente permeabile agli stimoli. Sovente assume comportamenti impulsivi anche violenti, non sottesi da un tono emozionale adeguato.
- A queste fasi espansive a volte subentrano **momenti di blocco** e di **negativismo**
- L'**eccitamento** rivela un **legame stretto con l'euforia** e con **emozioni e passioni sessualizzate**.
- L' **agitazione** si presenta come qualcosa di **meno strutturato**, rimane **aspecifica** e **afinalistica**.

Agitazione / Eccitamento

- Tra agitazione ed eccitamento c'è differenza, **l'espressività motoria** li accomuna
- Agitazione ed eccitamento non coincidono, ma tendono a presentarsi in modo congiunto.



- ✓ *Occorrono nelle fasi maniacali, si osservano nei passaggi critici delle psicosi*
- ✓ *Di frequente l'agitazione ricorre quando la coscienza è coartata, in stati confuso-onirici, in particolare alcolici, e ancora in quadri difettuali senili, nell'epilessia, e in alcune sindromi neurologiche, sconfinando nel delirium*

Agitazione / Eccitamento

- Nella seconda metà dell'800, agitazione ed eccitamento sono apparse sullo scenario delle teorie neurofisiologiche di
 - ✓ **REYNOLDS** (embrionale distinzione tra sintomi positivi e negativi): *quadri di eccitamento (o alterazione) di energie vitali e per converso possibili momenti di negazione delle medesime.*
 - ✓ **JACKSON**: *manifestazioni legate alla compromissione dei centri colpiti dal processo morboso, e di eccitamenti determinati dalla liberazione dei centri inferiori, normalmente sotto il controllo dei centri danneggiati.*
- **Nesso** tra epilessia e disturbo psichico: “scariche esplosive” e “stasi” apparivano come due facce della stessa medaglia

Tachifasia e Logorrea

- Da *logos* (discorso) e *reo* (scorrere), **flusso di parole eccessivo, senza pause, non frenabile**
- Il pz. parla molto rapidamente e quasi sempre oltre misura; marcato impulso a parlare. Qualche volta tra ciò che viene pronunciato esiste solo un nesso di affinità fonetica (associazione, assonanza) o di contrasto.
- A volte il flusso di parole è impossibile da seguire (**logorrea incoerente**)
- Soprattutto negli stati di **eccitamento maniacale** (nel tentativo di esprimere **l'esuberanza delle idee**), nella mania endogena, qualche volta negli stati di eccitamento schizofrenico (**logorrea autistica**)
- Tipica modalità di spazializzarsi del maniacale (*tutto vicino, tutto a portata di mano*)

(Binswanger, Cargnello)

Amimia

▪ Si intende la perdita dell'espressività facciale e gestuale, sostituita da un aspetto di immobile neutralità, non modificabile di fronte agli stimoli emotivi o relazionali.

✓ *Disturbo del movimento in senso neuropsicologico: interessamento della mimica facciale nella sindrome acinetica di tipo parkinsoniano o più generalmente sottocorticale.*

▪ In senso psicopatologico, una forma estrema di riduzione della mobilità mimica che si associa ad un interessamento dell'affettività, nel senso del marcato appiattimento affettivo o della dissociazione ideoaffettiva, comparendo:

- ✓ nei quadri catatonici
- ✓ nel contesto di una marcata sintomatologia negativa del dist. Schizofrenico
- ✓ nei disturbi depressivi gravi

Amimia

- **Jasper** (1913), definisce i movimenti espressivi come involontari, in contrapposizione ai movimenti volontari come atteggiamenti, gesti, segni.
- I movimenti del corpo hanno un rapporto con l'umore del soggetto e con gli scopi della sua volontà (es: l'espressione fredda della melanconia, il volto vuoto e inespressivo dei soggetti dementi....)
- **Minkowski** (1966), riconosce nell'espressione una relazione dinamica tra “**espresso**” e “**esprimente**”. **Distingue** i disturbi dei mezzi di espressione (mimica, gesti, postura..) fortemente collegati alla motricità, dai disturbi dell'espresso, ovvero della vita interiore e dell'affettività. Si mantiene dicotomia tra psicogenesi e organogenesi.

Amimia

- **“Il cervello trino”(McLean):** la fisiopatologia dei disturbi della mimica di tipo ipocinetico sarebbe caratterizzata da una disfunzione del complesso dei circuiti neuronali del sistema limbico che comprende: amigdala, i nuclei anteriori del talamo, i gangli della base (e altre strutture).
 - Un interessamento del sistema limbico e dei gangli della base è effettivamente rilevabile tanto nello spettro psicotico e in quello affettivo, quanto nelle sindromi parkinsoniane
- ✓ I farmaci antipsicotici, a partire dagli anni 60, hanno ricoperto un ruolo confondente nell’osservazione e comprensione psicopatologica di numerosi sintomi motori, tra cui l’amimia*

Astenia

- *alpha* (privativo) + *stenos* (forza), **assenza di forza**
- Il modo della presenza dell'astenico è caratterizzato dalla perdita **dell'élan vital** (lo slancio vitale secondo Minkovski)
- Il corpo dell'astenico, da entità-che-si-mostra nell'autonomia intenzionale dinamica dell'io, diviene carico insopportabile "impantanato nel suo fondo" e dominato dalla gravità
- A volte come sintomo a sè stante, ma spesso fa parte di una sindrome ansioso depressiva.
- Astenia e depressione agiscono come fattori di rischio reciproci.

Astenia

- **Janet (1903)**, introdusse il termine psicoastenia (debolezza delle funzioni superiori, specialmente delle funzioni che sono implicate nell'adattamento al reale e al presente)
- **Beard (1869)** nevrastenia: condizione medica con sintomi di stanchezza, paura, ansia, irritabilità, deficit mnesici, nevralgia, insonnia..., causata da un esaurimento del SNC, dovuto alla competitività delle società civilizzate



“ una sorta di fallimento dell' Io a causa di un target troppo elevato rispetto alle proprie capacità”

- Scomparsa nel DSM III, permane nell'ICD 10 come *chronic fatigue syndrome*. Comun denominatore dello spettro ansioso-depressivo caratterizzato da manifestazioni (**Schneider**) in ambito psichico (lamentatele mnesiche, dell'attenzione..) e somatico (malesseri del soma alimentati dall'auto osservazione)

Catatonia

- **Intesa come sintomo: ipertono muscolare durevole, che interessa per lo più gli arti, ma può coinvolgere tutto il corpo, non modificabile da sollecitazioni esterne; resistenza al tentativo di muovere passivamente un arto**
- **Intesa come sindrome: anomalie della psicomotricità e comportamentali che si presentano in associazione con modificazioni del pensiero, dell'umore e/o della vigilanza.**
- Mutacismo, stereotipie, verbigerazione, rigidità, movimenti a scatti, paracinesie, flessibilità cerea, ecolalia ed ecoprassia.
- Manierismi, negativismo, automatismo, impulsività e rituali.



Catatonìa

- Originariamente descritta da **Kahlbaum (1874)** come anomala tensione muscolare e mentale
- **Kraepelin (1899)** collocò la catatonìa insieme alla demenza paranoide e l'ebefrenia, all'interno della demenza precoce.
- **Jasper** inserì i sintomi della catatonìa tra i disturbi della psicomotricità
- Il DSM-IV TR considera la catatonìa un sottotipo di schizofrenia (“con manifestazioni catatoniche”)
- Rimane aperto il problema dello sviluppo di scale di valutazione che permettano di definire meglio i confini della sindrome e delinearne la patofisiologia.

Catalessia

- **Rigidità muscolare per cui il pz mantiene a lungo lo stesso atteggiamento del corpo o la stessa posizione.**
- Qualsiasi tentativo di modificare tale posizione comporta fenomeni di resistenza o assunzione di una nuova posizione
- La **catalessia flessibile** è il mantenimento di una posizione imposta dall'esterno per un certo tempo, per poi impercettibilmente assumerne una più comoda.
- La **flessibilità cerea** è l'assunzione passiva di una posizione determinata dall'azione meccanica altrui, manifestando una resistenza plastica al movimento passivo.
- La catalessia fa parte della sintomatologia della catatonìa.
- Compare talvolta nell'epilessia e in alcune manifestazioni isteriche.



Cataplessia

- **Perdita improvvisa e transitoria del tono muscolare dovuta a fattori emotivi scatenanti.**
- Attacchi completi: perdita completa del controllo dei muscoli volontari, con caduta a terra. Attacchi parziali: più frequenti, debolezza transitoria dei muscoli facciali e del collo o estesa al corpo, con eloquio inceppato.
- I pz non sono in grado di rispondere, pur rimanendo consapevoli di quanto li circonda. Si possono verificare allucinazioni ipnagogiche.
- Attacchi esacerbati e scatenati da eventi di natura emotiva positiva (scherzo, riso..) e talvolta negativa (rabbia)
- Lo **status cataplecticus** è caratterizzato da episodi cataplettici subentranti che durano diverse ore

Negativismo

- **Nella sua accezione più ampia indica un'opposizione a stimoli ambientali o esterni**
- Nell'uso corrente viene inserito tra i sintomi catatonici
- Può esser considerato un disturbo della psicomotricità ipocinetico (n. passivo) o qualitativo (n. attivo)
- **N.Passivo:** resistenza alle richieste motorie avanzate dall'intervistatore o il mantenimento di una postura rigida; estensione del fenomeno alla vita vegetativa (rifiuto di mangiare, bere...); corrispettivo verbale è il mutacismo
- **N. Attivo (o contrario):** esecuzione di un'azione contraria alla richiesta; interessa i desideri e gli impulsi del pz, i quali vengono intimamente e immediatamente impediti o contrastati.
- **N. Intellettuale:** il pz. Appena formula un'idea pensa quella contraria (devo andare – non devo andare)

Negativismo

- **Kraepelin** identifica la demenza apatica come caratterizzata dalla presenza di residui di negativismo
- **Bleuler** riconduce il comportamento negativista all'autismo, come ambivalenza e inadeguata comprensione dell'ambiente da parte del pz.
- In ambito psicanalitico, **Freud**: “indizio di un disimpasto pulsionale avvenuto per detrazione della componente libidica”. Valutazione di tale sintomo nelle dinamiche di transfert e controtransfert

Rallentamento psicomotorio

- **Attività motoria e flusso del pensiero appaiono ridotti e rallentati**
- **Widloche (1983):** congelamento generale di attività che coinvolgono aree diverse (motoria, affettiva, cognitiva, vegetativa), ma tuttavia interconnesse tra loro.
- Si osserva in numerose condizioni mediche, neurologiche e psichiatriche



una delle manifestazioni nucleari della **depressione**

- ✓ andatura incerta, priva di elasticità
- ✓ eloquio più basso, monotono
- ✓ flusso del pensiero rallentato, rimuginazioni
- ✓ percezione soggettiva di fatica
- ✓ sentimenti di insufficienza, colpa
- ✓ modificazione del trascorrere del tempo: più lento, quasi immobile

Rallentamento psicomotorio

- “ Dimensione psicopatologica”- espressione clinica di precise alterazioni neurochimiche ed anatomofunzionali individuate nell'ipofunzione del circuito dopaminergico che connette i nuclei della base alla corteccia prefrontale.
- M. Parkinson, m. Huntington e m. Wilson (che condividono tale meccanismo patogenetico) sono caratterizzate dall'associazione tra depressione, deficit cognitivi, disturbi psicomotori.
- Fondamentale, per la diagnosi del sottotipo melanconico della depressione



Ipocinesia, Acinesia, Stupor

- Povertà di movimenti (ipocinesia), che può sfociare nell'immobilità (acinesia) e nello stupore.
- I movimenti volontari e spontanei si fanno sempre più rari, il pz compie pochi movimenti mimici (ipomimia, amimia); quando l'immobilità è assoluta resta quasi sempre silenzioso (mutacismo)
- **Si intende per stupor l'assenza di ogni movimento volontario in un pz cosciente, lucido, inaccessibile, mutacico.** (*da stuporem: torpore lentezza insensibilità*)
- Circa il 30% dei pz reduci da uno stato di stupor riporta esperienze simil allucinatorie o deliri frammentati.
- Lo stupor può esser associato a catatonia, mania, depressione, isteria, stress emotivi, stati confusionali, intossicazioni da vari farmaci (valproato di sodio, neurolettici)

Ipocinesia, Acinesia, Stupor

Stupore nella schizofrenia (Stupore Catatonico)

- Irrigidimento nell'angoscia, nel terrore, nella perplessità, in una situazione di gravissima minaccia all'io-coscienza nelle sue diverse dimensioni
- Chi non è più sicuro di se stesso come essere agente, chi non è più consapevole della propria unitarietà e dei propri limiti può irrigidirsi in uno stato di stupore.
- Ha funzione terapeutica tutto ciò che conduce a una nuova certezza dell'esperienza dell'io

Stupore nella malinconia inibita grave (Stupore Depressivo)

- Il pz. è sopraffatto dall'angoscia, dal senso di colpa, abbattuto e privo di vitalità, presenta perplessità e incapacità di decidere, manca di pulsioni.

Ipocinesia, Acinesia, Stupor

Stupore come reazione immediata (Stupore Psicogeno)

- Lo stupor può insorgere come reazione ad un forte trauma, a uno spavento, a una situazione di panico: si resta irrigiditi di fronte alla paura.
- Si osserva in occasione di catastrofi, all'annuncio inaspettato di notizie ferali, ma per esempio anche prima di un esame o durante

Stati simil stuporosi nel tipo di reazione esogena acuta

- Encefaliti, epilessia, intossicazioni; può durare da alcuni minuti a settimane
- Importante l'esame internistico, neurologico....

Mutacismo (ammutolimento)

- **Ostinato rifiuto di rispondere o la contrazione spiccata della produzione verbale in presenza di coscienza vigile.**
- Nella depressione grave, il pz ha perso vitalità e ogni pulso a parlare, si irrigidisce in una muta sofferenza (**stupore depressivo**)
- Il m. e lo stupore schizofrenico si verificano quando il pz è sopraffatto dalla paura, dalla perplessità (**obnubilamento sognante**)
- Più raramente nelle **esperienze estatiche** e di fascinazione
- M. Psicogeno può comparire dopo traumi psichici o avere un certo grado di finalità (telefrenico , per es nei reclusi)



Stereotipie

- **Manifestazioni motorie o vocali, volontarie, apparentemente prive di significato funzionale, ripetute per lungo tempo e nella stessa forma.**
- **S. di atteggiamento:** posizioni particolari del corpo assunte spontaneamente e mantenute
- **S. di movimento:** gesti o movimenti ripetuti incessantemente
- **S. di azione:** atti apparentemente finalizzati, ma ripetuti afinalisticamente
- **≠ Tic** (involontarietà della produzione)
- **≠ Compulsioni** (atti finalizzati a ridurre l'ansia)
- **≠ Perseverazione** (natura simbolico/affettiva del gesto stereotipo della catatonìa, assente nella perseverazione).

(Bleuler)

Stereotipie

- Le s. più semplici (muovere la bocca, dare dei colpi) si osservano soprattutto nei pz con danni cerebrali organici (atrofia cerebrale, arteriosclerosi cerebrale, encefaliti)

- Spesso nei catatonici si osservano movimenti stereotipati delle mani, da cui i pz. non distolgono lo sguardo.



- Mani e viso hanno un significato particolare per l' **Io-coscienza** (tali movimenti servirebbero a rassicurare il soggetto in merito alla propria possibilità di agire e alla propria identità)

Manierismo

- **Modalità di espressione, prevalentemente motoria, relativamente adeguata al contesto e al suo significato, ma innaturale, artificiosa, nel senso della goffaggine, delle frammentarietà o dell'eccessiva ricercatezza, tanto da sembrare caricaturale.**
- In forma lieve è meglio descrivibile come affettazione, eccentricità, e può comparire in soggetti normali
- Fenomenologia estremamente eterogenea: ampollosità dei gesti, atteggiamenti ossequiosi; la legnosità dei pz psicotici (marionettismo di Bleuler); le smorfie che dominano soggetti schizofrenici.
- Kahlbaum, Kraepelin, Wernicke descrissero disturbi psicomotori presenti nelle psicosi maggiori, tra i quali le posizioni e i comportamenti manieristici



Manierismo

- **Kahlbaum, Kraepelin, Wernicke** descrissero disturbi psicomotori presenti nelle psicosi maggiori, tra i quali le posizioni e i comportamenti manieristici
- **Bleuler** lo ricondusse all'ambito dell' "ipotesi atimica", cioè al deficit generale di impulsi di natura affettiva, che priva l'atto normale di armonicità, misura e duttilità.
- **Minkovski**: riferibile ai processi dissociativi, per il generale meccanismo di disorganizzazione della personalità
- **Binswanger**: non viene giudicato come minorazione patologica o sintomo, ma come fallimento dell'esistenza umana (" scissione interna tra l'autenticità dell'essere e l'autenticità espressa")
- Incluso tra i sintomi psicopatologici generali della *Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)*.