

\* Parzialmente tratto da: R.C.Russo, *Diagnosi e terapia Psicomotoria*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 2000.

Un bambino con grande quantità di movimento viene definito «iperattivo» termine che può considerarsi nella norma e caratterizzante una peculiarità dell'habitus psicomotorio dell'individuo se non associato ad altri disturbi. Per contro i termini «instabile psicomotorio» e «ipercinetico» definiscono un comportamento disturbato da un alterato processo di attenzione e risposta agli stimoli ambientali con ipereccitabilità e impulsività, caratteristiche che definiscono la sindrome in trattazione.

Le classificazioni internazionali e in particolare le anglosassoni, riferendosi alla «sindrome ipercinetica» hanno accettato in questo raggruppamento anche casi in cui al sintomo principale e caratteristico si riscontrano altri sintomi quali disturbi dell'organizzazione neuromotoria, deficit cognitivi ed altri. Gli autori anglosassoni non accettarono l'impostazione francese e diedero il nome di «sindrome ipercinetica» a manifestazioni d'incontinenza motoria associata a turbe del comportamento sociale, riconoscendone prevalentemente una causa organica da eziologie diverse. La scissione tra la scuola francese e quella anglosassone sembra imputabile alla maggiore importanza data all'aspetto relazionale (scuola francese) rispetto a quello motorio (scuola anglosassone) e rispettivamente ad una ipotesi patogenetica con prevalenza relazionale ed una con prevalenza organica.

L'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) nel 1990 adotta per la sindrome il termine «ADHD» (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), definizione che se rimarca l'importanza del disturbo dei processi attentivi, non menziona l'importanza del rapporto psichico e motorio tra le sue intenzioni dell'individuo e gli stimoli ambientali, caratteristica definita dal termine «instabilità psicomotoria»

Il percorso storico della sindrome chiarisce la sua complessità e le diverse modalità d'approccio e di interpretazione. Nel 1897 compare la prima descrizione clinica della sindrome per opera di Bourneville in bambini affetti da incapacità a contenersi sul piano motorio, con difficoltà a perseverare negli intenti e con un progressivo lieve ritardo nell'apprendimento. Ai primi del 1900 altri autori francesi localizzarono le manifestazioni principali in comportamenti turbolenti e asociali con frequenti manifestazioni eteroaggressive.

La prima descrizione clinica di una sindrome che include i presupposti di disturbi attentivi e di incontinenza motoria compare nel 1914 ad opera di Heuyer, ma è Dupré (1925) che propone il termine di «*instabilità psicomotoria*» quale entità sindromica caratterizzata dalla presenza di disturbi psichici causa della iperattività. In tale sindrome Dupré descriveva disturbi attentivi, instabilità dell'umore, anomalie del comportamento, aggressività e sintomi d'incoordinazione motoria, facendo confluire nella sindrome anche sintomi da deficit dei processi organizzativi neuromotori.

Nello stesso anno, con l'opera «L'enfant turbulent», Wallon pose le basi per una chiara identificazione della sindrome e descrisse con accuratezza le caratteristiche psicologiche dell'instabile. Questo autore attribuì particolare valore ad un disturbo dell'organizzazione emotivo-affettiva nel primo anno di vita e distinse una forma congenita ed una tardiva.

Homburger (1926) affrontò lo studio dei bambini iperattivi e si orientò verso una genesi di disturbo organizzativo di tipo extrapiramidale. De Sanctis (1933) in una revisione della casistica riconobbe una forma primaria a genesi costituzionale e forme secondarie di significato sintomatico dovute a vari disordini psichiatrici. Chorus già nel 1942 aveva affermato che l'aspetto motorio e relazionale non potevano che coesistere, essendo due aspetti di una sola disfunzione, articolati fra loro in diversificate manifestazioni sintomatologiche.

Anche Ajuriaguerra condivide il pensiero di Chorus e distingue una forma con prevalente espressività motoria (forma subcoreica) ed una forma con prevalente disturbi relazionali (forma caratteriale), pur riconoscendone costantemente il duplice aspetto e le molteplici sfumature.

Gesel e Amatruda (1947) aprirono l'orientamento della genesi del disturbo attentivo sostenuto dal «Minimal Brain Disease», a sua volta causa della «Minimal Brain Disfunction». Tale ipotesi venne abbracciata da numerosi autori per diversi decenni ed è stata abbandonata a partire circa dal

1980 dalla maggior parte dei ricercatori.

Laufer e Denhoff (1957) ritennero responsabile dell'iperattività disturbi organizzativi di strutture della formazione reticolare. Nel 1971 Weiss ed altri considerarono l'instabilità generata e sostenuta da un disturbo dell'attenzione e definirono caratteristici della sindrome i seguenti quattro sintomi: ipereccitabilità, impulsività, iperattività e distraibilità

Secondo Wender (1971) lesioni (o disfunzioni) della formazione reticolare e in particolare delle strutture reticolari ascendenti, determinerebbero una deplezione dei neurotrasmettitori noradrenalina e dopamina; queste sarebbero la causa di una diminuzione dell'attività inibitoria delle formazioni reticolari ascendenti con la conseguenza di iperattività e disturbo dei processi attentivi; la deplezione si risolve con la somministrazione di psicoanalettici; a seguito di tale ipotesi gli autori americani adottarono prima le anfetamine e recentemente il metilfenidato.

Gli studi dei neuropsicologi ed in particolare quelli della scuola di Luria, hanno dimostrato l'esistenza di strutture sottocorticali (formazione reticolare, ippocampo, alcuni nuclei dell'ipotalamo, dello striato e del talamo) che, tra le molte e complesse funzioni, svolgono anche quella di «orientamento» finalizzato al rapido centraggio attentivo sullo stimolo per un adattamento comportamentale consona al valore biologico dello stimolo. Questo valore dipende, nelle prime fasi della vita, da fattori costituzionali geneticamente predisposti (il sussulto e le risposte di difesa a stimoli nocicettivi), ed in secondo tempo dal tipo e quantità di esperienze vissute che permettono un confronto valutativo con lo stimolo in atto per un adeguato comportamento anche in rapporto ai condizionamenti ambientali.

Nelle forme congenite questa situazione potrebbe essere sostenuta da una ipereccitabilità sottocorticale e reticolare (claustrale e locus ceruleus) anche a stimoli di basso valore biologico, con la conseguenza di un eccesso di intensità e frequenza di risposte motorie, come si riscontra per l'attività spontanea e per i riflessi automatici nei primi mesi di vita in soggetti affetti da questo disturbo.

A tale proposito vanno ricordati gli studi di Moruzzi e Magoun (1949) sull'importanza della sostanza reticolare nei processi attentivi. Anche altri neurofisiologi considerano che la sostanza reticolare sia un punto di arrivo e d'integrazione di feedback tra la sostanza reticolare stessa, il sistema limbico, il talamo, l'ipotalamo e varie aree corticali. Esisterebbe un complesso filtraggio degli stimoli operato dalle sopradette strutture, con lo scopo di lasciare passare solo quegli stimoli ritenuti compatibili alla situazione in atto. Rosano e Galletti (1980) hanno ravvisato il problema in un disturbo della integrazione percettivo-motoria.

La sintomatologia può essere presente fin dai primi mesi di vita (forma congenita) oppure comparire nel corso del 2°- 4° anno di vita (forma acquisita), con netta prevalenza nel sesso maschile.

Nella forma congenita, le manifestazioni caratteristiche potrebbero essere imputabili ad una anomala organizzazione dei processi attentivi e specificatamente quelli visivi nel gioco fovea-periferia e retina-sistema limbico o ad una particolare reattività del locus ceruleus nel tronco dell'encefalo o ad una ipereccitabilità di strutture limbiche e in particolare dell'amigdala. Kinsbourne (1991) distingue due forme, una (ipofocusing) caratterizzata dalla difficoltà a permanere a lungo su un compito, una seconda forma (overfocusing) consistente nel rimanere centrato su una esperienza precedente e non riuscire così a centrarsi sufficientemente sull'esperienza in atto.

L'instabilità acquisita, a comparsa tra il 2°- 4° anno di vita, presenta caratteristiche similari alla congenita; una ipotesi patogenetica di questa forma potrebbe dipendere da un contrasto tra le caratteristiche di alta vitalità ed affermazione del bambino e le caratteristiche limitanti in senso evolutivo dei modelli ambientali, per atteggiamenti svalutativi, rigidi o eccessivamente limitanti nel processo di autonomia. A tale conflittualità potrebbe essere imputabile l'affermarsi dell'instabilità, come risposta ad un ambiente contraddittorio alla spinta evolutiva caratteristica di quel bambino, situazione che determinerebbe la perdita degli interessi stimolati dall'adulto ed una particolare reattività nei confronti dell'ambiente familiare e sociale (Russo R.C. 1986, 2000).

La **forma congenita** appare essere legata a caratteristiche costituzionali. Il dato saliente sembra essere la mancata capacità di filtraggio degli stimoli che determina una frequente ed esagerata risposta motoria ad ogni piccola modifica ambientale. A volte l'impulsività motoria si manifesta anche in assenza di apparenti cause ambientali.

Nelle **forme acquisite** è frequente la comparsa nel corso del 2°-4° anno di vita di una

ipereccitabilità e ipermotricità che sembrano avere la loro genesi a livello corticale e limbico. Dall'analisi dei casi riscontrati appare l'importanza di caratteristiche personali ad alta carica vitale, desiderio di affermazione della propria identità e autonomia in contrasto con messaggi ambigui e contraddittori da parte dei modelli che assumono caratteristiche ansiose e iperprotettive alternate o commiste ad atteggiamenti limitanti e svalutanti.

La comparsa in questo periodo è comprensibile in quanto proprio nel 2° anno di vita il bambino presenta una instabilità psicomotoria fisiologica a causa dell'esplosione delle proprie potenzialità in un continuo anelito di autonomia e di conquista che viene contenuto dai limiti posti dalle figure parentali e dal loro bisogno di mantenere la funzione di protezione e di guida. È ipotizzabile che questi contrasti costituiscano il nucleo della disfunzione sostenuto da un eccesso di emozionalità tale da iperstimolare i processi attentivi agli stimoli ambientali, con la conseguenza di un sovraccarico di informazioni in arrivo non adeguatamente filtrate in rapporto alle reali intenzioni. Tale situazione determinerebbe la necessità di scarica dello stato di tensione (dovuta in parte al livello emozionale e in parte al sovraccarico informativo) tramite l'espressione di una grande quantità di attività motoria.

Sia nella forma congenita che nell'acquisita, le caratteristiche comportamentali appaiono essere governate da due complessi meccanismi che, anziché essere tra loro integrati entrano in competizione: i processi attentivi agli stimoli ambientali e i processi concentrativi sugli intenti.

Nei primi mesi di vita il bambino, per il suo livello maturativo, è particolarmente protetto dal pericolo di una inflazione di stimoli, ma con l'acquisizione delle competenze diminuisce progressivamente il filtraggio automatico ed aumenta la capacità di selezione attentiva per gli stimoli ambientali in rapporto al principio di validità esperienziale.

Col progredire dell'età tutte le informazioni in arrivo vengono selezionate sulla base del valore biologico, delle esperienze precedenti e degli interessi dell'individuo; il processo attentivo che ne deriva è regolato dal fine gioco di questi fattori. Va sottolineato che l'attenzione non deve considerarsi sinonimo della concentrazione; l'attenzione generica (arousal) è la disponibilità agli stimoli ambientali; l'attenzione selettiva è il centraggio sull'informazione in arrivo, la presa di coscienza e la sua valutazione; la concentrazione, processo di competenza delle motivazioni permette la permanenza su un progetto che viene intenzionalmente realizzato.

Normalmente esiste un continuo e reciproco adattamento tra le due funzioni a seconda delle situazioni e il predominio dell'una o dell'altra dipende dalla situazione in atto. Ad esempio, se ci si trova in una situazione non nota e potenzialmente pericolosa, si presta attenzione a qualsiasi stimolo ambientale e si è poco disponibili a processi concentrativi, se non dopo aver conosciuto e valutato la situazione. Per contro, in casi d'intensa motivazione a perseguire obiettivi programmati, la concentrazione raggiunge alti livelli, mentre tende a diminuire l'attivazione delle strutture deputate ai processi attentivi a stimoli intercorrenti.

Nell'instabile psicomotorio è compromessa la maturazione dell'equilibrio tra i due processi, con netta prevalenza dell'attenzione e carenza della concentrazione; l'instabile presenta un'attenzione esaltata ed una labilità concentrativa per l'intervento di stimoli distraenti «distrattori». Una caratteristica peculiare è rappresentata anche dalla sua intensa ipereccitabilità, iperattività e impulsività.

La sintomatologia assume aspetti diversi a seconda dell'età. Nelle forme congenite il lattante presenta con frequenza uno stato di eccitabilità, d'ipermotricità e d'irritabilità, i riflessi arcaici si scatenano facilmente e con frequenza anche per stimoli di basso valore soglia, facile il pianto, frequenti i disturbi gastro-intestinali, la nutrizione è spesso difficoltosa, il ritmo del sonno disturbato da agitazione e risvegli ripetuti, i riflessi miotattici sono esaltati.

È ben comprensibile come le figure parentali possano vivere con apprensione e ansia queste prime fasi della vita e instaurare facilmente comportamenti inadeguati a loro volta potenziando lo stato di eccitabilità del lattante. Le acquisizioni del processo neuromaturativo vengono raggiunte nei limiti della norma ed a volte anche in tempi precoci.

Nel periodo dall'anno ai tre anni le acquisizioni motorie, le attività cognitive ed il linguaggio vengono acquisite nella norma, ma la motricità inizia a manifestare la difficoltà ad essere contenuta e adeguatamente rapportata alle situazioni. I bambini in questo periodo sono in attività continua, non stanno mai fermi, anche nelle attività sedentarie presentano una incapacità a mantenere la postura liberamente scelta, i sinergismi sono esaltati e a volte controproducenti rispetto al fine,

frequenti i movimenti parassiti. L'attenzione è molto esaltata e qualsiasi stimolo tende a distogliere la concentrazione dall'attività in corso.

Per questo motivo, durante le attività di grande movimento, l'instabile rompe involontariamente oggetti, urta ostacoli e cade facilmente, non per mancanza d'equilibrio o di abilità motoria, ma per l'esplosività dell'azione e per l'improvvisa modifica degli schemi motori posti in atto. Spesso l'attività motoria si presenta disordinata, brusca, interrotta ed a volte veramente caotica. I riflessi miotattici, da esaltati nel corso del primo anno, ora si normalizzano.

È proprio in questo periodo che iniziano a presentarsi le problematiche relazionali. La loro esuberanza motoria, la facile distraibilità ed i danni provocati, determinano facilmente da parte delle figure parentali tentativi di imposizione di regole inadeguate alle caratteristiche neurofisiologiche del bambino, un continuo incalzare di rimproveri e di richiami ad un comportamento più tranquillo.

Questo tipo di atteggiamento determina un forte contrasto tra le caratteristiche tipologiche del bambino e le richieste di adattamento, con la conseguenza di un vissuto frustrante per la scarsa accettazione da parte dell'adulto, fattore che pone le basi per lo strutturarsi, in particolare nei periodi successivi, di frequenti manifestazioni di aggressività reattiva.

Dai tre ai sei anni l'instabilità assume toni più marcati: le caratteristiche motorie del periodo precedente migliorano, la concentrazione si fa più labile specie se vengono richieste attività sedentarie e soprattutto se queste si svolgono in gruppo, scadente è l'interesse a strutturare giochi che richiedono calma e concentrazione, frequente il disinteresse per le costruzioni ed il disegno. In famiglia si accentua l'intolleranza per le frustrazioni e compaiono manifestazioni reattive alle richieste di rispetto delle regole.

Nell'ambito scolastico il rapporto con gli altri coetanei è sempre molto desiderato e ricercato, ma l'eccessiva esuberanza, lo scarso controllo motorio e l'invasività generano problemi di relazione che frequentemente sfociano nel rifiuto dell'instabile da parte dei compagni di scuola. La risposta costante a questi rifiuti è il dispetto, la provocazione e spesso anche le manifestazioni esagerate di aggressività che, anche se eccessive, sono sempre motivate e indirizzate all'individuo che le ha provocate. I richiami continui delle educatrici e l'atteggiamento rifiutante dei compagni rafforza l'instabilità e le manifestazioni di rivalse creando così un circuito chiuso auto-sostenente che risulta difficile interrompere.

La latenza diventa il periodo più delicato dell'instabile per il profondo conflitto tra la sua spinta ad esprimere senza alcuna mediazione la propria emozionalità e il bisogno di realizzarsi con obiettivi personalizzati nell'ambito sociale d'appartenenza. Questo conflitto provoca un acutizzarsi dell'incapacità a contenersi, dei movimenti parassiti, dei sinergismi esaltati, ed a volte anche la comparsa di balbuzie e di tic. Per il medesimo motivo si possono riscontrare anche disturbi della grafia, dell'ortografia e della lettura. A volte il linguaggio tende ad essere rapido, interciso, a volte esplosivo e con frequenti variazioni del tono e dell'intensità.

A scuola, dopo i primi 2 o 3 anni di valido apprendimento, tendono a presentare lacune, non per una carenza dell'intelligenza, che permane sempre pronta e viva, ma per la difficoltà a seguire con costanza il piano di studio per l'eccesso d'impegno concentrativo in attività limitanti la sua necessità di movimento. A volte questo problema compare già nel corso del primo anno. Le difficoltà di rapporto con i compagni tendono ad aumentare e l'aggressività può essere espressa per futili motivi o in assenza di cause apparenti, provocando un più marcato isolamento. Si possono riscontrare anche rapidi passaggi da stati di esaltazione a stati depressivi.

Nella fase prepubere e adolescenziale i sintomi motori si riducono, ma permangono l'instabilità emotivo-affettiva, la difficoltà di relazione, l'incertezza nelle scelte e i frequenti cambi d'interesse e di progetti. Vi può essere una ripresa di motivazione scolastica con netto miglioramento della resa, fatto che sottolinea l'integrità dei potenziali intellettivi.

Quello fino ad ora descritto, è l'iter che caratterizza la media delle instabilità psicomotorie, ma le manifestazioni del comportamento dipendono molto dal tipo d'interrelazione con i modelli familiari e sociali.

È importante analizzare i singoli sintomi. Al riguardo del sintomo *iperattività*, vanno differenziate quelle organizzazioni motorie che presentano carenze del processo neuromaturativo, sostenute da cause organiche o da atteggiamenti inadeguati dei modelli genitoriali che agiscono su particolari organizzazioni della personalità infantile; tra queste va citata l'Insufficiente Inibizione Motoria (Russo, 1987), sindrome ben distinguibile dall'instabilità e con la quale viene con

frequenza confusa: l'attività motoria dell'instabile è adeguata dal punto di vista neuromaturativo, buona è la coordinazione e l'integrazione somatica, ma a volte il movimento si scompagina e può assumere aspetti falsamente immaturi a causa dei disturbati processi attentivi e/o per eccesso di carica emozionale; per contro nell'insufficiente inibizione motoria l'atto presenta nette carenze maturative per deficit del processo d'inibizione alla diffusione dello stimolo.

Anche per il sintomo *disturbo attentivo*, si riscontrano marcate differenze nei soggetti iperattivi: in alcuni domina l'attenzione esaltata ad una pluralità di stimoli ambientali che condizionano la perdita della permanenza dell'intento; in altri la distraibilità è con prevalenza condizionata dal variare improvviso di motivazioni poco correlabili alla situazione ambientale.

Rosenthal e Allen (1978), nella loro ricerca sui bambini ipercinetici, hanno evidenziato la notevole variabilità delle risposte al compito proposto a seconda del tipo di distrattore, della durata, della difficoltà, della situazione sfondo e soprattutto della disponibilità motivazionale del bambino.

A tale riguardo, ci si deve chiedere se la distraibilità del bambino ipercinetico dipende da un alterato livello di attivazione «arousal» dei processi attenzionali, a causa di una carente funzione della formazione reticolare attivante i processi attentivi (Lynn, 1966) che richiederebbe una ricerca di nuovi stimoli al fine di mantenere alta l'arousal, o dipende da una carente soddisfazione dell'attività in atto e la conseguente ricerca di nuovi stimoli ad effetto più gratificante o dipende dall'esigenza di una continua pluralità d'interessi (Douglas, Parry, 1983; Prior, Wallace, Milton, 1984).

Zentall e Zentall (1976) hanno dimostrato un aumento della iperattività e distraibilità in ambienti scarsamente stimolanti. Nella terapia psicomotoria dell'instabile (Russo, 1988) si è potuto diminuire notevolmente l'effetto dei distrattori, mantenendo alta la carica emozionale in attività motivanti di grande movimento e con rinforzo gratificante. La scarica motoria intensa e prolungata permette successivamente attività più tranquille e diminuita distraibilità.

Il sintomo *impulsività*, significativo dell'incapacità del momento di riflessione sull'opportunità di scelta del comportamento, potrebbe essere sostenuto da un eccesso di carica emozionale, che richiede una immediata risposta tramite l'azione. Gli effetti dell'impulsività possono avere diverse espressività e significati: da una difficoltà di controllo dell'atto realizzato in modo brusco e poco calibrato, a risposte eccessivamente aggressive rispetto alla causa scatenante.

Oltre ai sintomi base vanno presi in considerazione l'intolleranza alle frustrazioni, la perseveranza nella affermazione della propria persona e la fiducia del sé. L'*intolleranza alle frustrazioni*, espressa in modo più conclamato nelle limitazioni motorie, è sostenuta dalla incoercibile necessità di realizzarsi, sia in modo diretto, sia mettendo in atto adeguate strategie; si instaura con l'ambiente un gioco perverso di rivalse nei confronti dei frequenti richiami, punizioni da parte dell'adulto e isolamento da parte del gruppo dei coetanei. Più intensa e frequente è la frustrazione, più rimarcata è la risposta disturbante e aggressiva dell'ipercinetico.

La fig.1 elenca i sintomi fondamentali (†) e quelli di derivazione (•).

## SINTOMI DELLA INSTABILITÀ PSICOMOTORIA

### *disturbo pervasivo*

- # **Ipereccitabilità**
- # **Impulsività**
- # **Iperattività**
- # **Disattenzione**
- Deficit di concentrazione
- Attenzione diffusa e esaltata
- Difficoltà al rilassamento
- Frequente passaggio da attività ad altre
- Deficit di autocontrollo
- Intolleranza alle frustrazioni
- Manifestazioni aggressive
- Carente processo di socializzazione

La *perseveranza* nella realizzazione del sé parrebbe contrastare con le sopraccitate caratteristiche dell'instabile, ma in realtà la perseveranza deve intendersi nella capacità di non demordere, nonostante i numerosi ostacoli, dal desiderio di realizzarsi, anche partecipando alle attività del gruppo: l'instabile non si isola, la sua carica vitale è alta e cerca di primeggiare sugli altri e di mettersi in evidenza con varie modalità; la perseveranza nella affermazione del sé riesce a mantenere, nonostante le frequenti frustrazioni ambientali, il desiderio di partecipazione alla vita sociale, pur con le debite rivalse.

### **Diagnosi differenziale**

Dal punto di vista nosografico la denominazione ADHD è universalmente entrata nell'uso, anche se attualmente viene spesso usata per la sindrome la denominazione *instabilità psicomotoria* alla quale sono solito riferirmi per il più significativo richiamo all'aspetto psicodinamico che coinvolge individui di normale potenzialità evolutiva sia motoria che intellettuale, ma con un serio problema d'integrazione tra i processi attentivi e quelli concentrativi.

Indispensabile sarà la diagnosi differenziale con altre sindromi che presentano nel quadro clinico sintomi di iperattività, disturbi dell'attenzione e deficit concentrativi, tra loro commisti in una numerosa gamma di sfumature, ma al fine di una corretta diagnosi sarà indispensabile differenziare e separare i quadri di instabilità in individui con normali potenzialità evolutive, dalle iperattività riscontrabili come sintomo associato in altre sindromi quali: alcune forme di ritardo psicomotorio, di psicosi, di disarmonie regressive, di varie epilessie, di dismetabolismi interessanti il sistema nervoso centrale, d'insufficienza cerebellare, di encefaliti, di intossicazioni croniche (piombo, fenotiazine, benzodiazepine, fenobarbital, idantoinici) e varie malattie neurologiche.

Denckla e Heilman (1979) sostengono che il solo sintomo iperattività non è sufficiente a connotare una sindrome, in quanto questo sintomo è comune a diversi quadri patologici.

La diagnosi differenziale va fatta in particolare con la sindrome da Insufficiente Inibizione Motoria (Russo 1987) sia per l'eziologia che per il tipo di approccio terapeutico; nell'insufficiente inibizione motoria la fiducia del sé è decisamente precaria, scarso l'impegno nelle attività del gruppo, frequente il comportamento in sudditanza e l'evasione fantastica (vedasi la Sindrome Insufficiente Inibizione Motoria).

La sintomatologia ufficialmente riconosciuta per la sindrome è: ipereccitabilità, impulsività, iperattività, eccesso di attenzione e deficit concentrativi, alla quale è frequentemente associata l'intolleranza alle frustrazioni, la mancanza di autocontrollo e la difficoltà di adattamento alle regole, specie a quelle che richiedono un contenimento motorio (fig.2). Per il riconoscimento della sindrome l'ICD10 e il DSM-IV richiedono che il complesso sintomatologico sia pervasivo e l'insorgenza entro i 7 anni; altri autori fissano i limiti dell'insorgenza a 5 anni.

### CRITERI DIAGNOSTICI PER LA SINDROME INSTABILITÀ PSICOMOTORIA o ADHD

#### **Condizioni biologiche di base**

- Buone potenzialità evolutive
- Assenza di alterazioni neurologiche
- Assenza di anomalie cromosomiche e geniche

#### **Presenza della sintomatologica**

- Ipereccitabilità
- Impulsività
- Iperattività motoria
- Disattenzione

#### **Caratteristiche cliniche**

- Disturbo pervasivo

Da quanto sopra si conferma il problema della netta separazione delle sindromi d'instabilità psicomotoria da tutte quelle altre sindromi in cui il sintomo instabilità non è elettivo per la sindrome. La conoscenza delle cause specifiche sarà fondamentale per una corretta impostazione terapeutica.

Allo stato attuale delle ricerche, pur confermando la sua entità sindromica, per la difficoltà d'identificare con certezza il nucleo patogenetico dell'instabilità psicomotoria Dinklage e Barkley (1992) hanno proposto la seguente definizione per la sindrome: "*Disturbo della regolazione del comportamento per difficoltà ad inibire le risposte a stimoli intercorrenti e a mantenere la concentrazione ai compiti preposti*".

### ***La terapia dell'instabilità psicomotoria***

L'impostazione del lavoro dipende molto dall'epoca d'inizio delle manifestazioni e dall'età del bambino.

Nelle forme congenite, segnalate nei primi due anni di vita, se le figure parentali sono sufficientemente rispondenti, è indicato un «handing», con opportuna frequenza, atto a consigliare le modalità più idonee di rapporto, di stimolo alla concentrazione e di adattamento alle regole. Fin dai primi mesi è opportuno impostare un ritmo biologico regolare con adeguata cadenza dei pasti, dei riposi e delle stimolazioni, al fine di evitare un caotico sovrapporsi di stimoli e risposte con ulteriore sovraccarico di tensioni.

L'ambiente deve assumere caratteristiche di pacata serenità e il sonno permesso in una stanza tranquilla e semi buia. Le stimolazioni, rapportate alla fase evolutiva, non dovranno eccedere sia come quantità che intensità. Le manipolazioni non dovranno essere brusche, ma lente e sicure ed i contatti corporei decisi, non superficiali e di buon contenimento specie nei casi di stato d'agitazione. Indispensabile, nel primo semestre, un'unica figura di riferimento per mantenere la stabilità del rapporto ed evitare un sovrapporsi di modalità diverse di stimolazioni. Anche nel secondo semestre va posta attenzione a non eccedere nei rapporti con altre figure.

Dal 12° al 24° mese, fase dell'esplosione di grande attività motoria e desiderio di conquista, è importante predisporre l'ambiente in modo da favorire questo bisogno ed evitare nel contempo il rischio di danni corporei e materiali. Indispensabile permettere tempi lunghi di attività motoria globale, alternati a brevi periodi di stimolo per attività cognitive con gli oggetti.

Questo sostegno parentale, progressivamente modificato e dilazionato in rapporto all'età e al miglioramento, dovrà essere protratto a lungo, fino alla fine del periodo psicomotorio ed a volte anche fino alla fine della latenza, in quanto varie e complesse sono le problematiche relazionali che l'instabile deve affrontare nel corso evolutivo. Nel caso di figure parentali scarsamente recettive a questo tipo d'intervento o nel caso di completa inadeguatezza, sarà indispensabile un trattamento individualizzato.

Dai tre anni in avanti l'indicazione di scelta è l'intervento psicomotorio individualizzato, sempre associato ad un supporto ai genitori e alle educatrici della scuola materna. Nel terzo anno le problematiche di rapporto dell'instabile iniziano a diventare particolarmente difficili, spesso con la conseguenza di inadeguate risposte dell'adulto che tendono a rinforzare la strutturazione del disturbo. Di particolare rilievo in questo periodo è la comparsa di manifestazioni aggressive a significato reattivo per la mancata accettazione da parte dell'ambiente del comportamento instabile.

Durante tutto il decorso della terapia sarà indispensabile sostenere ed indirizzare i modelli parentali e le figure pedagogiche, rapportando di volta in volta il counseling al processo terapeutico in atto ed alla realtà esterna.

Quando sia lo sviluppo delle problematiche nel setting terapeutico e sia il comportamento nell'ambito familiare e sociale avranno raggiunto una evoluzione positiva e considerata valida in rapporto alla prognosi iniziale, il bambino potrà essere dimesso dalla terapia psicomotoria, ma sarà ancora indispensabile seguire a lungo le figure di riferimento affettivo e pedagogico onde evitare recidive sul piano relazionale nei periodi successivi del percorso evolutivo..

### ***Considerazioni conclusive***

Le caratteristiche di numerosi casi di instabilità psicomotoria, la loro storia personale, le dinamiche intra ed extra familiare, la tipologia dei modelli di riferimento evolutivo, i principi educativi, gli effetti dei distrattori e la diversa influenza delle motivazioni, confermano la

complessità dei processi attentivi, tali da non poter essere ridotti semplicemente ad un disturbo unicamente dipendente dall'individuo, ma bensì ad un complesso gioco plurifattoriale la cui risultante è il comportamento dell'instabile.

Ne risulta che il problema dell'instabile non può più essere considerato esclusivamente a carico dell'individuo, ma va preso in carico come problema evolutivo che coinvolgere sia in senso eziopatogenetico che terapeutico il complesso sistema bambino-ambiente.

L'uso dei farmaci atti a modificare l'organizzazione neurometabolica e quindi anche quella neuropsicologica, se da una parte limita l'instabilità dell'individuo e tranquillizza la famiglia e le figure sociali, dall'altra parte camuffa la reale complessità della problematica e individua l'instabile come unico responsabile del disturbo. Inoltre l'uso degli accennati farmaci psicoanalettici modificano l'organizzazione metabolica, falsano la reale espressività della persona e tendono ad instaurare la dipendenza farmacologica.

14/06/2006

### **Bibliografia**

- Ajuriaguerra de J.** (1974) L'instabilità psicomotoria o sindrome ipercinetica. In Ajuriaguerra de , *Manuelle de psychiatrie de l'enfant*. Tr. It. (1979).
- Anolli L., Cigoli V.** (1978) *Lo sviluppo della percezione visiva*. Organizzazioni Speciali, Firenze.
- Bonini P., Sabbadini G.** (1982) *Movimenti oculari, percezione visiva, apprendimento*. Bulzoni, Roma.
- Bower T.** (1966) The visual world of infants. *Scientific American*, 215 (6), 80-92.
- Bower T.** (1978) *Lo sviluppo neuropsicologico nell'infanzia*. Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Brunner J.** (1968) *Prime fasi dello sviluppo cognitivo*. Tr. It. (1971) Armando, Roma.
- Chorus A.M.J.** (1942) Les enfants instables. *J. Psych. Infantil*, 1, 137-142.
- De Sanctis S.** (1933) La instabilità: problemi e discussioni. *Atti del III Conv. Naz. Med. Ped.*, Roma, sett. 1933, in *Riv. Psich.* XXIX, n. 3.
- Denckla M.B., Heilman K.M.** (1979) The syndrome of hyperactivity. In: Heilman K.M., Valenstein E. *Clinical Neuropsychology*, University Press, Oxford.
- Dinklage D., Barkley R.A.** (1992) Disorders of attention in children. In: Boller F., Grafman J. *Handbook of Neuropsychology*, vol.7, Elsevier Science Publisher, Amsterdam-New York-London-Tokyo.
- Douglas V.I., Parry P.** (1983) Effect of reward on the delayed reaction time task performance of hyperactive children. *J. of Abnormal Child Psychology*, 11, 313-326.
- Dupré E.** (1925) *Patologie de l'émotivité et de l'imagination*. Payot Paris.
- Gesell A., Amatruda C.** (1947) *Developmental Diagnosis*. Noeber, New York.
- Johnson M.H.** (1990) Cortical maturation and development of visual attention in early infancy. *J. of Cognitive Neuroscience*, 2, 81-95.
- Heuyer G.** (1914) *Enfants anormaux et delinquant juvéniles*. Thèse de Paris.
- Homburger A.** (1926) *Vorlesungen über Psychopathologie der Kindesalter*. Springer, Berlin.
- Kandel E.R., Schwartz J.H.** (1991) *Principi di neuroscienze*. Tr. It. (1994) Casa Editrice Ambrosiana, Milano.
- Kinsbourne M.** (1991) Overfocusing: an apparent subtype of attention deficit hyperactivity disorder. In: Amir N., Rapin I., Braschi D. *Pediatric Neurology: Behavior and cognition of the child with brain dysfunction*, vol 1, Karger, Basel.
- Laufer M.W., Denhoff E.** (1957) Hiperkinetic behavior syndrome in children. *J. of Pediatrics*.
- Lynn R.** (1966) *Attention, arousal and the orienting reaction*. Pergamon Press, Oxford.
- Prior M.** (1991) L'iperattività. In: Cornoldi C. *I disturbi dell'apprendimento: aspetti psicologici e neuropsicologici*. Il Mulino, Bologna.
- Posner M.I., Peterson S.E.** (1990) The attention system of the human brain. *Annual Review of Neuroscience*, 13, 25-42.
- Rizzolati G., Camarda R.** (1987) Neural circuits for spatial attention and unilateral neglect. In: Jeannerod M. *Neurophysiological and Neuropsychological Aspect of Spatial Neglect*. Elsevier Science Publishers, Amsterdam-New York-London-Tokyo.
- Rosenthal R.H., Allen T.W.** (1978) An examination of attention, arousal, and learning dysfunction

of hyperkinetic children. *Psychological Bulletin*, 85, 689-715.

**Russo R.C.** (1981) *L'evoluzione neuropsichica nei primi sei anni di vita*. Ed. Libreria Cortina, Milano.

**Russo R.C.** (1985) Genesi ed evoluzione dell'atto motorio. *Notiziario AISPSIM*, Milano.

**Russo R.C.** (1986) *La diagnosi in psicomotricità*. Casa Editrice Ambrosiana, Milano.

**Russo R.C.** (1992) Insufficiente inibizione motoria: prospettive per il riconoscimento di una sindrome. *Pratica Psicomotoria*, 8,19, 25-29.

**Russo R.C.** (1994) *Indagini in neuropsichiatria infantile*. Libreria Cortina, Milano.

**Sabbadini G., Sabbadini M.** (1995) Ipotesi sulla struttura delle funzioni visive in età evolutiva. In: Sabbadini G. (a cura di) (1995) *Manuale di neuropsicologia dell'età evolutiva*. Zanichelli, Bologna.

**Shallice T.** (1988), *Neuropsicologia e struttura della mente*. Tr.It.(1990), Ed. Il Mulino, Bologna.

**Stechler G., Latz E.** (1966) Some observations on attention and arousal in human infant. *J. of American Accadeny of Child Psychiatry*, 5, 517-525.

**Wallon H.** (1925) *L'enfant turbulent. Recuil d'observation*. Tesi, Alcan, Paris.

**Wallon H.** (1926) Une variété d'enfant anormaux: les instables. *Annales Enf.*, 1, 4-14.

**Wallon H.** (1932) Syndromes d'insuffisance psycho-motrice et types psycho-moteurs. *Annales Médico Psychologique*, 4.

**Weiss G.** (1971) Studies on the hyperactive child: a five year follow-up. *Arch. Gen. Psychiat.*, 24,409-414.

**Wender P.** (1971) *Minimal Brain Dysfunction in Children*. Wiley-Interscience, New York.

**Zentall S.S., Zentall T.R.** (1976) Activiti and task performance of hyperactivite children as a function of environmental stimulation. *J. of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 693-697.