

Insufficiente Inibizione Motoria

La progressione degli infiniti atti motori possibili si realizza in tre livelli evolutivi: il coordinamento, il processo di inibizione alla diffusione dello stimolo e l'integrazione somatica (Russo, 1985). Nel processo evolutivo di un dato schema motorio i tre livelli maturativi sono parzialmente tra loro embricati, pertanto quando si sta completando il coordinamento è già iniziata l'inibizione alla diffusione e questa ultima permette progressivamente un inizio d'integrazione somatica. Le nuove attività motorie intenzionali si manifestano con una partecipazione somatica globale, dovuta alla presenza di ipertoni più o meno diffusi a parti corporee non impegnate nel comando motorio; questi ipertoni sono le *sincinesie* (movimenti involontari che accompagnano il movimento intenzionale) che possono essere di tipo tonico o imitativo, generalizzate o limitate ad alcune parti, assiali, prossimali o distali.

L'inibizione alla diffusione dello stimolo ad altre parti corporee è un processo di lunga maturazione nel percorso evolutivo, influenzato anche dall'ambiente nella personalizzazione delle caratteristiche corporee (*stile psicomotorio*) e che facilmente si presenta anche nell'età adulta ogni volta che si inizia una nuova attività motoria mai svolta prima. Risulta pertanto necessario tenere in considerazione, oltre al fisiologico processo evolutivo, anche al tipo e quantità di esperienze, al livello emozionale del momento e alle caratteristiche tonico-emozionali personali.

La carente maturazione del processo d'inibizione alla diffusione dello stimolo determina una serie di sintomi che possono riscontrarsi in diverse sindromi, ma che a volte assumono intensità tali da connotare ben definite modalità comportamentali. In tali casi è ipotizzabile il riconoscimento di una sindrome specifica, chiaramente identificabile e soprattutto ben differenziabile dall'instabilità psicomotoria (Russo 1986, 1988, 2000). Se si esamina la genesi dell'attività intenzionale possiamo constatare che l'atto motorio nasce come attività globale guidata da pulsioni innate che progressivamente vengono elaborate a livello corticale per un idoneo adattamento ad un fine intenzionale.

Con l'evoluzione del coordinamento (corretta organizzazione spazio-temporale del movimento) procede anche il processo d'inibizione alla diffusione dello stimolo: l'atto inizialmente globale, dispersivo ed antieconomico, subisce una prima fase del processo inibitorio che limita l'intervento attivo solo al segmento corporeo utile ed indispensabile al fine preposto, permettendo tuttavia una parziale diffusione dello stimolo originale ad altri segmenti corporei che presenteranno movimenti sincinetici tonici e/o imitativi. Queste manifestazioni, frutto di una incompleta inibizione alla diffusione, dovranno in seguito scomparire per permettere l'avvio del processo d'integrazione somatica.

Il deficit inibitorio, associato ad altre carenze è facilmente riscontrabile in diverse patologie quali: la discrasia evolutiva, l'instabilità psicomotoria, la sindrome da scarso sé e numerose sindromi neuromotorie. In altri casi il complesso sintomatologico, dato dalla carenza del processo inibitorio, è talmente rappresentativo da poterlo considerare costituente fondamentale di una sindrome specifica caratterizzata anche da particolari modalità di rapporto e conseguenziali problematiche di adattamento alle richieste evolutive. Va infatti considerato, come all'inizio menzionato, che il livello di emozionalità è dipendente dalle caratteristiche neuropsicologiche dell'individuo, ma anche dalla situazione contingente e dalle caratteristiche dei modelli educativi.

È ipotizzabile che alcune caratteristiche dei modelli evolutivi (in particolare l'atteggiamento iperprotettivo) possa favorire il costituirsi della carenza inibitoria alla diffusione degli stimoli ad altre parti corporee in individui predisposti con adattamenti di dipendenza dalle figure adulte e scarso impegno nella affermazione del sé (Russo 1984, 1997, 2002).

Nella mia casistica ho potuto constatare la possibilità di riconoscere quadri sindromici specificatamente sostenuti da una carenza del processo d'inibizione alla diffusione degli stimoli motori, in assenza di altri segni di deficit neuromotori. I bambini, oltre ai dati clinici e l'osservazione in attività di gioco con la palla, sono stati testati con il Raven PM47, con il Test delle Marionette e con il Test Indice-naso (Russo 1994)

Su 579 casi (2000-2005) ho posto diagnosi di insufficiente inibizione motoria in 16 bambini (2,76%), compresi tra i 5 e i 12 anni che hanno presentato tutti un regolare sviluppo psicomotorio nei primi due anni di vita, un buon livello intellettivo con l'esclusione di due bambini ai limiti

inferiori della norma. In 11 casi (68,75 %) nei quali si è potuto approfondire le dinamiche intra familiari sono stati riscontrati modelli parentali inadeguati rappresentati con prevalenza da eccesso di iperprotezionismo, in un caso modelli svalutativi e in un altro caso inversione del ruolo materno e paterno. In 5 casi (31,25 %) non si è potuto esprimere una valutazione sui modelli parentali per la risoluzione della continuità del rapporto. Nel DVD allegato al testo (Russo 2003, Evoluzione e disturbi del movimento) viene riportato un caso con sindrome Insufficiente Inibizione Motoria.

La motivazione più frequente per la visita è stata una difficoltà generica nell'apprendimento scolastico e una netta carenza di contenimento motorio. La scarsa resa scolastica è stata ritenuta, nei primi anni della scuola elementare, spesso sostenuta da un deficit specifico delle funzioni superiori, in realtà le competenze intellettive erano mascherate dalla scarsa fiducia del sé e dall'eccesso di impegno energetico (sincinesie settoriali e/o diffuse), disturbi che producono facile stanchezza con la conseguenza del disimpegno e di una scrittura che tende ad essere troppo lenta (eccesso di controllo degli iperoni) o disgrafica per effetto di esaurimento del controllo.

Questi bambini hanno presentato nelle modalità relazionali una carente fiducia del sé con tendenza alla dipendenza dall'adulto; in due casi vengono denunciate manifestazioni di etero-aggressività reattiva a situazioni frustranti, in un solo caso un deficit di socializzazione e tendenza all'isolamento.

Caratteristico è il comportamento motorio: costante la difficoltà di contenersi nel movimento, con la conseguenza di produzione di grandi quantità di attività espressa in modo antieconomico. Gli schemi motori di base sono indenni, a volte presentano note di infantilismo, ma la loro esecuzione è disturbata da un eccesso di sincinesie toniche che a volte rendono l'efficienza dell'atto scadente ed approssimativa. Meno frequenti sono le sincinesie imitative e la presenza di movimenti parassiti. Stabile è la difficoltà al rilassamento. L'attenzione agli stimoli ambientali è nella norma, mentre è difficoltosa la permanenza sugli intenti prefissati specie se emotivamente impegnativi.

In oltre la metà dei casi si evidenzia una modesta carenza maturativa delle prassie costruttive, mentre gli altri tipi di prassie risultano indenni. Probabilmente questa difficoltà è sostenuta dalla sfiducia del sé nell'affrontare attività impegnative e non da una reale incapacità prassica. Di fatto, se il bambino viene opportunamente sostenuto e stimolato durante l'esecuzione, i risultati rientrano nella norma. Anche nelle attività scolastiche la resa migliora con un atteggiamento adeguato ed individualizzato.

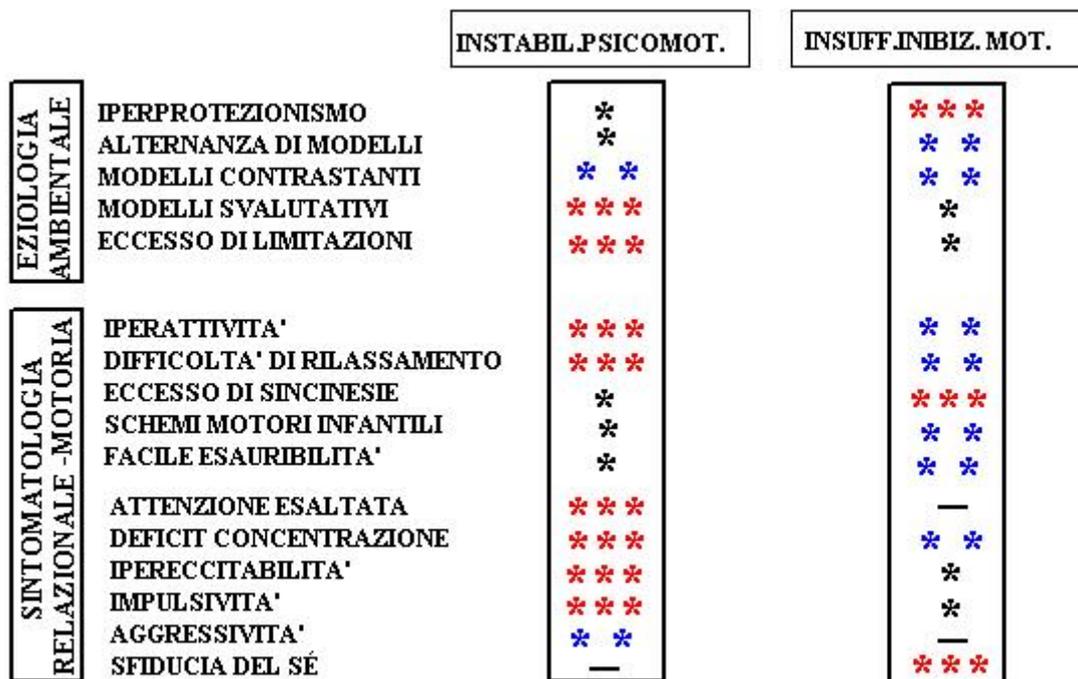
È costante un più o meno marcato deficit d'integrazione somatica, ben comprensibile in quanto l'integrazione può innestarsi solo su segmenti corporei non impegnati in risposte ipertoniche causate da una carenza del processo d'inibizione alle diffusioni degli stimoli motori.

La prognosi di questa sindrome è di norma buona verso l'adolescenza per un lento progressivo miglioramento del processo d'inibizione alla diffusione, ma frequentemente permane una caduta nella capacità di perseguire a lungo termine gli intenti, una sfiducia nelle proprie potenzialità ed una tendenza ad assumere ruolo di gregario o rimanere ai margini nel gruppo sociale d'appartenenza.

Al fine di una valida evoluzione della personalità, proprio per l'impegno emozionale delle esperienze e in particolare per i ritorni educativi dei modelli familiari e sociali, risulta necessaria la terapia psicomotoria associata al supporto ai modelli parentali e alla collaborazione con i modelli sociali.

Diagnosi differenziale

Questa sindrome va differenziata da quelle nelle quali è presente tra altri sintomi anche il deficit inibitorio; in particolare la diagnosi differenziale con la sindrome Instabilità psicomotoria o Sindrome ADHD 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 (Fig. 1).



Correlazioni tra l'instabilità psicomotoria e l'insufficiente inibizione motoria

Fig. 1

Terapia

La terapia psicomotoria del bambino dovrà in primo luogo tenere presente il tipo di inadeguatezza dei rapporti parentali, pertanto diverse saranno le modalità d'approccio a seconda delle cause.

Nell'iperprotezionismo andrà stimolato il desiderio verso la conquista autonoma di nuove mete e i risultati dell'azione andranno sostenuti e valutata in positivo la sua capacità d'agire e la scelta adattativa alle difficoltà.

Nei casi di modelli svalutativi e limitanti, sarà permessa, e in un primo tempo opportunamente stimolata, una libera attività motoria di scarica delle tensioni accumulate, che verrà in progressivo incanalata in senso più produttivo verso la conquista di obiettivi evolutivi i cui risultati saranno sottolineati per rinforzare la fiducia del sé. In questo ultimo caso va anche tenuta in considerazione la necessità di permettere, convenientemente incanalata, l'espressione di cariche aggressive, spesso presenti a causa di modelli svalutativi.

Sul piano neuromotorio sarà opportuno che le sedute lascino, al loro inizio, un tempo per il libero sfogo della motricità, che, se esaltata, determinerà in breve tempo la stanchezza muscolare, condizione adatta per l'innesto di un'attività di rilassamento (nei bambini più grandi e disponibili) durante la quale potranno essere richiesti atti motori semplici di più facile controllo e meno inducenti alla diffusione dello stimolo. La scarica motoria precedente e le posture rilassate faciliteranno la conquista di buoni risultati. Le posture di rilassamento possono essere quella supina su un materassino o quella prona su un pallone bobath.

Le attività motorie, richieste ai singoli segmenti uno alla volta, saranno prima costituite da atti semplici e successivamente da quelli più complessi. Particolare attenzione verrà richiesta al soggetto per la presa di coscienza della diffusione dello stimolo ad altri segmenti; indispensabile sarà il sostegno verbale a centrarsi solo sul segmento in azione e a rilasciare i restanti.

In queste prime fasi d'intervento è consigliabile usare attività motorie con significati implicanti scarsa carica emozionale e solo in seguito passare ad attività orientate a scopi ben precisi e sempre più arricchite di cariche emozionali.

Questa progressione deve essere particolarmente oculata, in quanto l'eccesso della carica emozionale ed il suo carente controllo, sono le principali cause della scadente inibizione. Superata questa prima fase d'intervento in posture privilegiate facilitanti l'inibizione alla diffusione, si potrà passare ad attività più dinamiche quali il lancio, l'afferramento ed il calcio della palla che potranno essere scelte come attività elettive in questa seconda fase.

L'esecuzione verrà richiesta prima molto lentamente, con scarsa forza, con particolare attenzione al controllo dell'assetto corporeo e all'inibizione dei movimenti sinergici; successivamente verrà richiesto l'aumento della forza, la velocità d'esecuzione e, in ultimo, una

progressiva partecipazione sinergica degli altri segmenti corporei. Quest'ultima richiesta d'integrazione somatica richiederà una attenta e calibrata progressione in quanto l'integrazione corporea all'atto determina la facile comparsa di movimenti sincinetici e ipertoni di contenimento

BIBLIOGRAFIA

- RUSO R.C. (1986) Disturbi da deficit di inibizione, in: Russo R.C. *La diagnosi in psicomotricità*. Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 13-14.
- RUSO R.C. (1986) Disordini dell'atto motorio: approccio diagnostico. Atti del Conv. SINPI *L'approccio riabilitativo nel bambino con disordine del movimento*, Milano, 9-10 maggio, pp. 79-80.
- RUSO R.C. (1987) *Insufficiente inibizione motoria. Prospettive per il riconoscimento di una nuova sindrome* Relaz. Al Congr. Naz. di Psicomotricità, Salsomaggiore, 1-3 ottobre 1987.
- RUSO R.C. (1988) Insufficiente Inibizione Motoria, in: Russo R.C., *Diagnosi, setting e progetto in terapia psicomotoria*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 34-37.
- RUSO R.C. (1994) Test per le capacità inibitorie, in: Russo R.C., *Indagini in neuropsichiatria infantile*, Libreria Cortina, Milano, 25-49.
- RUSO R.C. (1994) Test Indice-naso, in: Russo R.C., *Indagini in neuropsichiatria infantile*, Libreria Cortina, Milano, 51-65.
- RUSO R.C. (2000) Disturbi da deficit inibitorio, in: Russo R.C. *Diagnosi e terapia psicomotoria*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 89-90.
- RUSO R.C. (2000) Insufficiente inibizione motoria, in: Russo R.C. *Diagnosi e terapia psicomotoria*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 106-108.
- RUSO R.C. (2003) Evoluzione dell'atto motorio, in: Russo R.C. *Evoluzione e disturbi del movimento*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 101-106.
- RUSO R.C. (2020) Deficit inibitorio, pp139-140. In Russo R.C.: *Motricità. Un nuovo approccio per la valutazione motoria*. Casa Ed. Ambrosiana, Milano.