

## LA SINDROME MALDESTREZZA<sup>1</sup>

Questo termine, entrato nel nostro patrimonio linguistico per significare un uso inadeguato della mano dominante, indica un non ben precisato disturbo del movimento, termine spesso usato in tal senso in neuropsichiatria infantile. Anche gli autori francesi usano il termine «maladresse» per un disturbo generico dell'attività motoria, sostenuta da cause diverse.

Wallon, in un suo lavoro del 1928, scrive che il sintomo clinico «maldestrezza» può essere sostenuto da cinque diverse cause: insufficienza cerebellare, deficit del corpo striato, difficoltà nell'escludere l'intervento rappresentativo dell'atto durante l'esecuzione di acquisizione già automatizzata del medesimo, un disturbo pratto-gnosico o uno stato esaltato di emotività tipico di fasi evolutive precoci.

Oggi, a seguito delle maggiori conoscenze, non è più possibile accettare l'uso confusivo e generico dei termini, pertanto è auspicabile che venga riconosciuta l'importanza di un uso corretto dei termini, molti dei quali sono riconducibili ad una disfunzione neurologica. Oltre alla sindrome maldestrezza è riconoscibile anche il sintomo maldestrezza che può essere presente in diverse altre sindromi.

Nel corso evolutivo l'apprendimento di nuovi schemi motori, assume il significato di rendere sempre più vantaggiosa e competitiva la propria attività. Per raggiungere questo obiettivo l'organizzazione dello schema deve essere ritrascritta con nuovi collegamenti ad altre strutture, nuovi processi inibitori, nuovi adattamenti posturo-cinetici e la combinazione sequenziale di schemi semplici tra loro adattati ed armonizzati in uno schema più complesso che renderà più specifico e vantaggioso il risultato dell'azione.

Per procedere in tale senso necessita una progressione evolutiva delle attività motorie. **Il coordinamento** è il primo processo maturativo dell'atto motorio che consiste in una progressiva regolazione tonico-dinamica tra i muscoli agonisti e antagonisti dei diversi segmenti corporei, interessati per quel dato movimento, per realizzare una corretta organizzazione spaziale dell'atto intenzionale. Nelle prime sperimentazioni l'atto è insicuro, male organizzato in senso temporo-spaziale, ora con momenti lenti, ora bruschi, ma la ripetizione frequente delle prove migliora il risultato e permette il progressivo perfezionamento dello schema motorio in cui il bambino si è esercitato.

**L'inibizione alla diffusione dello stimolo** ad altre parti corporee è il processo successivo di lunga maturazione nel percorso evolutivo. I primi atti motori intenzionali tendono a manifestarsi con una partecipazione somatica globale, dovuta alla presenza di ipertoni involontari (*sincinesie*) più o meno diffusi a parti corporee non impegnate nel comando motorio. Le sincinesie possono essere di tipo tonico o imitativo, diffuse o limitate ad alcune parti, assiali, prossimali o distali.

Si deve a Rosano e Galletti (1980) il richiamo dell'attenzione e l'approfondimento della ricerca sull'organizzazione dell'atto motorio. Gli autori esaminando la variabilità evolutiva degli schemi dell'atto motorio, hanno riscontrato una ricorrenza di certe disfunzioni ed hanno confermato i già noti disturbi paratonici (tipici della debilità motoria), disturbi dell'attenzione (tipici dell'instabilità psicomotoria) e hanno proposto il riconoscimento di una nuova disfunzione: disturbi del processo d'integrazione dei segmenti corporei per una globalità funzionale dell'atto. A questo tipo di disfunzione hanno proposto il termine «**maldestrezza**». Il particolare interesse di studio di quest'ultima, sia per la complessità programmatica ed esecutiva richiesta e sia per la rilevanza evolutiva, ha incentivato i due autori a riconoscere l'esistenza di una entità nosografica ben definita e inquadrabile nella sindrome maldestrezza.

\* Neuropsichiatra Infantile e Psicoterapeuta. Docente a Contratto presso presso Univ. di Pavia, Dip. di Clinica Neurol. e Psych. Direttore Scientifico del CSPPNI. E mail [russo@cspni.it](mailto:russo@cspni.it)

1 Già descritta in: R.C.Russo, *La diagnosi in psicomotricità*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 1986; e in: R.C.Russo, *Diagnosi e terapia Psicomotoria*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 2000.

**L'integrazione somatica** è il processo maturativo che armonizza e rende ottimale l'azione intenzionale. La limitazione della diffusione è fondamentale per l'organizzazione di schemi motori complessi che impegnino parti somatiche non direttamente coinvolte nell'esecuzione dell'atto programmato, queste parti somatiche svolgono funzioni di aiuto e di rinforzo (*sinergismi d'utilità*) all'atto motorio intenzionale. Un esempio tipico è l'adattamento del tronco, degli arti inferiori e dell'arto superiore controlaterale all'arto che lancia con forza un oggetto.

Questi sinergismi richiedono organizzazioni spaziali e tempi esecutivi tra loro integrati in una armonia somatica finalizzata ad ottenere il migliore risultato possibile. L'innesto dei vari sinergismi avviene con progressione nel corso evolutivo e dipende dalla qualità e quantità di esperienze in quella data attività. La comparsa dei sinergismi è di norma automatica, a meno che non ci sia una istruzione come avviene nelle attività sportive.

Oltre a questo tipo d'integrazione somatica, che potremmo chiamarla *integrazione d'aiuto e rinforzo* ad un atto segmentario che rappresenta l'azione fondamentale intenzionale (vengono infatti chiamati sinergismi d'utilità), vanno presi in considerazione quei processi d'integrazione tra due o più parti corporee che svolgono azioni tra loro differenziate, ma giustamente tra loro combinate per realizzare un'azione, ad esempio avvitare e svitare contemporaneamente con le due mani, lavoro a maglia, uso combinato di coltello e forchetta, ecc., questo processo potremmo chiamarlo *integrazione di collaborazione*.

Per tale diagnosi sindromica si deve poter riscontrare una organizzazione motoria tipica con l'esclusione di ogni altro disturbo motorio, in quanto sintomi di maldestrezza possono evidenziarsi anche in diverse altre sindromi. Gli schemi motori di base sono indenni e gli atti motori semplici, non richiedenti un processo d'integrazione somatica, sono adeguati al fine

Poco si conosce sulle cause di tale deficit e l'ipotesi più probabile è che si tratti di una dismaturanza, non meglio identificabile, del terzo livello maturativo dell'atto motorio, associata quasi sempre anche a un deficit inibitorio. Il nucleo patogenetico è costituito dal deficit di adattamento integrativo di tutto il soma o di alcune parti all'attività motoria intenzionalmente eseguita da un segmento corporeo o il deficit d'integrazione può essere rappresentato dalla difficoltà d'integrazione tra i due emisomi o tra gli arti superiori e gli inferiori o tra gli arti ed il tronco o essere un deficit globale di tutto il soma.

## **Sintomatologia**

Le caratteristiche della forma possono essere diverse a seconda dei casi.

Nel **deficit d'integrazione tra i due emisomi** (Rosano e Galletti) vi è la difficoltà, a volte l'impossibilità, d'integrare i segmenti controlaterali a quelli che stanno svolgendo un'azione. Le modalità di adattamento spaziale vengono organizzate come se l'individuo vivesse due esispazi ognuno gestito dal corrispondente emicorpo; i sintomi più frequenti sono: difficoltà a saltare su un piede solo, a calciare la palla, a salire e scendere le scale con alternanza dei piedi, ad eseguire dei movimenti asincroni con i due piedi, all'imitazione di gesti asimmetrici, al palleggio alternato con le due mani, ad eseguire qualsiasi lavoro che richieda l'uso contemporaneo e differenziato delle due mani, a riprodurre disegni asimmetrici, a tracciare linee orizzontali che impegnino i due emispazi di un foglio grande.

Nel **deficit d'integrazione tra arti superiori ed inferiori** (cingolo scapolare e cingolo pelvico) (Rosano e Galletti) sono compromesse tutte quelle attività motorie globali che richiedono una partecipazione sinergica e differenziata dei quattro arti; i sintomi più caratteristici sono: carenza e aritmia dei movimenti pendolari degli arti superiori durante la marcia e la corsa,

scadente adattamento sinergico degli arti superiori durante il salto e il calcio della palla, marcia a carponi eseguita lentamente e con movimenti aritmici, difficoltà al superamento di ostacoli che impegnano l'uso contemporaneo e differenziato dei quattro arti.

Approfondendo gli studi (1981-1990) di Rosano e Galletti ho potuto osservare che in alcuni casi è presente anche una scarsa adattabilità del tronco nei cambiamenti di postura e nei movimenti globali del soma, tale da determinare una carenza globale del processo d'integrazione somatica. Quest'ultima tipologia presenta una frequenza decisamente maggiore rispetto alle forme precedentemente descritte. Per tale motivo ho proposto il riconoscimento di una tipologia da deficit globale del processo d'integrazione somatica

Sintomi dipendenti dal *deficit d'integrazione globale* (Russo, 1986). Le carenze più evidenti si riscontrano nella corsa, nel salto, nei passaggi posturali, nella marcia carponi, nel superamento degli ostacoli, nel calcio e nel lancio della palla. Il tronco presenta difficoltà adattative rendendo precaria l'azione degli arti che presentano, diversamente espressi, anche sintomi tipici del disturbo tra i due emisomi e tra i due cingoli. Nei casi meno compromessi possono essere presenti tentativi d'integrazione somatica, ma con risultati che compromettono l'economia e l'armonia dell'atto motorio ed a volte anche la sua validità. Negli individui affetti da maldestrezza globale nella maggior parte dei casi non si evidenziano specifiche problematiche relazionali nel periodo psicomotorio. Nell'evoluzione vi è una lenta e parziale compensazione del deficit, ma si evidenzia progressiva scarsa o assente disponibilità ad attività ginniche e sportive ed una tendenza di base ad esporsi poco nel gruppo di coetanei in attività motorie complesse, atteggiamento imputabile ad una progressiva presa di coscienza del proprio deficit.

Nella sindrome le funzioni psichiche superiori non sono compromesse e così pure la conoscenza grossolana del proprio modello corporeo statico e dinamico; per contro nella forma da deficit d'integrazione degli emisomi si riscontra una carente organizzazione orientativa del proprio corpo nello spazio, un uso prevalente di prescelti schemi motori per determinate situazioni e una scarsa possibilità d'immediata scelta adattativa al variare delle situazioni che richiedono complesse e globali attività motorie. In particolare nel deficit tra i due emisomi, questi vengono agiti negli emispazi omologhi, ritardando la mancata sintesi in uno spazio unico. È ipotizzabile che questa duplice dualità spaziale e corporea renda più complessi i processi di sintesi spaziali e simboliche.

I disturbi d'integrazione tra i due emisomi, tra i due cingoli e tra il tronco ed i segmenti distali, possono presentarsi singolarmente o variamente fra loro combinati.

La sindrome da deficit d'integrazione è poco frequente e tra tutte le forme di maldestrezza quella tra i due emisomi è rara. Per quest'ultima in tre casi ho riscontrato per il disegno l'uso della mano sinistra nell'emispazio sinistro del foglio e la destra nell'emispazio destro del foglio. Il sintomo maldestrezza e di frequente riscontro in diverse sindromi e sempre presente nella sindrome da Insufficiente Inibizione Motoria.

### **La terapia**

Nel rispetto del setting e dell'impostazione psicomotoria, dovrà prevedere obiettivi diversi a seconda del deficit integrativo, ma il principio sarà sempre quello della conquista delle capacità sinergiche della globalità corporea nelle attività motorie complesse. Fondamentale sarà, come in tutte le terapie, la motivazione nelle attività a seconda dell'età e della personalità del bambino.

Nel *deficit integrativo tra i due emisomi* dovrà essere dato ampio spazio, nei primi mesi di terapia e usufruendo di tecniche di rilassamento, alla presa di coscienza corporea in diverse posture prima simmetriche e successivamente asimmetriche. Questo lavoro preliminare permette il rafforzamento della percezione contemporanea dei due emisomi e prepara alla disponibilità attenta all'uso di una globalità corporea.

Verranno in seguito richiesti atti motori segmentari simmetrici, limitati ad un arto superiore

o inferiore, eseguiti da un solo lato e alternati, con pause di qualche secondo, ai medesimi atti espletati col segmento omonimo controlaterale. In progressione verrà aumentata la complessità dell'atto motorio. In tempi successivi la pausa verrà diminuita fino ad essere annullata in modo da realizzare movimenti simmetrici alternati, prima semplici e poi più complessi.

Raggiunta una sufficiente armonia in questo lavoro, sia per gli arti superiori che per gli arti inferiori, si potrà iniziare, con la medesima progressione sopra accennata, a proporre movimenti asimmetrici con due arti omologhi, prima in alternanza e successivamente in contemporanea. L'esecuzione di queste attività dovranno essere svolte in posture privilegiate (supina o seduta) che non impegnino in toto il corpo e pertanto non richiedano l'intervento contemporaneo di funzioni complesse (esempio: l'antigravitaria) da integrare con gli atti intenzionali.

La fase finale dell'intervento sarà costituita dall'obiettivo di favorire l'armonizzazione dei due emisomi in movimenti globali di tutto il corpo. Potranno essere prese in considerazione le seguenti attività: la deambulazione e la corsa per la presenza ed il ritmo dei movimenti sinergici pendolari degli arti superiori, il saltellare su un piede solo per l'implicazione differenziata dell'emisoma controlaterale, il lancio della palla con una mano per l'intervento dell'arto superiore controlaterale di rinforzo alla proiezione anteriore della spalla omolaterale al lancio, la marcia a carponi crociata e lo striscio crociato per l'alternanza dell'uso differenziato dei quattro arti, il superamento di ostacoli vari, il rapido passaggio di posture e ogni altra attività che impegni i due emisomi in movimenti globali di tutto il corpo.

## Bibliografia

- AJURIAGUERRA J. DE (1974) L'organisation psychomotrice et son troubles. In : Ajuriaguerra J. De, *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Masson, Paris, 237-295.
- BOLLEA G., BENEDETTI P., ROSANO M. (1964) La patologia dell'atto motorio. Aspetti clinici e rieducativi. *Inf. Anormale*, 57, 275-297.
- RUSSO R.C. (1983) Maldestrezza, *Notiziario AISPSIM*, ottobre.
- RUSSO R.C. (1985) Genesi ed evoluzione dell'atto motorio, *Notiziario AISPSIM*, marzo.
- RUSSO R.C. (1986) Maldestrezza, in : Russo R.C. *La diagnosi in psicomotricità*, 21-23.
- RUSSO R.C. (1988) Maldestrezza, in : Russo R.C. *Diagnosi, setting e progetto in terapia psicomotoria*, 38-41.
- RUSSO R.C. (2000) Maldestrezza, in : Russo R.C. *Diagnosi e terapia psicomotoria*, 102-104, 181-182.
- RUSSO R.C. (1986) Sintomo e sindrome maldestrezza. *Psicomotricità*, 14-16.
- ROSANO M., GALLETTI F. (1980) Goffaggine, maldestrezza e instabilità. *Quaderni della riabilitazione*, 12,4, 229, 1980
- ROSANO M., GALLETTI F. (1981) I disturbi specifici della psicomotricità da 0 a 3 anni. Diagnosi precoce, strutturazione dello schema corporeo, linee d'intervento. *Atti del Conv. Naz. "Disturbi della psicomotricità in età evolutiva" Salsomaggiore*, 26-27, 6.
- WALLON H. (1963) L'habilité manuelle. *Enfance*, 61, 111.
- WALLON H. (1928) LA maladresse. *J. de Psychol. et Path.*, 1, 61. Riprodotto in: *Enfance*, 1-2, 1963