

ADHD o Instabilità Psicomotoria

Prima di affrontare le problematiche poste per la *syndrome instabilità psicomotoria* sono indispensabili alcune premesse sull'evoluzione di questa sindrome e dei processi attentivi in rapporto con i modelli e le situazioni ambientali.

Un bambino con grande carica energetica e quantità di movimento e d'interessi viene definito *iperattivo* e deve essere ritenuto nella norma; la *syndrome ADHD* e i termini *instabile psicomotorio* e *iperkinetico* definiscono un comportamento disturbato da un eccesso dei processi attentivi, ipereccitabilità, risposta esaltata agli stimoli ambientali, deficit di concentrazione e impulsività.

Per definire un bambino con grande quantità di attività motoria i termini *instabile psicomotorio* e *iperkinetico* risultano quelli più diffusi e sicuramente più usati col significato di sindrome, per contro il termine *iperattivo* è ambiguo in quanto può significare un eccesso di attività non meglio specificata e forse identificabile come norma in un bambino con alta carica biologica che si esprime con molta dinamicità motoria.

Le classificazioni internazionali e in particolare le anglosassoni, riferendosi alla *sindrome iperkinetica* accettano in questo raggruppamento anche nei casi con la presenza del sintomo principale e altri sintomi di disorganizzazione neuro-motoria, da deficit cognitivi o da altre cause non meglio identificate.

Gli autori inglesi non accettarono l'impostazione francese e diedero il nome di *sindrome iperkinetica* a manifestazioni d'incontinenza motoria associata a turbe del comportamento sociale, riconoscendone una causa organica da eziologie diverse.

La scissione tra la scuola francese (instabilità psicomotoria) 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 la prima ed una con prevalenza organica la seconda.

Il termine che mi sembra più rappresentativo è l'*instabilità psicomotoria* che traduce una disorganizzazione di base consistente nell'incapacità dell'individuo a mantenere un armonico rapporto psichico e motorio tra le sue intenzioni e gli stimoli ambientali.

Storia

Nel 1897 compare un primo abbozzo di descrizione clinica del disturbo 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.

La 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.

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 (congenita) a genesi costituzionale e forme secondarie (acquisita) 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) hanno considerato la genesi del disturbo attentivo sostenuta dal "Minimal Brain Disease", a sua volta causa della *Minimal Brain Dysfunction*. Tale ipotesi venne abbracciata da numerosi autori per diversi decenni ed è stata poi abbandonata 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 considerano l'instabilità generata e sostenuta da un disturbo dell'attenzione e definiscono caratteristici della sindrome i seguenti quattro sintomi: iperattività, distraibilità, impulsività e ipereccitabilità.

Secondo Wender (1971) lesioni (o disfunzioni) della formazione reticolare e in particolare delle strutture reticolari ascendenti, determinerebbero una deplezione di noradrenalina e dopamina dei neurotrasmettitori, determinando una diminuzione dell'attività inibitoria delle formazioni reticolari ascendenti con la conseguenza di iperattività e disturbo dei processi attentivi. L'autore ha dimostrato che la deplezione si risolve con la somministrazione di psicoanalitici.

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 e dell'iperattività motoria, non menziona gli effetti della rilevanza nella relazione con l'ambiente, caratteristiche meglio definite dal termine instabilità psicomotoria.

Ipotesi patogenetiche

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 è presente nel feto alle 13°-15° settimana), ed in secondo tempo dal tipo e quantità di esperienze vissute che permettono un confronto valutativo con lo stimolo in atto per la valutazione e la scelta del comportamento in funzione della gratificazione o frustrazione.

Nelle forme definibili congenite del disturbo iperattentivo la 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 sopraddette 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.

Sintomatologia e forme cliniche

I disturbi possono essere presenti 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. 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 concentrarsi sufficientemente sull'esperienza in atto.

La forma 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 l'alta vitalità ed affermazione del bambino e le caratteristiche 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 sociale¹

La **forma congenita** appare essere legata a caratteristiche costituzionali. Il dato saliente sembra essere la mancata capacità di selezione 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.

Le **forme acquisite**, comparsa nel corso del 2°-4° anno di vita, presentano una ipereccitabilità e ipermotricità che sembrano avere la loro prevalente genesi a livello limbico. Dall'analisi dei casi riscontrati si conferma l'importanza di caratteristiche personali di alta carica vitale, desiderio di affermazione della propria identità e autonomia, spesso in contrasto con messaggi ambigui e contraddittori da parte dei modelli che assumono caratteristiche ansiose e iperprotettive alternate o commiste ad atteggiamenti rifiutanti e svalutanti.

La comparsa in questo periodo è comprensibile in quanto proprio nella fase 12-24 mesi il bambino presenta una iperattività fisiologica a causa dell'interesse esplorativo, la rapida sperimentazione, l'intensa curiosità che si esprimono in un continuo anelito di autonomia e di conquista spesso in opposizione ai limiti posti dalle figure parentali per la funzione protettiva ed educativa.

È ipotizzabile che questi contrasti costituiscano il nucleo della disfunzione per un eccesso di ansia tutelante parentale nei confronti del bambino che per la sua fisiologica condizione di esplorazione e scoperta è ipereccitabile agli stimoli ambientali. L'atteggiamento limitante parentale può determinare nel bambino un sovraccarico contrastante in rapporto alle reali intenzioni personali e alle limitazioni ambientali. La conseguenza è un eccesso di emozionalità che richiede la scarica dello stato di tensione (dovuta in parte al livello emozionale e in parte al sovraccarico informativo) tramite 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 in seguito acquisisce esperienza, diminuisce progressivamente il filtraggio automatico ed aumenta la capacità di selezione attentiva per gli stimoli ambientali.

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. 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 intenzioni e motivazioni, permette la permanenza su un progetto che viene intenzionalmente realizzato (Fig. 1).

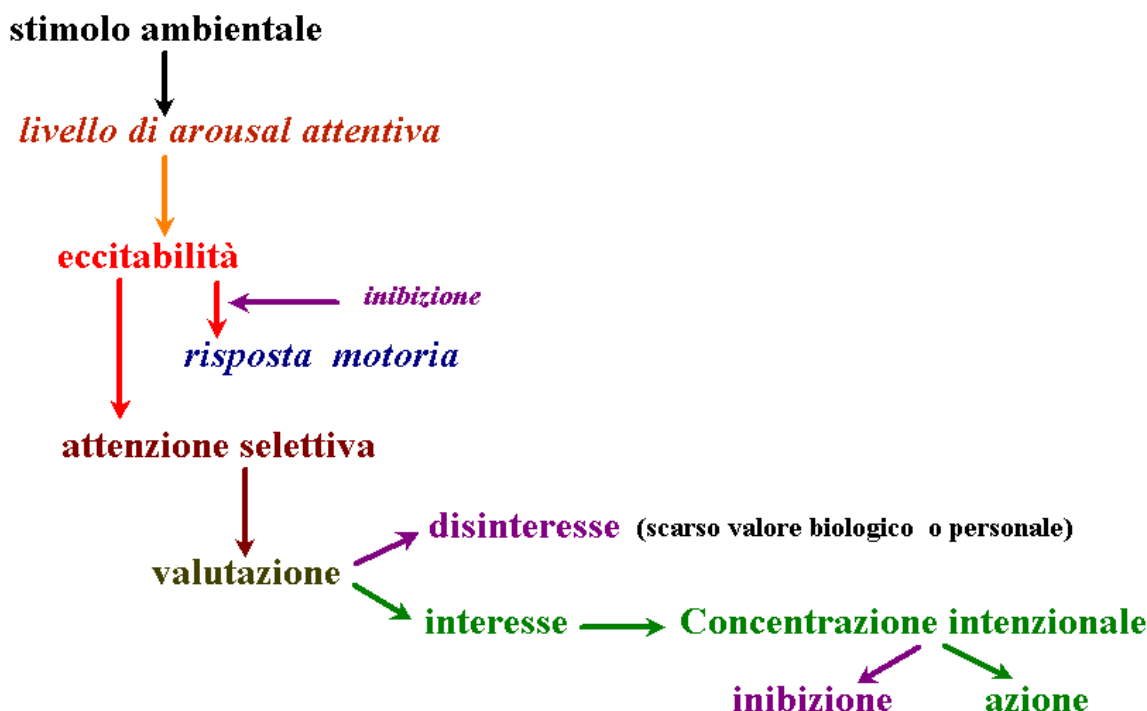
Normalmente esiste un continuo e reciproco adattamento tra le due funzioni (attenzione-concentrazione) a seconda delle situazioni e il predominio dell'una o dell'altra dipende dalla motivazione. In una situazione non nota e potenzialmente pericolosa l'attenzione è esaltata verso gli stimoli ambientali per una rapida valutazione e scelta dell'azione. In casi d'intensa motivazione a

¹ Russo R.C. *La diagnosi in psicomotricità*. (1986), Casa Ed. Ambrosiana, Milano, 27-31.

perseguire obiettivi, la concentrazione raggiunge alti livelli, mentre tende a diminuire la disponibilità attentiva ad altri stimoli intercorrenti.

Nella sindrome ADHD è compromessa la maturazione dell'equilibrio tra i due processi, con netta prevalenza dell'attenzione (condizione di sovra-eccitazione) e carenza della concentrazione; l'instabile presenta un'attenzione esaltata ed una labilità concentrativa per l'intervento di stimoli distraenti (*distrattori*) nelle situazioni per lui scarsamente motivanti. Perdurando i contrasti tra i modelli evolutivi ed il bambino, le manifestazioni d'instabilità psicomotoria tendono a strutturarsi in una modalità comportamentale.

Dinamica del processo attentivo



R.C. Russo 2005

Fig. 1

La sintomatologia assume aspetti diversi a seconda dell'età. Nelle forme congenite il lattante presenta con frequenza una variabile di sintomi: stato di eccitabilità, ipermotricità, irritabilità, riflessi arcaici esaltati e frequenti 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 neuro-maturativo 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 rientrano nella norma, ma la motricità inizia a manifestare una serie di 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 esplosività dell'azione e per l'improvvisa sospensione o modifica degli schemi motori posti in atto.

Complessivamente l'attività motoria si presenta spesso disordinata, brusca, interrotta ed a volte veramente caotica; in altri casi, pur essendo iperattivo, la motricità è bene organizzata ed abile. I riflessi miotattici, da esaltati nel corso del primo anno, tendono a normalizzarsi nel secondo anno.

È proprio in questo periodo che iniziano a presentarsi le problematiche relazionali. La loro esuberanza motoria, la facile distraibilità ed eventualmente i danni provocati, determinano facilmente da parte delle figure parentali tentativi di imposizione di regole inadeguate alle caratteristiche neurofisiologiche del bambino; è un continuo incalzare di rimproveri e di richiami ad un comportamento più tranquillo fattori che aumentano il livello emozionale che richiede una scarica motoria per compenso liberatorio.

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 questi bambini iperattivi il linguaggio tende ad esprimersi più tardi per il prevalere dell'azione rispetto alla comunicazione ed alla rappresentazione.

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 rafforzano l'instabilità e le manifestazioni di rivalsa creando così un circuito chiuso autosostenentesi che risulta difficile interrompere.

Il periodo 6-11 anni diventa il momento più delicato dell'instabile per il profondo conflitto tra la sua spinta ad esprimere con scarsa mediazione la propria carica 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. Nei casi privi di balbuzie il linguaggio tende ad essere rapido, interciso, a volte esplosivo e con frequenti variazioni del tono e dell'intensità.

A scuola, dopo i primi 2-3 anni di ottimo 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.

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 ed adolescenziale i sintomi motori si riducono, ma permangono l'instabilità emotivo-affettiva, le 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 congenite. Le forme acquisite possono essere molto variabili in rapporto alle cause iniziali ed al comportamento ambientale.

È importante analizzare i singoli sintomi. La *iperceccitabilità* agli stimoli appare essere il fattore principale di promozione dei sintomi successivi. 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 dai sintomi della ADHD con la quale viene con frequenza confusa: l'attività motoria del bambino con ADHD è adeguata dal punto di vista neuromaturativo, buona è la coordinazione e l'integrazione somatica, ma a volte l'attività si scompagina e può assumere aspetti falsamente immaturi a causa di eccessiva carica emozionale, mentre 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 ADHD: 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 condizionata prevalentemente 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 (ADHD) 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 richiederebbero una ricerca di nuovi stimoli al fine di mantenere alta l'arousal; oppure dipende da una carente soddisfazione dell'attività in atto e la conseguente ricerca di nuovi stimoli ad effetto più gratificante; oppure 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 **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 nell'instabile riesce a mantenere, nonostante le frequenti frustrazioni ambientali, il desiderio di partecipazione alla vita sociale, pur con le debite rivalse.

Rimarcante è la differenza con l'insufficiente inibizione motoria, nella quale la fiducia del sé è decisamente precaria, scarso l'impegno nelle attività del gruppo e frequente l'isolamento e l'evasione fantastica.

Diagnosi differenziale

Tutti i sintomi citati sono diversamente presenti nell'iperattivo, tali da definire una numerosa gamma

di sfumature, ma al fine di una corretta impostazione sarà indispensabile differenziare e separare i quadri di instabilità in individui con normali potenzialità evolutive, dalle iperattività riscontrabili come sintomo associato in altre sindromi, specie quelle a genesi organica.

Dal punto di vista nosografico sono del parere di riservare la denominazione *sindrome ADHD o instabilità psicomotoria* solo a quegli individui di normale potenzialità evolutiva, sia motoria che intellettuale, che presentino un serio problema d'integrazione tra i processi attentivi e quelli concentrativi. Indispensabile sarà la diagnosi differenziale con altre sindromi che presentano nel quadro sintomatologico un marcato sintomo d'instabilità. Tra queste possiamo citare alcune forme di ritardo psicomotorio, di psicosi, di disarmonie regressive, di epilessie, di dismetabolismi interessanti il sistema nervoso centrale, d'insufficienza cerebellare, di encefaliti, di intossicazioni croniche (piombo, fenotiazine, benzo-diazepine, fenobarbital, idantoinici) e varie malattie neurologiche.

La diagnosi differenziale con la sindrome da insufficiente inibizione motoria (R.C.Russo, 2000) (Fig. 2) è importante sia per l'intervento delle cause e sia per il tipo di approccio psicomotorio.



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

Fig. 2. Correlazioni tra l'instabilità e l'insufficiente inibizione motoria (R.C.Russo, 2000)

Da quanto sopra esposto risulta tuttora carente la sicura identificazione del meccanismo patogenetico del disturbo attentivo, ma è possibile differenziare forme cliniche in cui si riscontrano sintomi commisti di diverse sindromi da cause varie, da sindromi nelle quali sono riscontrabili solo sintomi specifici dell'instabilità.

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 e anche in individui normali. Risulta indispensabile e prioritario definire le caratteristiche della sindrome e differenziarle da tutte quelle diverse sindromi in cui l'instabilità è un sintomo tra altri.

La sintomatologia ufficialmente riconosciuta per la sindrome è: ipereccitabilità, iperattività, impulsività e disattenzione, 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. 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; per contro numerosi autori fissano i limiti dell'insorgenza a 5 anni.

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 giusta scelta ed impostazione terapeutica.

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

La mia esperienza clinica mi ha permesso in questi quadri clinici sia congeniti che acquisiti, evidenziare sempre marcati contrasti tra il bambino e l'ambiente familiare e scolastico, al punto da sospettare che in molti casi la problematica non è identificabile nel bambino, ma nell'ambiente che per situazioni varie non si rende disponibile ad accettare le caratteristiche biologiche del bambino.

In diversi casi con la terapia psicomotoria e con il supporto genitoriale la situazione conflittuale si è ridimensionata e a volte risolta solo con il supporto genitoriale.

Ad oggi la sindrome ADHD è eccessivamente frequente e bisogna domandarsi se troppo spesso questa diagnosi è di utilità al bambino o all'ambiente (Zappella 2021).

Il trattamento intensivo con i farmaci eccitatori i processi inibitori, ha identificato il problema solo nel bambino, ha ignorato l'aspetto relazionale bambino-ambiente, ha trascurato la sofferenza del bambino e ha mascherato la realtà con l'imposizione assurda di farmaci che mettono a tacere le reali dinamiche e relative responsabilità.

Terapia

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

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

L'ambiente familiare dovrà assumere caratteristiche di pacata serenità e i momenti del sonno realizzati 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 variazioni continue di molti stimoli diversificati. Anche nel secondo semestre si dovrà porre 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, si dovrà 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 nelle diverse fasi evolutive. Nel caso di figure parentali scarsamente recettive a questo tipo d'intervento sarà indispensabile un trattamento individualizzato.

Dai tre anni in avanti l'indicazione è sicuramente 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 presentare toni particolarmente pesanti, con la conseguenza di inadeguate risposte dell'adulto che tendono a rinforzare la strutturazione della patologia. 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 iperattivo. In questi casi, nella prima fase d'intervento, sarà indispensabile rapportarsi in modo tale da far sentire al bambino la nostra disponibilità ad accettarlo con le sue modalità d'essere, accettazione che sottolineerà un deciso cambio di registro rispetto agli abituali atteggiamenti educativi. Accettarlo con

la propria modalità d'essere, non significa certo perdere un valido rapporto terapeutico e non sostenere il rispetto delle regole del setting.

Una prima problematica d'affrontare sarà l'eccesso di carica aggressiva che, se permessa opportunamente incanalata su oggetti non distruttibili (palle, cuscini, ecc.), favorirà il vissuto di rivalsa liberatoria contro l'oppressione del mondo non accettante le proprie modalità d'essere.

Essere disponibili a questa sua espressività assumerà il significato di accettazione della sua problematica più importante nella relazione con gli altri, pertanto il bambino si sentirà compreso e più disponibile verso la terapia. La scarica aggressiva permessa dal terapeuta e non investita da divieti super-egoici, non determinerà sensi di colpa e libererà parzialmente le figure che hanno generato il sentimento aggressivo.

Questa problematica dovrà essere vissuta tramite attività di movimento globale che, emozionalmente potenziata dal terapeuta, raggiungerà anche lo scopo di produrre una grande quantità di attività motoria e permetterà una ottimale scarica di tensione in eccesso. In queste attività, centrate sul bisogno del bambino e intensamente vissute, sarà facile prolungare la concentrazione e diminuire l'eccesso di attenzione verso altri stimoli. Fino dalle prime sedute si ottengono: intensa attività motoria, scarica non nociva dell'aggressività, aumento dei tempi di concentrazione e diminuzione dell'eccitabilità al variare degli stimoli intercorrenti. In tal modo si pongono solide basi per la progressione del processo terapeutico.

Dopo una fase liberatoria di grande movimento all'inizio delle sedute, si rallenterà progressivamente l'azione, mantenendo sempre alta l'emozionalità e la concentrazione. La scarica motoria iniziale potrà favorire l'innesto di un più idoneo rapporto tra stimoli, intenzioni e risposte motorie, favorendo così una espressività su un registro biologico più fisiologico. Il rallentamento dell'azione porterà anche il vantaggio di una diminuzione dell'esecuzione brusca, delle sincinesie, dei movimenti parassiti e degli eccessi dei sinergismi d'utilità.

Il mantenimento della concentrazione in attività motorie globali rallentate porterà il vantaggio di una diminuzione della impulsività della risposta che normalmente si presenta quando l'attenzione dell'instabile viene improvvisamente captata da stimoli ambientali intercorrenti; importante che il setting terapeutico non presenti stimoli che possono distogliere il bambino dall'attività intrapresa.

Tenuto conto del buon livello intellettuale, della forte spinta evolutiva e del pressante desiderio di nuove esperienze, la seconda fase del progetto terapeutico potrà essere indirizzata ad attività costruttive con grandi oggetti (cuscini, materassi, bastoni, assi, ecc.), attività che manterranno l'impegno della globalità somatica, ma nel contempo favoriranno un'azione preordinata a seguito di un progetto da realizzare.

Anche se l'attività sarà esaltata, in eccesso e antieconomica, l'obiettivo fondamentale sarà l'incanalamento dell'attività ad uno scopo costruttivo intenzionale, sostenuto e perseguito.

In tal modo si sposterà il centraggio da una attività di libera scarica motoria verso un fine costruttivo, il cui impegno, sostenuto dal terapeuta, richiederà un adattamento dei processi attentivi e concentrativi, impostando nuove tracce di una modalità espressiva più consona al reale livello intellettuale dell'instabile e più accettabile da parte dell'ambiente.

Quando i risultati ottenuti in questa fase saranno soddisfacenti, si potrà passare, senza discontinuità a centrare l'interesse in attività creative che richiedono minor impegno della globalità somatica e progressivamente passare ad attività creative decisamente sedentarie. Si affronterà così la terza ed ultima fase del progetto terapeutico in cui, se il bambino ne evidenzierà il bisogno, si dovrà permettere un'alternarsi di momenti di libera scarica motoria alle attività sedentarie.

Durante tutto il decorso della terapia sarà indispensabile sostenere ed indirizzare adeguatamente i modelli parentali e le figure pedagogiche, rapportando di volta in volta le impostazioni alle fasi del 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.

Bibliografia

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4° ed.
AJURIAGUERRA J. (1974) L'instabilité Psychomotrice ou syndrome hyperkinétique. in: Ajuriaguerra J.,
Manuel de Psychiatrie de l'enfant, Masson, Paris, 270-278.

- BARKLEY R.A. (1982) Specific guidelines for defining hyper-activity in children. In: Lahey B., Kazdin A., *Advanced in Clinical Child Psychopathology*, 5, New York: Plenum.
- BARKLEY R.A. (1998) Deficit di attenzione e iperattività. *Le Scienze*, 364, 70-76.
- BENEDETTI P., CURATOLO P., GALLETTI F. (1978) Il bambino con instabilità psicomotoria. *Il Pensiero Scientifico*, Roma.
- BURANI R., MEZZALIRA E., PETRUCCI M.N. (1996) Disturbo da Deficit dell'Attenzione, Iperattività e Disturbo di Condotta: riflessioni sulla comorbidità. *Psichiatria dell'Infanzia e Adolescenza*, 63, 3-4, 447-453.
- CALZOLARI S., DELL'ANNA M.E. (2000) Disordine da Deficit di Attenzione con Iperattività in un campione della scuola elementare italiana. *Gior. Neuropsich. Età Evol.*, 20, 1, 61-69.
- CAMERINI G.B., COCCIA M., CAFFO E. (1996) Il Disturbo da Deficit dell'Attenzione-Iperattività: analisi della frequenza in una popolazione scolastica attraverso questionari agli insegnanti. *Psichiatria dell'Infanzia e Adolescenza*, 63, 5, 587-594, 1996
- CHORUS A.M.J. (1942) Les enfants instables. *J. Psych. Inf.*, 1, 137.
- COLLURA E. (1983) La sindrome ipercinetica: sintomo coplesso o complesso di sintomi. *Neuropsich. Inf.* 260-261, 209, 1983
- CORNOLDI C. (1998) La testa altrove. Il disturbo da deficit dell'attenzione. *Psicol. Contemporanea*, 147.
- COSTANZI F. (2002) Funzioni esecutive e disturbo da deficit di attenzione/iperattività: rassegna della letteratura. *Psich. Inf. e Adolescenza*, 69, 1, 147-158.
- DENCKLA M.B., HEILMAN K.M. (1979) The syndrome of hyperactivity. In Heilman K.M., Valenstein E., *Clinical Neuropsychology*. University Press, Oxford.
- DE SANCTIS S. (1933) La instabilità: problemi e discussioni. *Atti 3° Conv. Naz. Med. Ped., Roma, in Riv. Psich.*, XXIX,3, 1933.
- DONFRANCESCO R., NOCCIOLI N. (2000) Attenzione sostenuta e Disturbo Specifico dell'Apprendimento. *Psich. Inf. e Adolescenza*, 67,1, 17-24.
- DOPCHIE N. (1968) Le syndrome hyperkinétique. *Psychiat. Infant*, 11/2,589-619.
- GALLETTI F., CURATOLO P. (1977) L'instabilità come disturbo della comunicazione. *Neuropsich. Inf.*, 197, 1 187.
- GALLUCCI F., BIRD H., BERARDI C., GALLAI V., PFANNER P., WEINBERG A. (1995) Sintomi di disturbo da deficit d'attenzione-iperattività in un campione scolastico italiano: risultati di uno studio pilota. *Gior. Neuropsich. Età Evol.*, 15, 3, 167-179.
- GUARESCHI A., MARZANI C. (1971) La sindrome ipercinetica: contributo casistico alla sua validità nosografica. *Neuropsich. Inf.*, 118, 3.
- KINSBOURNE M. (1991) Overfocusing: an apparent subtype of attention deficit hyperactivity disorder. In Amir N., Rapin I., Branschi D., *Pediatric Neurology: Behavior and cognition of the child with brain disfunction*, vol 1, Karger, Basel.
- LAUFER M., DENHOFF E. (1957) Hiperkinetic behavior syndrome in children. *J. of Pediatric*, 50, 643.
- LEVI G. (1973) Comportamento ipercinetico e percezione. *Neuropsich. Inf.*, 141-142, 131.
- LEVY S. (1966) The hyperkinetic child a forgotten entity. Its diagnosis and treatment. *Int. J. of Neuropsych.*, 2, 4, 330.
- MARGHERITI M., SABBADINI G. (1995) L'iperattività e i disturbi dell'attenzione, in Sabbadini G. (a cura di) *Manuale di neuropsicologia dell'età evolutiva*, Zanichelli, Bologna, 595-623.
- MARZOCCHI G.M., CORNOLDI C. (1998) Disturbi di impulsività e ricerca visiva in bambini con Deficit di Attenzione/Iperattività. *Psich. Inf. e Adol.*, 65, 173-186.
- MILLICHAP J.G. (1987) Il bambino iperattivo. *Med. Illustrated*, aprile, 195.
- POLIRSTOK S.R. (1999) La comorbidità del deficit di attenzione e iperattività. *Ciclo Evolutivo e Disabilità*, 2, 1, 9-15.
- PRIOR M. (1991) L'iperattività. In: Cornoldi C. (a cura di) *I disturbi di apprendimento*, 479-500, Il Mulino, Bologna.
- RIZZOLATI G., GALLESE V. (1988) Meccanismi ant theories of spatial neglect. In: Boller F., Grafman J. *Handbook of Neuropsychology*, vol 1, 223-246, Elsevier Science Publisher, Amsterdam-New York-London-Tokyo.
- ROMANI M. (2003) Riflessioni teorico-cliniche sull'ADHD come crocevia evolutivo tra Disturbi del Comportamento, Disturbi Affettivi e Nuclei Neuropsicologici.
- ROSANO M., GALLETTI F. (1980) Goffaggine, maldestrezza e instabilità. *Quaderni della riabilitazione*, 12/4, p. 229.
- ROSENTHAL R.H., ALLEN T.W. (1978) An examination of attention, arousal and learning disfunction of

- hyperkinetic children. *Psychological Bull.*, 85, 689-715.
- ROSS D.M., ROSS S.A. (1982) Hyperactivity: Current Issue, *Research and Theory*. Wiley, New York
- RUSSO R.C. (1986) Instabilità psicomotoria, in: Russo R.C., "*La diagnosi in psicomotricità*", CEA, Milano, 27-31
- RUSSO R.C. (1988) Instabilità psicomotoria, in: Russo R.C., "*Diagnosi, setting e progetto in terapia psicomotoria*", CEA, Milano, 48-51.
- RUSSO R.C. (2000) Instabilità psicomotoria, in Russo R.C. "*Diagnosi e terapia psicomotoria*", CEA, Milano, 110-120.
- RUSSO R.C. (2018) Organizzazione dei processi attentivi, in Russo R.C. "*Psicomotricità* ", Cea, Milano, 153-154.
- RUSSO R.C. (2020) Evoluzione dei processi attentivi, in Russo R.C. "*Motricità*", Cea, Milano, 80-84.
- SACCOMANI L., BATTAGLIA F.M., RIZZO P., RAVERA G., TROMPETTO G., DE NEGRI M. (1995) Aspetti neuropsicologici e stile relazionale di bambini con disturbo da deficit ed iperattività (DDAI), *Gior. Neuropsich. Età Evol.*, 15, 2, 111-120.
- SACCOMANI L., ORSINI S. (2001) Deficit di attenzione con iperattività (DDAI) e comorbilità. *Gior.di Neuropsich. Età Evol.*, 21, 2, 189-200.
- SCHACHAR R., RUTTER M., SMITH A. (1981) The characteristics of situationally and pervasively hyperactive childre: implication for syndrome definition. *J. Of Child Psychology and Psychiatry*, 22, 375-392.
- SALZARULO P. (1968) Studio neuropsicologico dell'instabilità infantile. *Unf.An.*, 88, 362.
- SALZARULO P., TRAINA A. (1969) L'instabilità infantile: rivista critica e prospettive di ricerca, *Neuropsich. Inf.*, 104, 865.
- STILL G.F. (1902) The coulston lecture on same abnormal physical condition in children. *Lancet*, 1, 1008-1012.
- SWANSON J.M., WIGAL S., GREENHILL L.L., et al. (1998) Analog classroom assessment of Adderal in children with ADHD. *J. Am. Acad Child Adolescent Psychiatry*, 37, 519-526.
- TAYLOR E.A. (1986) *The Overactive Child*, J.P. Lippincott, Philadelphia.
- WALLON H. (1925) *L'enfant turbulent*. Alcan, Paris
- WEISS G., MINDE K., WERRY J., DOUGLAS V., NEMETH E. (1971) Studies on the hyperactive child a five Bambini con l'etichetta. Dislessici, autistici e iperattivi: cattive diagnosi ed esclusione. Feltrinelli, 2021. years follow-up. *Arch. of General Psychiatry*, 24, 409.
- ZAPPELLA M. (2021) *Bambini con l'etichetta. Dislessici, autistici e iperattivi: cattive diagnosi ed esclusione*. Feltrinelli, 2021.
- ZENTAL S.S., ZENTAL T.R. (1976) Activity and task performance children as a function of environmental stimulation. *J. Consulting Clinical Psychology*, 44, 693-697.