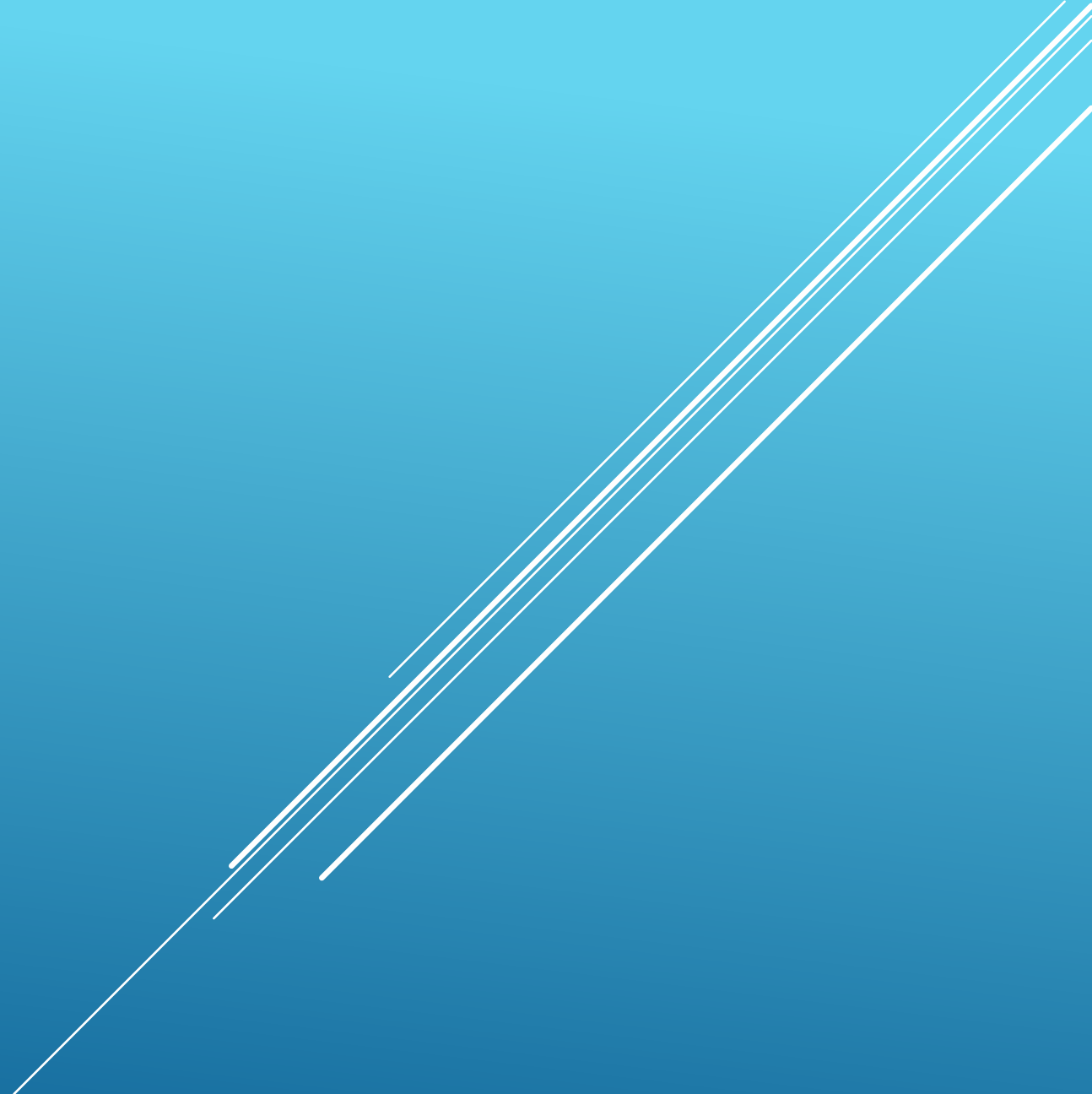


15 APRILE 2015



L'educazione psicomotoria si propone:

1. Di ricreare le condizioni generali dell'attenzione: controllo del corpo, controllo della respirazione.
2. Di dare sicurezza al bambino attraverso l'equilibramento, l'organizzazione dello spazio, la coordinazione sensori-motoria.
3. Di favorire nel bambino delle abitudini neuro-percettivo-motorie corrette: visione e trascrizione da sinistra verso destra, rotazione degli anelli in senso sinistrogiro.
4. Di educare le capacità percettive: successione, strutturazione e rappresentazione spazio-temporale.

Quest'ultima parte costituisce la necessaria articolazione fra l'educazione psicomotoria generale, che mira a migliorare il comportamento, e l'educazione psicomotoria differenziata, che avrà luogo parallelamente o nella seduta di rieducazione speciale.

E' evidente che, più il bambino è piccolo, più i problemi sono facili da risolvere e quindi si può concludere: piuttosto che rieducare non sarebbe meglio prevenire, grazie alla educazione psicomotoria, le difficoltà, che oggi siamo in grado di predire al momento dell'entrata nella Scuola Elementare¹?

II. La disortografia

Le gravi difficoltà in ortografia, anch'esse numerose, sembrano avere all'origine le stesse cause della dislessia. Disgraziatamente, all'età in cui ci si accorge del disadattamento (9, 10, 11 anni), i problemi sono talmente complessi: intervento di insegnanti supplenti, abitudini fortemente instaurate, reazioni d'insuccesso... che sovente è difficile definire e precisare i deficit.

¹ Esistono delle correlazioni superiori a 0.80 fra la prova di strutturazione spazio-temporale (prova I dell'esame psicomotorio) e le possibilità d'apprendimento della lettura. Questa è dunque una buona prova predittiva.

Ciò nondimeno i disturbi generali dell'attenzione e in particolare quelli della strutturazione spazio-temporale stanno alla base nella maggior parte dei casi. Ad esempio, abbiamo trovato delle correlazioni di 0.64 fra la prova di strutturazione spazio-temporale e i risultati in dettato in una classe di quarta elementare.

Per quanto sia difficile distinguere quel che concerne l'insegnamento speciale da quel che concerne l'educazione psicomotoria, i risultati osservati ci permettono di affermare che è assolutamente indispensabile associare alle rieducazioni classiche l'educazione psicomotoria nell'azione di recupero dei bambini disortografici.

III. La disgrafia

La disgrafia è una difficoltà particolare che certi bambini provano davanti alla scrittura.

Quel che è importante da notare è che questa disprassia, vale a dire questa mancanza di coordinazione, è strettamente specifica e in genere limitata alla scrittura. Così troviamo dei bambini capaci di tutte le coordinazioni manuali fini, e che tuttavia sono dei disgrafici. Viene dunque messo in causa il fatto stesso di scrivere ed i problemi affettivi e di carattere associati al disadattamento sono dei problemi secondari, delle reazioni all'insuccesso.

OSSERVAZIONE DEI BAMBINI DISGRAFICI

Una scrittura agile e sciolta implica, oltre alle possibilità di indipendenza segmentaria e di inibizione motoria, due condizioni essenziali:

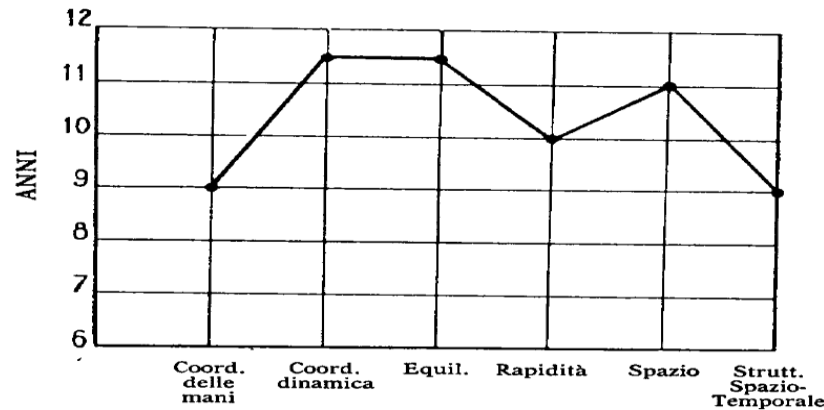
1. La capacità di tenere correttamente lo strumento per scrivere e delle buone abitudini motorie.
2. La rotazione degli anelli in senso sinistrogiro e l'apprensione degli elementi da sinistra a destra.

I bambini disgrafici possono così essere classificati in due categorie in funzione dell'origine delle difficoltà:

a. *Le cattive abitudini motorie*: modo scorretto di tenere lo strumento, posizione difettosa della mano e del braccio.

Un esempio caratteristico:

J. J. Michel. 12 anni. Prima media in una scuola privata. Difficoltà nella scrittura e nel dettato.



| | |
|----------------------|----------|
| LATERALITÀ | D. S. D. |
| SINCINESIE PARATONIA | Nulle |
| TENUTA RESPIRATORIA | Ottima |
| ADATTAMENTO AL RITMO | + |

Le difficoltà incontrate da questo ragazzo di fronte alla scrittura sono dovute essenzialmente a cattive abitudini nel modo di tenere la penna e nella posizione presa per scrivere.

Da notare l'insufficienza manifesta dei risultati nella prova di strutturazione temporale (ha pure delle difficoltà nel dettato).

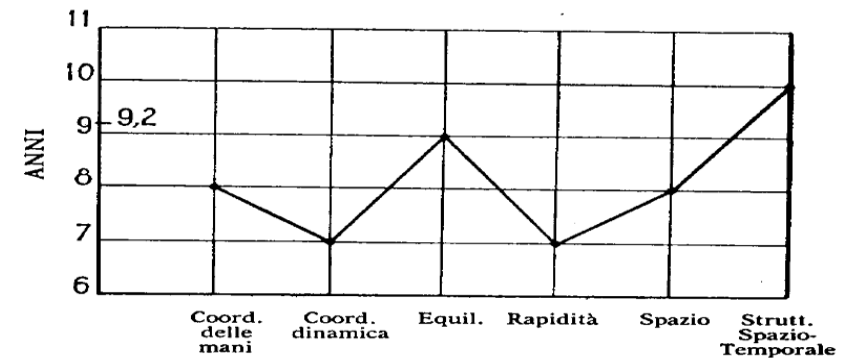
b. *I disturbi della lateralità*: mancinismo, ambidestrisimo, lateralità incerte.

Il bambino vede da destra verso sinistra e ruota gli anelli in senso destrogiro, il che evidentemente è incompatibile con la scrittura.

Abbiamo visto prima che questi bambini hanno anche delle difficoltà in lettura e in dettato, e per le stesse ragioni.

Un esempio caratteristico:

D. Christian. 9 anni 2 mesi. Q.I. normale. Difficoltà nella scrittura e nel dettato.



| | |
|----------------------|------------------|
| LATERALITÀ | S.S.M. |
| SINCINESIE PARATONIA | Evidenti Leggera |
| TENUTA RESPIRATORIA | Buona |
| ADATTAMENTO AL RITMO | +, - |

RIEDUCAZIONE PSICOMOTORIA

La rieducazione dei bambini disgrafici appartiene evidentemente al campo dell'educazione psicomotoria e viene eseguita simultaneamente nei tre piani seguenti:

1. *Educazione psicomotoria generale:*

Rilassamento globale e segmentario.
Indipendenza funzionale dell'arto superiore e indipendenza destra-sinistra.
Organizzazione dello spazio.
Coordinazione sensori-motoria.

2. *Educazione psicomotoria differenziata:*

Indipendenza del braccio in funzione del grafismo.
Indipendenza e precisione della mano e delle dita.
Educazione delle capacità percettive: strutturazione spazio-temporale.

3. *Esercizi grafo-motori:*

Dalla lavagna al foglio di carta.
Applicazione ai bambini mancini e non ben lateralizzati.
Quale mano si deve scegliere?

Non vi è nessun inconveniente a educare sistematicamente la mano sinistra nei mancini costituzionali o tali per incidente (emiplegia destra, ad esempio).

Nel caso di una lateralità poco evidente, è preferibile incominciare a educare tutte e due le mani. Solo l'osservazione del soggetto permette di scegliere (pensando che è sempre meglio utilizzare la destra).

E' inteso che, quando si è presa la decisione di educare la mano sinistra, questa mano e il braccio sinistro devono essere esercitati a ruotare e a tracciare gli anelli in senso normale per il braccio destro (senso sinistrogiro).

Ripetizione degli esercizi. Un modo corretto di tenere lo strumento per scrivere, la rotazione degli anelli, la trascrizione da sinistra verso destra, devono diventare delle abitudini motorie e solo la ripetizione può giungere a creare

questi automatismi indispensabili. E' per questo che gli esercizi grafo-motori devono essere ripresi metodicamente a casa (sotto la guida dei genitori) oppure in classe (sotto la guida dell'insegnante).

C. Disadattamenti di origine psico-affettiva

Le turbe del comportamento generale: instabilità, irritabilità, turbolenza, apatia, opposizione, sono difficili da classificare. Ciascun problema è un caso particolare e non si può analizzare un problema generale senza conoscere l'ambiente nel quale vive il bambino: situazione familiare, errori educativi, traumi affettivi ecc.

L'esame psicomotorio presenta tuttavia un interesse sicuro per l'osservazione dei problemi del carattere, in quanto vi sono sempre delle relazioni fra il comportamento generale e il comportamento di fronte alle diverse situazioni proposte dall'esame. Possiamo dunque, dal punto di vista psicomotorio, classificare i disturbi del comportamento psicologico in tre categorie:

a. I CASI DI INSTABILITÀ LEGATI A DIFFICOLTÀ MOTORIE

Ritroviamo qui i disadattamenti legati ai disturbi della coordinazione dinamica. Per quanto diversi nelle loro manifestazioni apparenti, questi problemi sono caratterizzati da un profilo psicomotorio ascendente, vale a dire presentano un deficit evidente nelle condotte motorie di base, mentre le condotte percettivo-motorie sono all'incirca normali.

b. I RITARDI NELLO SVILUPPO PSICOMOTORIO

Questi disadattamenti sono caratterizzati da un profilo

psicomotorio più o meno orizzontale, ma nettamente al disotto dell'età reale.

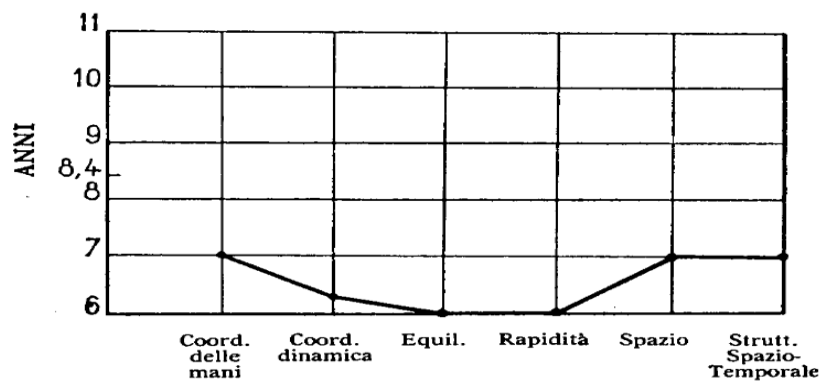
E' il caso di certe insufficienze di sviluppo generale, ma è anche il caso di bambini isolati, che hanno pochi contatti con altri bambini, di bambini iperprotetti.

Un caso tipico:

B. Alain. 8 anni 4 mesi. Q.I.: normale.

Bambino nervoso, ansioso e moldestro. Difficoltà nella scrittura e nel disegno.

(Figlio unico, nato tardivamente con gran gioia dei genitori, già anziani).



| | |
|-------------------------|------------------|
| LATERALITÀ | D.D.M. |
| SINCINESIE PARATONIA | Leggere Nulla |
| TENUTA RESPIRATORIA | Nulla |
| ADATTAMENTO AL RITMO | +, — |

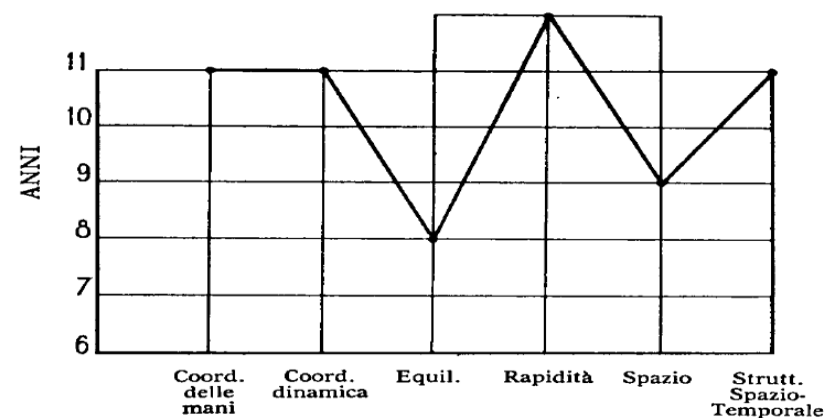
c. I BAMBINI CHE FANNO OPPOSIZIONE

Possono essere agitati, violenti, o ripiegati su se stessi. Sono caratterizzati da un profilo psicomotorio disordinato: profilo a denti di sega con diversità a volte considerevoli fra le varie prove.

Un caso tipico:

A. Johann. 14 anni 2 mesi.

Gravi problemi di carattere sia a scuola che a casa. Crisi di opposizione alternate con stati di fantasticheria.



| | |
|-------------------------|---------------------|
| LATERALITÀ | D.d.M. |
| SINCINESIE PARATONIA | Nulle Nulla |
| TENUTA RESPIRATORIA | Molto insufficiente |
| ADATTAMENTO AL RITMO | +, — |

Quali che siano i problemi osservati e le cause, ai disturbi della personalità infantile corrispondono sempre dei disturbi della percezione del corpo e dell'organizzazione dello schema corporeo, associati ad insufficienze delle condotte motorie di base o delle condotte neuro-percettivo-motorie.

Nella rieducazione dei problemi del carattere non dobbiamo aspettarci dei miracoli dalla sola educazione psicomotoria, in quanto i disturbi motori e psicomotori sono soltanto una conseguenza, e le difficoltà psicologiche sono legate all'origine dei problemi.

Sembra tuttavia che una rieducazione psicomotoria dovrebbe sempre essere vista in relazione con una rieducazione psicologica condotta dal medico o dallo psicologo. Tuttavia l'educazione psicomotoria anche in questi casi, e ne abbiamo le prove, resta il miglior mezzo di recupero individuale e (attuata collettivamente) di reinserimento sociale, grazie alle possibilità che offre di giungere ad una conoscenza migliore di se stessi e ad un controllo migliore attraverso la padronanza dei vari tipi di coordinazione.

EDUCAZIONE DEI BAMBINI CON MINORAZIONI FISICHE

A. Le minorazioni sensoriali. – B. I minorati dal punto di vista motorio. – C. Disadattamenti di origine varia.

I professori Cl. Launay e D. J. Duché¹ classificano sotto questa denominazione tre tipi di disadattamento:

1. Le deficienze sensoriali.
2. Le deficienze motorie e le affezioni di ordine neurologico.
3. Le affezioni croniche o di lunga durata.

Queste diverse infermità hanno necessariamente una « risonanza affettiva sullo psichismo del bambino ». Al sentimento di pietà fanno seguito le manifestazioni aggressive, le canzonature, le crudeltà, e il bambino che è fisicamente impedito e più o meno dipende dal suo ambiente, reagisce « sia con opposizione ed aggressività... sia con apatia e con esigenze che tendono ad assicurarsi questa dipendenza ».

Ritroviamo in questi bambini impediti dal punto di vista fisico gli stessi sentimenti di ansietà e di insicurezza descritti nei bambini disadattati: insufficienti mentali medi e gravi.

Per dare al bambino la misura delle sue possibilità che, nella maggior parte dei casi, sono reali, e per vincere con questo mezzo la sua ansietà, per dargli sicurezza, l'educazione psicomotoria ha una funzione importante da compiere a lato delle rieducazioni pedagogica, medica o para-medica. Essa è ora parte integrante dell'educazione dei bambini affetti da ambliopia e da certi disadattamenti di origine neurologica, come le affezioni motorie cerebrali.

¹ Cl. LAUNAY e D. J. DUCHÉ, *L'enfant physiquement handicapé*, Doin e C.

A. Le minorazioni sensoriali¹

I. I bambini con minorazioni della vista

Il Professor Deodati pensa che la parola "minorato della vista" deve essere sostituita a quella di ambliope, termine che rischia di generare confusione ed implica una nozione terapeutica. Questo termine presenta inoltre il vantaggio di comprendere in sé tutti i gradi della minorazione, dal bambino che vede male fino al bambino cieco, in quanto non tiene conto soltanto dell'acutezza visiva, ma anche del comportamento del bambino.

Il Dottor Delfour raggruppa i minorati della vista in quattro categorie:

I bambini lievemente colpiti, la maggior parte dei quali possono, con qualche precauzione, seguire una classe ordinaria (5/10 - 3/10).

I bambini più gravemente impediti, che sono obbligati a frequentare classi speciali in istituti di educazione sensoriale (3/10 - 1/20).

I bambini più gravi e minacciati di cecità, compresi i casi evolutivi, che sono collocati sia in istituti di educazione sensoriale, sia negli istituti per ciechi (1/20 - 1/50).

« A ciascuno di questi gradi corrisponde una diversa condotta pedagogica, che vi si adatti. Nel campo della rieducazione tutti i metodi mirano essenzialmente all'utilizzazione optimum della funzione visiva. Per tentare di ricomporre integralmente la personalità del bambino attraverso procedimenti compensatori che colmino il vuoto dalla sua minorazione, il medico specialista, lo psicologo, l'insegnante ed il rieducatore devono costantemente collaborare fra loro. Si tratta di aiutare il soggetto a ricostruire, attorno ad una percezione disturbata, l'immagine vera, a partire dalla cosa intravista, vaga, parziale, incompleta, senza significato. Gli altri sensi non si sostituiscono alla vista, ma al contrario si legano ad essa in tutte le azioni del bambino, grazie a degli

esercizi controllati, in vista di una migliore acquisizione delle forme, dei colori, dei movimenti, in una parola, per acquisire la padronanza dell'oggetto reale o figurato » (Lagarde).

Questi esercizi sensori-motori, che devono adattarsi all'età ed al livello scolastico, alla validità delle restanti capacità visive del bambino, e devono infine essere trasportati nella vita pratica, costituiscono la disciplina essenziale. Non possiamo ignorare infatti che la vista interviene tanto nel gioco dei meccanismi necessari allo sviluppo dell'intelligenza quanto nella ricerca dell'indipendenza fisica e materiale.

« L'educazione visiva permette di arricchire le percezioni come pure l'espressione verbale, grafica e gestuale, collegando al massimo le rappresentazioni mentali alle cose che queste esprimono. Essa parte dalla vita ogni volta che è possibile ed utilizza anche il materiale didattico cosiddetto sensoriale, e quello di ortopedia mentale, suggerendo dei giochi visivi e viso-motori: giochi di controllo sistematico della vista per mezzo del tatto, dell'udito, e inversamente; giochi d'attenzione, di memoria visiva, di giudizio, di osservazione, come pure giochi suscitati dalla vita del bambino. Le caratteristiche dell'insegnamento che si dà ai minorati della vista è di assicurare le massime comodità nella funzione visiva e di far vedere bene e molto. Tutta l'educazione partirà da quel che "resta" per compensare quel che "manca" » (Lagarde).

L'importante è di insegnare al bambino a diventare responsabile dell'utilizzazione dei mezzi capaci di compensare la sua minorazione, e di ricercare, a seconda delle modificazioni dell'ambiente, le condizioni favorevoli al suo lavoro, a situarsi a proprio agio in mezzo ai compagni normali ed agli adulti. E' dunque necessario che viva il più possibile con persone che vedono e di cui è necessario analizzare e capire il comportamento sociale.

Per questo fatto l'educazione psicomotoria occupa una vasta parte del programma di rieducazione dei bambini con minorazioni della vista, programma che conviene applicare ogni volta che il *dépistage* scolastico lo permetterà, a partire dalla prima elementare.

¹ Lavoro attuato in collaborazione con Y. Camus e J. Loudes.

Funzione dell'educazione psicomotoria. Anche se l'educazione psicomotoria non può far nulla per rimediare ai deficit sensoriali o alle loro cause, essa soltanto, può, grazie:

all'educazione metodica dello schema corporeo,
all'educazione dell'equilibrio,
alla padronanza progressiva delle coordinazioni di base,
all'orientamento e all'organizzazione spazio-temporale,

creare il grado di sicurezza e la fiducia in se stessi, indispensabili a qualsiasi educazione delle capacità intellettuali, ma anche ad una vera autonomia.

Applicazione pratica. Per J. Loudes¹ « dobbiamo considerare questi bambini come se vedessero, non occorrono tecniche specifiche, i mezzi sono quelli dell'educazione psicomotoria, si tratta soltanto di pedagogia ».

Pur tenendo conto delle loro possibilità di percezione, « si cerca di far loro utilizzare al massimo il residuo visivo e si constata che, se l'attenzione visiva viene sostenuta, nell'insieme, durante 45 o 50 minuti di lezione, non si manifesta alcuna fatica ».

Risultati osservati. J. Loudes ha notato dei progressi notevoli a livello delle condotte motorie e percettivo-motorie che abitualmente sono fra le più deboli:

Mantenimento dell'equilibrio.
Organizzazione e strutturazione spaziale.
Organizzazione del tempo.

Ma, cosa più notevole ancora, oltre al miglioramento del comportamento generale, che è il risultato normale di una educazione psicomotoria correttamente condotta, questo stesso autore ha dimostrato un miglioramento generale dell'acutezza visiva. « Questo miglioramento era dell'ordine di 1/10. Ora, se si accetta qualche caso, si sa che l'ambliopia organica non è suscettibile di miglioramento, mentre al contrario l'acutezza visiva rischia di degradarsi. Questo vuol dire dunque che siamo arrivati, in collaborazione con gli insegnanti e con le famiglie, a costringere i nostri piccoli minorati ad utilizzare al massimo il loro residuo visivo ».

¹ J. LOUDES, *Contribution à l'éducation des enfants déficients visuels par l'éducation psycho-motrice*, « Bulletin de la S.F.U.R.P. », n. 8, 1967).

II. I minorati dell'udito

Crowden e Gale hanno dimostrato che un semplice esame medico annuale non mette in evidenza che lo 0,42% delle minorazioni uditive negli scolari, mentre un dépistage sistematico condotto con i metodi audiometrici moderni ne rivela il 6,6%. In molti casi, infatti, i disturbi dell'audizione non appaiono alle normali investigazioni cliniche. « Ora, un'insufficienza uditiva anche leggera, localizzata, può intralciare considerevolmente lo sviluppo psicologico e l'istruzione del bambino che ne è colpito dando origine sia a disturbi del linguaggio sia a disturbi del comportamento sotto forma di instabilità. In certi casi un deficit uditivo non diagnosticato a tempo giusto può perfino far considerare a torto il bambino come un ritardato mentale e fargli trascorrere ingiustamente tutta la scolarità in una classe speciale » (R. Guyot).

E' tanto più importante rilevare precocemente, in modo corretto e sistematico, le minorazioni uditive dei bambini in quanto queste sono sovente suscettibili di essere curate. Quando ciò non è possibile, conviene utilizzare i metodi di rieducazione capaci di correggere i disturbi del linguaggio, di arricchire il vocabolario, di attirare l'attenzione e, nei casi più gravi, di favorire l'apprendimento della lettura sulle labbra, infine, quando si tratta non più di una ipoacusia, ma di una mezza sordità o addirittura di una sordità, conviene applicare più rapidamente che sia possibile i metodi speciali di educazione, e utilizzare le protesi.

I progressi tecnici oggi in atto, apparecchi e metodi, permettono di ottenere migliori risultati nella scolarità del bambino che sente male. Il bambino che sente male, come il bambino sordo, è un minorato, o almeno viene considerato come tale; per questo fatto accetterà ben volentieri quella iper-protezione di cui troppo sovente abbiamo tendenza a circondarlo. D'altra parte, per quanto sia intelligente come quello che sente bene, il bambino sordo resta, per la mancanza del linguaggio, cioè per la mancanza di un pensiero veramente costruito, ingenuo e primitivo. Dobbiamo dunque evitare l'artificialismo e sviluppare in lui le qualità personali che permettono le iniziative, favorire re-

lazioni più strette con la società di quelli che "ci sentono", moltiplicare le situazioni adatte a creare delle responsabilità e permettergli di vedere il mondo quale è. Non può infatti esservi socializzazione senza parola e linguaggio e, poiché queste acquisizioni restano la preoccupazione essenziale di qualsiasi educatore, tocca alla comunità a cui il bambino appartiene favorirle e svilupparle. Vari progetti come quello di Chatillon d'Azegues si ispirano al tipo di organizzazione della John Tracy Clinic, vale a dire:

Il "linguaggio scolastico" non deve essere separato dal linguaggio sociale reale ed i metodi di apprendimento della lingua devono derivare dai lavori dei linguisti.

Gli internati per minorati dell'udito devono essere degli istituti dove si parla.

La protesi uditiva, strumento incontestabile di socializzazione, deve essere prevista anche per i bambini. (M. Ramel).

Come per i minorati della vista, la rieducazione dei bambini che non ci sentono bene implica una stretta collaborazione fra insegnanti, ortofonisti, psicologi, medici e maestri di educazione fisica.

RIEDUCAZIONE PER MEZZO DELL'ESERCIZIO FISICO

Questa rieducazione si presenta sotto due aspetti complementari:

L'educazione psicomotoria, adattata ai loro problemi e integrata nella loro educazione generale, dà ai bambini che non ci sentono bene il senso di sicurezza e la fiducia in se stessi necessario allo sviluppo e all'educazione delle loro possibilità intellettuali.

La pratica dei giochi collettivi. Spesso irritabili, di cattivo umore e poco portati a sopportare i compagni, questi bambini fanno sovente trarre partito dal loro deficit per tentare di assicurarsi una situazione più favorevole presso l'insegnante. La pratica dei giochi collettivi, in quanto impone loro il rispetto e la regola, obbliga i bambini di questo tipo a disciplinarsi, e favorisce con l'acquisizione dello spirito di gruppo, la loro integrazione sociale.

Conviene precisare che le attività educative o ludiche, attraverso l'esercizio fisico, permettono al bambino di abbandonare momentaneamente il suo apparecchio e di trovarsi così in una situazione simile a quella dei bambini normali.

B. I minorati dal punto di vista motorio

Le cause delle minorazioni motorie sono varie e numerose. I professori Cl. Launay e D. J. Duché le classificano in due gruppi:

1. Quelle che sono legate ad una lesione del sistema nervoso periferico, come i postumi di una poliomielite acuta.
2. Quelle che sono legate alle lesioni cerebrali.

I. I poliomielitici

La rieducazione di questi bambini è opera di specialisti: neurologi, ortopediatri e cinesiterapeuti. Tuttavia un fatto viene sottolineato dai professori Launay e Duché: « La necessità assoluta della collaborazione attiva del malato ».

Le tecniche di educazione psicomotoria dovrebbero, ad un certo stadio della rieducazione, essere associate con le cinesiterapie classiche, in quanto queste portano alla rieducazione un elemento essenziale, che è la partecipazione cosciente e volontaria del bambino.

II. I minorati motori cerebrali

« La minorazione motoria cerebrale è uno stato legato ad una patologia di origine cerebrale caratterizzata da una deficienza del controllo muscolare, da un comportamento

psico-sociale perturbato e da anomalie nei processi di apprendimento ».

Le minorazioni variano a seconda della sede delle lesioni: spasticità, atetosi, rigidità, tremori e atassia. Sono evidentemente dei problemi patologici di competenza del medico e dei suoi aiutanti.

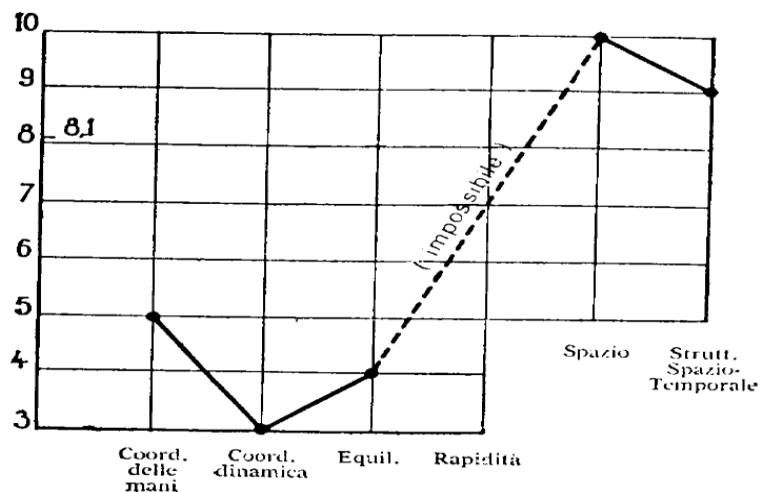
Certi metodi americani (Pohl) sono basati essenzialmente sul rilassamento e sul controllo muscolare. Anche in Francia si incomincia ad interessarsi delle tecniche di educazione motoria e psicomotoria.

Tuttavia, poiché occorre la partecipazione attiva del bambino, è importante che l'intelligenza, per quanto apparentemente diminuita nella maggior parte dai casi, venga conservata.

Un caso tipico di bambino educabile:

L. Claire. 8 anni 1 mese.

Emorragia meningea alla nascita, difficoltà motorie considerevoli.



C. Disadattamenti di origine varia

Nell'educazione di bambini cardiopatici o costretti a seguire cure mediche di lunga durata non esistono delle regole ben definite di educazione psico-motoria.

Quando i bambini non possono correre, saltare e giocare come gli altri, l'educazione psicomotoria, eseguita in collettività beninteso, offre loro le possibilità di uno sviluppo psicomotorio normale senza alcun pericolo e favorisce la loro integrazione sociale futura.

Una categoria di disadattati in rapporto con la malattia merita un'attenzione particolare, sono i bambini asmatici. E' nota l'importanza dei fattori psicologici ed emotivi nello scatenarsi delle crisi. In molti casi l'educazione psicomotoria è certamente utile, in quanto la padronanza del proprio corpo, in particolare gli esercizi di rilassamento, associati al controllo respiratorio, favoriscono incontestabilmente l'equilibrio psichico.