

TERAPIA PSICOMOTORIA NEL CICLO DI VITA

Indicazioni e ambiti applicativi

Nuova edizione

A CURA DI
LINA BARBIERI
MANUELA PESERICO
PAOLA FRANCESCA AJMONE



*Strumenti per il lavoro
psico-sociale ed educativo*

FrancoAngeli

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità o scrivere, inviando il loro indirizzo, a “FrancoAngeli, viale Monza 106, 20127 Milano”.

TERAPIA PSICOMOTORIA NEL CICLO DI VITA

Indicazioni e ambiti applicativi

Nuova edizione

**A CURA DI
LINA BARBIERI
MANUELA PESERICO
PAOLA FRANCESCA AJMONE**

***Strumenti per il lavoro
psico-sociale ed educativo***

FrancoAngeli

Isbn: 9788835164975

Grafica della copertina: *Alessandro Petrini*

2a edizione. Copyright © 2023, 2024 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Presentazione , di <i>Antonella Costantino</i>	pag.	9
Prefazione , di <i>Paolo Brambilla</i>	»	11
Introduzione , di <i>Lina Barbieri, Manuela Peserico, Paola Francesca Ajmone</i>	»	13

Parte prima – Cornice teorica

1. Evoluzione e storia del concetto di terapia psicomotoria , di <i>Roberto Carlo Russo</i>	»	21
2. Psicologia del ciclo di vita e corporeità , di <i>Ottavia Albanese, Eleonora Farina</i>	»	33
1. Introduzione	»	33
2. I domini dello sviluppo	»	34
3. Le teorie sullo sviluppo	»	35
4. La prospettiva del ciclo di vita	»	37
5. Sviluppo psicologico e corporeità: il corpo veicolo di conoscenza	»	44
3. Terapia psicomotoria nel ciclo di vita: presupposti teorici , di <i>Paola Francesca Ajmone, Manuela Peserico, Lina Barbieri</i>	»	47
1. Lo sviluppo neuropsicomotorio	»	47
1. Premessa	»	47
2. Lo sviluppo psicomotorio	»	50

3. Lo sviluppo delle competenze neuromotorie	pag.	53
4. Il movimento	»	58
2. L'evoluzione psicomotoria nell'adulto	»	60
1. Lo sviluppo della personalità psicomotoria	»	60
2. I vissuti	»	63
3. L'evoluzione psicomotoria nell'anziano	»	66
1. I processi di invecchiamento	»	66

Parte seconda – Ambiti e prassi

4. Il gruppo terapeutico nella riabilitazione biopsico-sociale , di <i>Manuela Peserico, Paola Francesca Ajmone, Lina Barbieri</i>	»	75
1. Intervento riabilitativo e cronicità	»	75
2. Il progetto terapeutico-riabilitativo	»	86
1. La presa in carico	»	86
2. L'attuazione del progetto riabilitativo	»	96
3. La verifica del progetto con la riformulazione di nuovi obiettivi	»	96
4. La dimissione	»	97
3. Il setting in terapia riabilitativa	»	98
1. Il setting in terapia psicomotoria	»	101
4. Il gruppo nella riabilitazione	»	102
1. Dal fenomeno gruppale al gruppo terapeutico	»	102
2. La comunicazione	»	109
3. Il gruppo terapeutico	»	113
4. Il gruppo terapeutico in riabilitazione	»	115
5. Fattori terapeutici specifici della struttura gruppale	»	118
5. La relazione terapeutica	»	120
1. Dalla relazione d'aiuto alla relazione terapeutica	»	120
2. Il ruolo terapeutico	»	124
3. La relazione in terapia psicomotoria	»	130
5. Clinica e applicazioni della terapia psicomotoria , di <i>Lina Barbieri, Manuela Peserico</i>	»	134
1. Definizione	»	134
2. Corpo in movimento	»	136
3. Dal gioco al gioco in terapia psicomotoria	»	143
4. Osservazione e valutazione	»	149
5. Progetto terapeutico	»	153

6. Aspetti differenziali	pag.	157
1. Animazione – Terapia psicomotoria	»	158
2. Arteterapia – Terapia psicomotoria	»	159
3. Danzaterapia – Terapia psicomotoria	»	160
4. Fisioterapia – Terapia psicomotoria	»	161
5. Ginnastica aerobica – Terapia psicomotoria	»	162
6. Musicoterapia – Terapia psicomotoria	»	163
7. Teatroterapia – Terapia psicomotoria	»	164
8. Terapia occupazionale – Terapia psicomotoria	»	165
6. La terapia psicomotoria nell'età evolutiva , di <i>Erica Dossena, Glenda Bigatti</i>	»	168
1. Premessa	»	168
2. La presa in carico clinico-riabilitativa in età evolutiva: ruolo del TNPEE	»	169
1. Colloquio con i genitori	»	171
2. Assessment del paziente	»	171
3. Definizione degli obiettivi del progetto terapeutico riabilitativo	»	172
4. Attuazione del progetto terapeutico con il coinvolgimento della famiglia e della scuola	»	173
5. Verifica del progetto e ridefinizione di nuovi obiettivi terapeutici	»	177
6. Dimissione del paziente	»	177
3. Conclusioni	»	177
7. Assessment in terapia psicomotoria nell'età evolutiva e valutazione , di <i>Eleonora Mascherpa, Annalisa Pisati, Michela Cremonesi</i>	»	178
1. Importanza e finalità della valutazione neuropsicomotoria	»	178
2. Struttura della valutazione	»	180
3. Primo incontro con la famiglia e raccolta anamnestica	»	181
4. L'osservazione del comportamento spontaneo del bambino	»	182
5. Esami psicomotori strutturati in prove	»	185
6. Somministrazione di strumenti standardizzati – strumenti di valutazione diretti e indiretti	»	186
7. Valutazione del profilo di sviluppo	»	187
1. Griffiths III	»	188
2. Bayley III	»	189

8. Area neuropsicologica. Le funzioni esecutive	pag. 190
1. Batteria per la valutazione delle funzioni esecutive in età prescolare FE-PS 2-6	» 190
2. Torre di Londra (TOL)	» 191
9. Area neuropsicologica. L'organizzazione spazio-temporale	» 192
1. Test dei concetti di relazione spaziale e temporale (TCR)	» 192
10. Area motorio-prassica. La motricità grossolana e fine	» 193
1. APCM-2	» 193
2. M-ABC	» 194
11. Area motorio-prassica. L'integrazione visuomotoria	» 195
1. Test di percezione visiva e integrazione visuomotoria (TPV)	» 195
2. Developmental Test of Visual-Motor Integration (VMI)	» 196
12. Area adattiva	» 197
1. Vineland	» 197
13. Conclusioni	» 198
8. La terapia psicomotoria nell'adulto e nell'anziano, di <i>Lina Barbieri, Manuela Peserico</i>	» 199
1. Introduzione	» 199
2. La terapia psicomotoria nell'adulto	» 201
1. Il progetto terapeutico riabilitativo nel paziente adulto	» 202
3. La terapia psicomotoria nell'anziano	» 204
1. Introduzione	» 204
2. Il progetto terapeutico riabilitativo nel soggetto anziano	» 206
4. La terapia psicomotoria nella disabilità adulta	» 209
1. Disabilità intellettiva nell'adulto	» 210
2. Soggetti post comatosi	» 211
5. La terapia psicomotoria con il soggetto psichiatrico	» 215
1. Il progetto terapeutico riabilitativo con il soggetto psichiatrico	» 222
Riferimenti bibliografici	» 224
Gli Autori	» 239

Presentazione

di *Antonella Costantino**

Il cambiamento delle conoscenze scientifiche degli ultimi decenni nell'ambito delle neuroscienze e dello sviluppo neuropsichico del bambino ha progressivamente determinato trasformazioni rilevanti della nosografia e dei modelli di valutazione e intervento, introducendo il concetto di neurosviluppo, quel complesso processo di crescita che, dal concepimento e attraverso l'intreccio complesso di componenti genetiche, neurobiologiche, ambientali ed età specifiche, conduce a un armonico sviluppo emotivo, motorio, cognitivo, sociale e delle funzioni adattive nella giovane età adulta. Numerosi fattori possono interferire in questo processo, compromettendo la maturazione delle diverse funzioni e del comportamento e una compromissione del funzionamento adattivo. I disturbi del neurosviluppo possono essere evidenti fin dai primi anni di vita, come per l'autismo, i disturbi di linguaggio e apprendimento, il disturbo da deficit di attenzione e iperattività, l'epilessia. Oppure rendersi evidenti in adolescenza, con disturbi psichiatrici come la schizofrenia e la depressione.

La concettualizzazione dei disturbi neuropsichici come disturbi del neurosviluppo è particolarmente utile nella clinica, poiché rende pienamente evidente la complessità delle traiettorie evolutive dall'infanzia all'età adulta e dei fattori che entrano in gioco nel determinarle. L'essere umano è un insieme di sistemi diversificati (biologici, genetici, psichici, sociali, culturali...) che vive all'interno di un complesso di sistemi più ampi (la famiglia, la scuola, la comunità, ecc.) che si influenzano reci-

* Past President Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Direttore UONPIA Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico.

procamente in maniera circolare e interdipendente secondo un modello biopsicosociale in un'ininterrotta interazione dinamica tra fattori di rischio e fattori protettivi che modifica le caratteristiche dei disturbi, le loro conseguenze funzionali e l'effetto dell'ambiente e delle cure. In una cornice simile appare indispensabile, quando parliamo di riabilitazione, considerare una prospettiva longitudinale che consideri l'intero corso di vita, gli intrecci positivi o negativi che si possono determinare e le attenzioni mirate che sono necessarie, nonché le conseguenze dell'impatto nel tempo del disturbo e della possibile disabilità conseguente.

Questo libro rafforza questa convinzione descrivendo e approfondendo i concetti teorici e pratici del percorso riabilitativo psicomotorio nell'arco di vita. Gli autori hanno voluto sottolineare come l'intervento coinvolga la globalità della persona nelle diverse fasi della vita con obiettivi dinamici che in età infantile sono particolarmente attenti alle possibili traiettorie evolutive, sostenendo i punti di forza del soggetto e del suo contesto di vita e lo sviluppo di autonomie flessibili. Tutti i processi e gli interventi attuati sono finalizzati al rinforzo e allo sviluppo delle funzioni adattive attraverso la relazione terapeutica, in modo che il soggetto possa sperimentare le proprie potenzialità motorie, cognitive e affettive e le spenda con la maggior fiducia e autonomia possibile nella propria realtà quotidiana esprimendo il proprio potenziale di salute e migliorando la propria qualità di vita.

Prefazione

di *Paolo Brambilla**

La terapia psicomotoria è una tecnica che nasce, sulla base delle intuizioni di Dupré e Wallon, agli inizi del secolo scorso. Le ipotesi di questi autori sono ripercorse e attualizzate da Ajuriaguerra, in età evolutiva, a partire dagli anni '60, prima in Francia, poi in Europa e nel mondo.

Anche nel nostro Paese la psicomotricità ha un'applicazione diffusa nell'infanzia, mentre l'utilizzo nelle età successive è più puntiforme.

La sua applicazione, anche in età adulta, venne proposta e attuata in Italia da Cecilia Morosini (<https://sites.google.com/site/fondazione-ceciliamorosini/la-rete-del-progetto>) presso l'Università degli Studi di Milano a partire dagli anni '80. Ella, insieme ai suoi collaboratori, inizia la sua ricerca, applicazione e sperimentazione con soggetti anziani, disabili, post comatosi e psichiatrici, a partire dal concetto di ridimensionamento del vissuto distorto e/o patologico.

Il presente volume, i cui autori sono parte di quel gruppo, costituisce il prodotto del proseguimento della ricerca, riflessione e applicazione della terapia psicomotoria, dalla promozione del benessere alla terapia di patologie conclamate, nell'intero arco del ciclo di vita, quindi dall'infanzia all'anziano, utilizzando come filo d'Arianna il concetto di modificazione del vissuto.

* Professore Ordinario di Psichiatria, Università degli Studi di Milano & University of Texas at Houston, USA; Presidente, Corso di Laurea Educazione Professionale, Università degli Studi di Milano; Direttore S.C. Psichiatria, Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano; Medico Specialista in Psichiatria, Psicoterapeuta, Psicoanalista in training; Neuropsichiatra dell'Infanzia e dell'Adolescenza (ex art. 1, c. 4, L. 175/1992); Dottore di Ricerca in Neurofisiologia e Neurofarmacologia; Abilitato ASN a Professore I Fascia Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza.

Auguro ai lettori un buon cammino lungo la strada resa possibile dalla lettura del presente testo che consentirà anche un importante approfondimento della terapia psicomotoria. Per me è stata in generale una piacevole lettura e ho molto apprezzato, in particolare, sia la parte iniziale storico-teorica che la seconda pratico-applicativa. Mi sono tornati alla mente episodi significativi, durante la mia esperienza di Psichiatria dell'Infanzia e Adolescenza, della terapia abilitativa psicomotoria di bambini dell'area ipercinetica, emotivo-comportamentale e anche dello spettro autistico, per i quali la psicomotricità rappresenta una parte integrante e fondamentale del loro percorso di cura.

Introduzione

di *Lina Barbieri, Manuela Peserico, Paola Francesca Ajmone*

Questo libro si pone due obiettivi generali: portare i lettori nella “zona di confine” tra teoria e prassi della terapia psicomotoria, quindi in quel luogo metaforico dove tutto ciò che la scienza ci mette a disposizione, per fare ciò che facciamo nel miglior modo possibile secondo i dettami della medicina basata sull’evidenza, incontra la clinica e la prassi operativa, quindi in quel luogo dove la teoria permea e sostanzia la pratica e, viceversa, la pratica plasma la teoria e la rende unica e personalizzata, per quel soggetto e/o gruppo, per le sue specifiche esigenze e necessità terapeutiche o di promozione del benessere.

Il secondo obiettivo, una volta raggiunta la zona di confine sopra definita, è guardare l’utilizzo e l’applicazione della terapia psicomotoria lungo tutta la linea temporale del ciclo di vita, dall’età evolutiva alla senescenza, usando il filo d’Arianna dello sviluppo del potenziale di salute e del ridimensionamento dei vissuti distorti e/o patologici, al fine di verificare quali siano le aree specifiche di efficacia clinica di questa tecnica.

Ci si potrebbe chiedere perché questi due obiettivi generali e non altri? La risposta è solo apparentemente semplice: perché consente una visione a più ampio respiro della terapia psicomotoria applicata nelle diverse età e diverse condizioni cliniche o meno (se è presente una patologia, una semplice difficoltà evolutiva, se il focus è la promozione della qualità di vita); perché riteniamo che lo “stare consapevole e consapevolmente” in questo “luogo di osservazione” migliori l’efficacia potenziale e pratica della tecnica; perché la personalizzazione dell’intervento terapeutico è un processo complesso che deve tenere presenti aspetti che appartengono a livelli diversificati dell’individuo, ecc.

Accanto a tutto questo però c'è un'altra motivazione per noi fondamentale: dare un contributo, certamente piccolo e non risolutivo, alla riduzione della distanza tra i protocolli della medicina basata sull'evidenza e gli aspetti relazionali del rapporto operatore paziente, quando questa distanza è presente.

Per fortuna oggi le moderne neuroscienze hanno dato sostanza e giustificazione oggettiva a tutta una serie di osservazioni empiriche che appartengono alla storia della medicina e al passato, eliminando le osservazioni errate, ripuntualizzando quelle imprecise, potenziando quelle corrette (pensiamo per esempio, all'importanza che è sempre stata attribuita all'imitazione e a quanto dimostrato grazie ai neuroni specchio), ma la medicina del passato è fatta anche di aspetti, soprattutto legati alla relazione operatore paziente (per esempio, ai fattori specifici e aspecifici della relazione terapeutica) che sono ancora estremamente attuali e che non possono, e non devono, essere messi in ombra dall'applicazione rigida dei protocolli di efficacia. In altri termini la medicina empirica, e soggettivamente osservazionale, ha definito un campo e l'ha riempito di contenuti empirici che oggi sono stati parzialmente confermati o meno, e questi ultimi sono considerati superati e quindi accantonati, ma altri aspetti del campo sono ancora validi e non devono essere messi in secondo piano, come a volte avviene, secondo la nostra osservazione, e questo a detrimento del paziente e dell'efficacia della terapia stessa. In questo senso il libro tenta una mediazione sottolineando gli aspetti del campo, a nostro parere ancora validi e attuali, integrandoli, arricchendoli e sostanziandoli con le moderne acquisizioni. Per esempio le conoscenze scientifiche degli ultimi anni ci hanno portato a considerare sempre di più come il Sistema Nervoso Centrale sia in attivo e continuo rimodellamento morfologico e funzionale, attraverso l'ininterrotta interazione tra dotazione innata e ambiente, tra fattori di rischio e fattori protettivi, e come questo sia particolarmente evidente nei primi anni di vita, ma questo processo si mantiene ed evolve nel corso della vita in una prospettiva *life span* che ci spinge e rinforza nella necessità di guardare ai disturbi del neurosviluppo e, successivamente, emotivi e/o neuropsichici con un'ottica che tenga conto dell'intero corso della vita, degli intrecci positivi o negativi che si possono determinare nel tempo e delle conseguenti specificità che sono necessarie dal punto di vista riabilitativo.

Nel libro verrà più volte sottolineato che la terapia psicomotoria centra il proprio focus sull'integrazione e sviluppo degli aspetti cognitivi,

emotivi e corporei dell'individuo nel tempo; non è una tecnica rivolta esclusivamente all'età evolutiva, ma può essere utilizzata, come vedremo e con le opportune variazioni, a seconda delle specifiche esigenze e necessità presenti, in tutte le età.

Per tornare al libro, è utile spiegarne la struttura essenziale in modo da facilitarne la lettura.

Il testo, che è costruito in due diverse sezioni, una prima teorica e la successiva e più ampia, eminentemente applicativa, vuole mettere a disposizione uno strumento, pratico e fruibile, che guidi e supporti tutte le figure che si occupano di salute emotiva (psichiatri, neuropsichiatri, psicologi, TNPEE, terapisti della riabilitazione, terapisti della riabilitazione psichiatrica e psicosociale, educatori, infermieri, ecc.) con un'ottica sia trasversale che longitudinale.

Il primo capitolo, dedicato alla storia ed evoluzione della terapia psicomotoria, descrive le intuizioni iniziali, le origini della tecnica e come essa sia cresciuta con il modificarsi dell'esperienza pratica. Viene delineata la situazione italiana che è specifica e differenziata dal resto del mondo dove i corsi di formazione, prevalentemente universitari, sono finalizzati a formare una figura professionale, lo psicomotricista, che opera in tutte le fasce d'età, mentre in Italia la formazione universitaria è rivolta, con il neuropsicomotricista dell'età evolutiva, alla cura nell'infanzia, mentre le altre fasce d'età non hanno, a oggi, un operatore specializzato.

Il secondo capitolo, dedicato alla psicologia del ciclo di vita, contiene gli elementi sostanziali di questo approccio all'evoluzione e allo sviluppo dell'essere umano.

Il terzo capitolo, dedicato ai presupposti teorici della terapia psicomotoria nell'intero ciclo di vita, ripercorre le tappe sostanziali dello sviluppo psicomotorio nel bambino e prosegue affrontando il tema dell'ulteriore sviluppo individuale nell'adulto, introducendo i concetti di personalità psicomotoria, che viene definita come una specie di carta d'identità corporea, e non solo, della persona, e di vissuto corporeo dandone una definizione e una descrizione sia nelle situazioni fisiologiche sia nelle condizioni di disagio e/o patologia che influenzano il vissuto individuale e dell'ambiente circostante, determinando il nascere di un vissuto distorto e/o patologico, che è poi l'oggetto della terapia psicomotoria stessa. Il capitolo si conclude con la disamina dell'evoluzione psicomotoria nell'anziano, sano e/o portatore di disabilità, sia dal punto di vista organico/fisico che psicologico/emotivo/cognitivo. Rispetto a quest'ultimo

aspetto viene dato ampio spazio alle recenti acquisizioni, rese possibili dalle neuroscienze, sulle modificazioni cognitive, di performances e di approccio alla vita.

Conclusa questa prima parte teorica, si entra nella seconda parte, che ha una connotazione maggiormente pratico-applicativa e che inizia con il capitolo sul gruppo terapeutico nella riabilitazione biopsicosociale. Viene affrontato il tema di cosa si intende per riabilitazione, differenziandola da altri tipi di interventi. Il capitolo prosegue con la descrizione delle principali caratteristiche del setting, nell'approccio biopsicosociale, e di quali caratteristiche operative debba avere questo elemento fondante nella terapia psicomotoria individuale e di gruppo. Si entra poi nello specifico del contesto gruppale, delineandone le connotazioni terapeutiche e distinguendole da altri contesti gruppali che non hanno finalità di terapia. La conclusione è dedicata al tema della relazione terapeutica in termini generali e nel contesto della terapia psicomotoria, analizzandone le specificità e le peculiarità.

Il capitolo successivo, dedicato alla clinica e alle applicazioni della terapia psicomotoria, analizza e declina gli aspetti fondanti questa tecnica: corpo, movimento e gioco, che vengono esaminati negli aspetti, soprattutto operativi della tecnica. Si prosegue entrando nel merito degli aspetti più pragmatici e tecnici: osservazione, valutazione psicomotoria generale e trasversale nell'intero ciclo di vita, progetto terapeutico. Il capitolo si conclude con un'analisi molto dettagliata delle differenze sostanziali presenti nelle diverse tecniche riabilitative che utilizzano strumenti operativi e non, applicati in terapia psicomotoria. Questa disamina consente di definire operativamente i diversi obiettivi terapeutici resi possibili dalle varie tecniche che solo apparentemente sembrano sovrapponibili e simili.

Successivamente ci si sofferma sull'applicazione della terapia psicomotoria in età evolutiva, al fine di descriverne le specificità e le peculiarità. In età evolutiva l'intervento psicomotorio agisce sicuramente sulla disabilità, se presente, ma ha il fine più ampio di promuovere il potenziale di salute nelle diverse aree di sviluppo (motorie, cognitive, comunicative e comportamentali) sostenendo le fisiologiche traiettorie evolutive. Viene pertanto dedicato un capitolo che declina questi aspetti nelle modalità d'assessment e presa in carico del bambino e della sua famiglia.

L'ultimo capitolo è dedicato alla terapia psicomotoria nell'adulto e nell'anziano, ed è proprio in questo contesto che l'obiettivo terapeutico

del ridimensionamento del vissuto distorto e/o patologico diviene più significativo. In queste fasce d'età la tecnica assume delle connotazioni molto determinate, infatti se l'intervento in età evolutiva è prevalentemente, se non addirittura esclusivamente, individuale, nelle età successive è, per definizione, gruppale, integrando quindi alla tecnica psicomotoria tutti gli aspetti riabilitativi del setting gruppale. Questa integrazione richiede competenze specifiche che hanno a che fare con la composizione e la numerosità del gruppo, il costante lavoro terapeutico sul qui e ora della seduta psicomotoria, la relazione terapeutica che deve contemporaneamente essere centrata sul gruppo e sul singolo individuo, ecc. Nel capitolo viene delineato secondo quali criteri e modalità operative strutturare un progetto terapeutico riabilitativo con l'adulto e con il soggetto anziano, sia in termini generali (per esempio in un soggetto anziano che non è portatore di patologie conclamate), ma anche in specifiche situazioni in cui il quadro clinico è più pregnante: la disabilità intellettiva adulta, il post coma, il soggetto con patologia psichiatrica.

La terapia psicomotoria al di fuori dell'età evolutiva costituisce, ancor oggi, un territorio poco esplorato e poco studiato, non solo in Italia, ma anche fuori dal nostro Paese e considerando che la nostra esperienza nell'utilizzo della tecnica in questa fascia d'età data molti lustri, vorremmo concludere questa introduzione con un auspicio, che questo testo possa contribuire ad approfondire e aumentare la riflessione degli operatori sull'applicazione, in tutto il ciclo di vita, di questa tecnica e speriamo che, almeno in prima approssimazione, questo testo possa aiutare a delineare, nel futuro, delle linee guida più precise e definite, secondo il filone della medicina basata sull'evidenza clinica, della tecnica psicomotoria.

Buona lettura.

Parte prima

Cornice teorica

1. Evoluzione e storia del concetto di terapia psicomotoria

di *Roberto Carlo Russo*

Nelle evoluzioni delle società si è verificato un susseguirsi di modifiche dei linguaggi, usi e costumi, regole sociali, religioni, tipologia dei domini, significati della comunicazione, sviluppo tecnologico e del suo diverso uso, ma un requisito è rimasto costante nel tempo: il movimento, strumento essenziale di sopravvivenza, conquista, difesa, comunicazione e apprendimento. Anche il pensiero è frutto di un agire astratto o, come afferma Berthoz (1997), di un agire simulato. Posture, gestualità, espressività mimica, azioni e uso del linguaggio, esprimono le problematiche più profonde e le aspirazioni che si concretizzano nelle caratteristiche della personalità. Lo strumento frutto dell'essenza stessa della possibilità vitale è il movimento, studiato dall'etologia, embriologia, genetica, biochimica, neurobiologia, neurofisiologia, neuropsicologia, psicologia, clinica, riabilitazione ed educazione.

L'impulso maggiore per l'individuo umano è il pensiero, la conquista del linguaggio codificato, la simbolizzazione, la razionalizzazione, la costruzione di strumenti per fare altri strumenti, la spinta alla conoscenza dei fenomeni e dove manca la comprensione, nasce la spinta a ipotizzare forze superiori per giustificare la propria impotenza che non poteva essere accettata essendo l'uomo stesso un essere superiore e dominatore, così come è avvenuto a livello mondiale con i relativi effetti positivi e negativi. Proprio per superare queste carenze, per regolamentare la vita sociale e per contenere gli aspetti negativi, vengono inventati gli Ordini Costituiti Immaginari (Harari, 2017) che sono delle realtà accettate come tali a partire da un postulato. Prima di questi ordini i valori dell'uomo erano rappresentati dalla possibilità di trovare cibo, acqua, rifugio, difesa della propria integrità, riproduzione della specie,

cura ed educazione della prole. Questi ordini hanno governato per decine di migliaia d'anni condizionando la separazione tra potere temporale e potere spirituale e di riflesso tra corpo e mente. Nel XIX secolo inizia un approccio scientifico più approfondito sul movimento, un interesse orientato prevalentemente alla conoscenza delle strutture che permettono e regolano il movimento e alle sue carenze per fattori lesivi. Nel XX secolo ci si interroga, in termini di maggiore globalità, sulla variabilità d'uso del movimento, i suoi significati e l'importanza nei processi cognitivi e nella relazione. Non è più accettabile considerare nell'individuo la separazione tra aspetto motorio, affettivo, cognitivo, relazionale e sociale. Aumentano gli studi dell'emozionalità e affettività che pongono in evidenza gli effetti precoci, e a distanza, delle problematiche relazionali e degli effetti sulle competenze cognitive e sul comportamento. Le scuole educative comportamentali, all'inizio del '900, sostenevano che i genitori fino dai primi mesi dovevano condizionare i bambini a ricevere poche affettività, perché il loro compito era di fornire alimentazione, una casa e una educazione rigida per vedere crescere i loro figli sicuri e responsabili, ogni atteggiamento affettivo veniva considerato fonte di egoismo e insicurezza. Per contro le ricerche degli psicologi nei primi decenni del '900 hanno sostenuto l'importanza della carica affettiva nell'educazione dei figli, il rispetto dell'individualità e l'insegnamento all'autonomia responsabile. Nella mia esperienza ho avuto l'opportunità di constatare che l'approccio clinico indirizzato solo verso le attività cerebrali superiori (il verbale, le conoscenze, la fantasia, la creatività), risulta carente per scarsa conoscenza dello strumento principe dell'individuo umano: il movimento nelle sue complesse attività ludiche, fattore essenziale per la conoscenza della personalità dell'individuo in tutte le sue sfumature comportamentali. L'organizzazione del movimento, le modifiche maturative, le capacità di apprendimento e d'integrazione di nuovi schemi, le capacità espressive, sono frutto di complessi e articolati processi neurofisiologici sensomotori ed emozionali. Le prime attività motorie del neonato, in risposta alle cure e alle stimolazioni ambientali, si caricano di emozione generando i primi rapporti di benessere con le figure parentali. La carica emozionale (con la quale intendo le modifiche neurofisiologiche che intervengono a livello del sistema nervoso rispetto alla situazione precedente) diventa il motore evolutivo di tipo motorio. Il confronto del bambino con l'ambiente determinerà un complesso gioco di dinamiche emozionali. Alla nascita il sistema limbico è

già molto attivo e predominante come fattore evolutivo: l'apporto degli stimoli materni carichi di emozionalità impregna i primi atti vitali e ne condiziona i successivi. Progressivamente nel percorso evolutivo il movimento diventa espressione dei significati più profondi dell'essere: l'accoglienza e il rigetto.

Karmiloff-Smith (1992) affronta il problema della variabilità del comportamento e, specie nel periodo evolutivo, sostiene che la nostra mente è in grado di effettuare un processo di ridescrizione rappresentazionale che è la capacità di manipolare le informazioni e gli schemi motori di base per ripresentarli con altri formati in nuovi complessi funzionali sostenuti dalla motivazione (sistema limbico), dando così accesso alla creatività tipicamente umana.

Il gruppo di ricercatori, coordinato da Rizzolatti, studiando con elettrodi l'attività della corteccia premotoria nel Macaco Rhesus (Rizzolatti, Gallese, 1988; Rizzolatti, 1990) ha dimostrato l'attivazione degli stessi neuroni (neuroni specchio) sia durante un'azione della mano fatta dalla scimmia, sia quando questa ultima vede lo stesso gesto fatto da altri. La differenza sta solo nel fatto che i neuroni attivati non mandano il messaggio ai muscoli. I neuroni specchio attivano le aree motorie implicate nell'azione che viene osservata come se il movimento fosse di fatto realizzato. Questo esperimento conferma la stretta relazione tra le percezioni e il repertorio motorio, pertanto anche con la carica emozionale tramite i messaggi materni. Questa competenza plastica del cervello è permessa dalla potatura sinaptica che, sulla base degli stimoli ambientali, permette al bambino di rispondere adeguatamente alla situazione in atto (ridescrizione rappresentazionale), variando le risposte tramite il comportamento e il relativo vissuto.

La maturazione dei circuiti neuronali richiede l'eliminazione selettiva di numerose connessioni sinaptiche ritenute superflue. I meccanismi intrinseci ai neuroni sono importanti per l'evoluzione, ma è sempre più riconosciuto che anche le cellule gliali svolgono un ruolo molto significativo. Senza il corretto funzionamento di queste cellule, il numero, la morfologia e la funzione dei contatti sinaptici sono profondamente alterati, con il risultato di anomalie comportamentali (Wilton, Dissing-Olesen, Stevens, 2019). Da quanto sopra deriva come logica conseguenza che ogni attività e ogni acquisizione sono dipendenti dalla motivazione ad agire, sostenuta dalla possibilità di combinazione di schemi motori interdipendenti con l'emozionalità (Russo, 1988b), in un complesso gio-

co sinaptico che include in primis il sistema limbico. La progressione evolutiva si avvale delle competenze del bambino, dell'apporto di stimoli ambientali e dei vissuti che includono la realtà del comportamento, costantemente sostenuta dall'emozionalità, confermando così l'inscindibilità dell'unità d'essere dell'individuo. Questa stretta interazione tra corpo e psiche non è esclusiva del bambino, è l'essenza della realtà dell'individuo per tutto l'arco della vita: le diverse esperienze, le modifiche delle modalità di percepire il mondo, le riorganizzazioni degli schemi per nuovi obiettivi, sono costantemente impregnati dei vissuti passati modellati sul presente e proiettati in un futuro; purtroppo o per fortuna è sempre la parte predominante dell'inconscio e in particolare il sistema limbico che stimola e spesso ci spinge ad agire, superando a volte o spesso il controllo inibitorio della corteccia.

Fatte queste necessarie premesse, possiamo ora affrontare il tema del capitolo. Alcuni autori hanno usato il termine psicomotricità a diverso titolo, ma non con uno specifico significato. Nel 1909 gli studi di Dupré aprono la possibilità di dare un significato specifico al termine psicomotricità. L'autore studiando diversi casi con problematiche motorie ha identificato la sindrome *Debilité Motrice* nella quale il deficit motorio era caratterizzato da ritardo maturativo, disturbo della coordinazione motoria, eccesso di sincinesie e ritardo mentale, sindrome ritenuta conseguenza di una disfunzione della via piramidale. Dupré e Merklen (1909) hanno escluso una lesione neurologica e hanno sostenuto che queste caratteristiche sono determinate da un'immaturità neuromotoria e ipotizzato una stretta interdipendenza tra motricità, affettività e intelligenza.

Con Dupré viene superato il modello anatomico-funzionale, risultato carente, per comprendere a fondo i reali problemi della fenomenologia patologica e delle disfunzioni evolutive. Permane ancora per diversi anni e a seconda degli autori, l'ambiguità nelle diverse accezioni di psicomotricità con prevalenza a volte del neurologico e altre dello psichico. Dupré viene giustamente identificato come il fondatore della psicomotricità.

Anche Collin (1914) in *Le développement de l'enfant* descrive la Sindrome infantile normale psiconeuromuscolare e sostiene che il disturbo è causato da una disfunzione e non da una lesione. Ambedue gli autori evidenziano uno stretto legame tra le manifestazioni motorie, cognitive e relazionali e considerano diverse patologie che definiranno psicomotorie, frutto di una carenza di sviluppo funzionale. Dupré presenta in

due congressi, nel 1910 e 1912, le sue ricerche e convalida il termine psicomotorio fondato in particolare su due patologie rappresentative e caratterizzanti il principio psicomotorio: la Debilità Motoria (ora rinominata Disprassia Evolutiva) e la Instabilità Psicomotoria (ora rinominata ADHD).

Wallon (1932), introducendo la comunicazione del dialogo tonico, dà al movimento valore tonico-emozionale: il movimento e le posture traducono significati emotivo-affettivi, il movimento è prima di tutto l'unica espressione e il primo strumento dello psichismo. Wallon associa alla motricità l'aspetto psicologico dando valore all'emotività determinata dal sistema limbico. L'impostazione dell'autore supera definitivamente la visione meccanicistica: **il movimento è relazione.**

Heuyer (1931) conferma il concetto di psicomotricità di Dupré e inizia a usare il termine psicomotricità che sottolinea la stretta correlazione tra la motricità, le competenze cognitive e l'affettività e afferma: "Alcuni disturbi mentali e alcuni disturbi motori sono in rapporto così stretto fra loro e hanno somiglianze così evidenti da costituire delle vere coppie psicomotorie".

Tre autori rafforzano il concetto della psicomotricità ponendo le basi della terapia psicomotoria: Dupré fondatore del principio psicomotorio, Wallon per l'apporto dell'aspetto emotivo-affettivo, Piaget per l'aspetto cognitivo del corpo. Si rafforza così il concetto di psicomotricità con l'integrazione indissolubile di motricità, cognitività, emozionalità che esprimeranno la modalità relazionale nelle diverse esperienze di vita. Questa impostazione viene accettata e seguita da altri autori. Gesell (1929) pubblica il Test sullo sviluppo psicomotorio da 1 mese a 6 anni, articolato in una serie di prove che indagano i settori: motricità, linguaggio, gioco, comportamento, emotività. Kuhlmann (1922) costruisce un test dall'età dei 3 mesi ai 24 mesi, sugli aspetti neuromotori dell'equilibrio, della coordinazione generale e oculomotoria, del rapporto con gli stimoli ambientali, introducendo un altro elemento fondamentale: l'ambiente quale apportatore di stimoli e d'indirizzo evolutivo (modelli di riferimento evolutivo). Ozeretsky e Gurewitsch (1925) pubblica una scala motoria dai 4 ai 16 anni. La scala viene riveduta nel 1925 e nel 1931 e apporta il primo concetto di sviluppo psicomotorio per queste fasce d'età. La scala studia l'evoluzione di sei competenze: coordinazione statica (equilibrio), motricità fine, coordinazione dinamica generale, velocità dei movimenti, movimenti combinati, precisione

nell'esecuzione. Vengono a mancare l'importanza del fattore emozionale e le competenze relazionali che permangono anche nella revisione della scala da parte di Guilman (1935). Schilder (1950) pubblica *Immagine di sé e Schema corporeo*, dove lo schema corporeo è l'entità biologica, comune a tutti gli individui, che realizza la possibilità di conoscenza e di organizzazione funzionale del corpo, mentre definisce l'immagine corporea il vissuto del Sé corporeo specifico di ogni individuo. L'autore sostiene l'indivisibilità tra schema e immagine, pertanto propone il riconoscimento della sintesi effettiva tra corpo fisico e corpo psicologico. L'autore introduce anche il concetto di modifica dello schema corporeo in rapporto alle attività svolte dalla persona nell'arco della vita. Heuyer nel 1948 diventa titolare della prima cattedra di psichiatria infantile e stimola l'organizzazione di metodi riabilitativi per bambini, in particolare con disturbi emotivo-affettivi, carenze di socializzazione, instabilità e apatia; e introduce la categoria dei disturbi del carattere che vengono affrontati con la terapia psicomotoria. Sivadon (1965) affronta il problema dei malati mentali e ritiene molto importante la rieducazione psicomotoria per il miglioramento dei disturbi e per un più valido sviluppo della personalità.

Nel 1947 Ajuriaguerra costituisce la prima équipe riabilitativa infantile con Diatkine, Cahen, Zazzo, Borel-Masonny, Soubiran e un gruppo di riabilitatori che in seguito diventeranno psicomotricisti. Ajuriaguerra integra le conoscenze neurologiche con quelle psicologiche e valorizza gli studi di Dupré, Wallon, Piaget e Freud. Inizia la comprensione dei disturbi in un'ottica evolutiva psicomotoria e l'intervento terapeutico con la medesima modalità. Verso la metà del 1950 Ajuriaguerra e Bonvalot-Soubiran (1959) iniziano ad affrontare la conduzione della terapia psicomotoria. Importanti sono gli studi di questa équipe sulla Debilità Motoria, sulla Instabilità Psicomotoria, sul Processo di lateralizzazione, sui disturbi del movimento e sulle relative influenze sullo sviluppo emotivo-affettivo, cognitivo e relazionale del bambino. **Con Ajuriaguerra nasce la Terapia Psicomotoria.** L'ambito educativo è stimolato dall'approccio psicomotorio e inizia a proporre nuove modalità educative tramite la psicomotricità.

Le Boulch (1984) con la psicocinetica, rappresenta il precursore dell'educazione e rieducazione psicomotoria. Propone il suo metodo per tutti i bambini. Picq e Vayer (1968) fanno parte anch'essi dei precursori dell'intervento educativo e riabilitativo psicomotorio. Bergès e Lezine

(1963) propongono il test d'imitazione dei gesti; invece, Stambak (1969) le prove per il ritmo e le prove per le sincinesie; Galifret-Granjon (1969) la batteria di dominanza laterale e il test delle gnosie digitali; Santucci (1969) il test per le prove grafiche di organizzazione percettiva; Bucher (1970) il metodo per la rieducazione psicomotoria; Lapierre e Aucoururier (1974), professori di educazione fisica, iniziano a modificare l'educazione motoria in educazione e riabilitazione psicomotoria; Vayer (1972) propone il suo esame psicomotorio; Russo (1972) il test settorializzato per l'indagine dello sviluppo psicomotorio nei primi quattro anni.

Boscaini e Russo (2015) parlando della storia della psicomotricità affermano: “Nel rivedere sinteticamente questo terzo periodo possiamo riconoscere che intorno agli anni '70, dopo un cammino lungo e lento, la Psicomotricità riesce a sganciarsi definitivamente dal predominio neurologico aprendosi da un alto alla Psichiatria e alla Psicologia clinica e dall'altro anche ai contributi delle più svariate discipline umanistiche, in particolar modo alla Psicologia dell'età evolutiva. Tuttavia, soltanto la corrente terapeutica, che via via assorbirà, purificandola, quella dell'eclettismo, terrà nel suo giusto conto la Neurologia, mentre l'orientamento dell'Educazione-rieducazione psicomotoria snobberà totalmente quest'ultima disciplina medica spingendo i teorici e, in particolare, gli operatori verso un travisamento della stessa originalità e peculiarità della Psicomotricità. La caratterizzazione di questo terzo periodo è costituita dal fatto che il corpo del bambino, o del paziente in generale, viene considerato capace di assimilazione e di ricettività, cioè in grado di utilizzare, trasformare e memorizzare gli stimoli offerti rendendo il soggetto maggiormente cosciente delle proprie azioni e, dunque, capace di una progettualità. La Psicomotricità si propone di attivare un corpo cosciente e pensante, cioè un corpo cognitivo e logico a fianco del già acquisito corpo funzionale. Nella ricerca dell'unità della persona, nel periodo di 70 anni la psicomotricità è riuscita a riunificare nella stessa unità corporea la dimensione motorio-strumentale e quella cognitiva. Resta tuttavia ancora esclusa un'altra dimensione: il corpo come affettività e relazione, come comunicazione e linguaggio: è quanto emergerà in modo prorompente nel seguente periodo”.

Alla fine del 1950 nascono le prime scuole di formazione in psicomotricità in Europa: nel 1957 Ajuriaguerra e Soubiran iniziano una formazione informale di psicomotricità mentre nel 1961 Ajuriaguerra apre

la prima scuola di psicomotricità biennale che l'anno successivo diventerà triennale; nel 1964 Naville apre a Ginevra il primo corso triennale di psicomotricità svizzero. Nel 1967 Soubiran apre la prima scuola privata di psicomotricità. Certamente la Francia ha avuto e ha un ruolo di primo piano nella storia della psicomotricità, infatti già nel 1963 il Ministero della Pubblica Istruzione riconosce il Certificato di Formazione Psicomotoria. Su incarico del Ministero francese per definire la nozione di psicomotricità e le applicazioni pratiche, la Commissione Lebovici nel 1967 precisa: “Lo psicorieducatore è un professionista paramedico che affronta i disturbi psicomotori a seguito di indicazione medica, ma in sua assenza, cioè in modo autonomo” (Boscaini, Russo, 2015). A seguito di tale definizione vengono riconosciuti i disturbi psicomotori: ritardi dello sviluppo psicomotorio, debilità motoria, carente controllo posturo-motorio, incoordinazione motoria, instabilità psicomotoria, inibizione psicomotoria, disturbi dell'immagine corporea, disturbi prassici, disturbi dell'integrazione spazio-temporale, disturbi del linguaggio. In questi anni si definiscono e contrappongono due indirizzi psicomotori: quello sanitario con finalità terapeutiche rappresentato dalla scuola di Ajuriaguerra e quello educativo e rieducativo rappresentato da Le Boulch, Vayer, Lapierre e Aucouturier, professori di ginnastica orientati alla psicomotricità. Questa dicotomia d'indirizzo si protrarrà a lungo e ancor'oggi, in Italia e in altre nazioni europee, si assiste a questa permanenza che sistematicamente porta a mantenere scissa la realtà oggettiva e soggettiva dell'individuo, allontanando gli operatori dalla possibilità di un rapporto più significativo con la problematica dell'individuo (Boscaini, Russo, 2015). L'apporto francese è stato molto stimolante, accettato con entusiasmo da varie figure professionali (terapisti, educatori, psicologi, qualche medico, rari neuropsichiatri infantili), ma ha generato anche impostazioni spesso confuse o assunte come panacea di ogni problematica. Va anche ricordato che nel periodo 1972-1990 una folta schiera di persone, prive di una formazione specifica sanitaria o educativa, si sono interessate a questa nuova ed entusiasmante professione, formandosi a volte solo con qualche stage di vissuto corporeo o con brevi corsi.

In questo primo periodo il peso dell'apporto francese in Italia è stato determinato dalla frequente presenza di Aucouturier che ha promosso una federazione sul proprio metodo che ha visto coinvolte diverse scuole italiane. La formazione di Aucouturier dà risalto al corpo come elemento primo di comunicazione emotivo-affettiva, ma tende a sotto-

valutare (spesso escludendolo dalla formazione) l'aspetto neurologico e neuropsicologico, disattendendo così alla conquistata sintesi del corpo cosciente e pensante con il corpo funzionale. Con il passare degli anni diverse scuole italiane, ma non tutte, hanno introdotto nella formazione anche la neurofisiologia e la neuropsicologia (Boscaini, Russo, 2015).

Per quanto riguarda la situazione in Italia, nel 1972 Russo apre la prima scuola triennale di psicomotricità a Milano; tra il 1980-1990 sono nate varie scuole, biennali o triennali, con metodologie e programmi diversi. Nel 1990 erano 21, indirizzate all'infanzia, successivamente si sono ridotte alle attuali 9 che hanno indirizzi (educativo-pedagogico o terapeutico-riabilitativo) e impostazioni diverse a seconda delle metodologie applicative.

Per quanto riguarda la psicomotricità non in età evolutiva agli inizi degli anni '80 la Prof.ssa Morosini e Barbieri iniziano a utilizzarla nella clinica e nel 1985 aprono il corso triennale di formazione in psicomotricità dell'adolescente, dell'adulto e dell'anziano, unica formazione su questa fascia d'età, che verrà chiusa nel 2010, un paio d'anni prima della morte della Prof.ssa, senza essere sostituita da corsi di formazione analoghi, mentre il lavoro clinico prosegue, anche attualmente, con Barbieri.

Anche dal punto di vista delle Associazioni di categoria la realtà italiana è molto ricca, ma anche molto frammentata e variegata. Nel 1974 viene costituita la prima associazione italiana di psicomotricità AIEP (Associazione Italiana Educazione Psicomotoria); nel 1982 l'AISSPSIM (Associazione Italiana Studi di Psicomotricità); nel 1986 si costituisce l'ASEEFOP (Associazione Internazionale di Formatori che si riconoscono nella teoria e pratica di Aucouturier); nel 1987 viene costituita l'associazione ANUPI (Associazione Nazionale Unitaria Psicomotricisti Italiani); nel 1998 viene costituita la FIScOP (Federazione Italiana Scuole e Operatori della Psicomotricità); nel 1993 viene costituita l'AIFP (Associazione Italiana Formatori in Psicomotricità); nel 1994 viene costituita la FIPm (Federazione Italiana Psicomotricisti); nel 1999 viene costituita la FISSPP (Federazione Italiana Scuole Superiori Professionali Psicomotricità); nel 2005 viene costituita l'APPI (Associazione Professionale Psicomotricisti Italiani); nel 2000 ANPRI (Associazione Nazionale Psicomotricisti Relazionali Italiani).

A partire dalla metà degli anni '80, su stimolo del mondo neuropsichiatrico infantile e in particolare del Prof. Bollea, inizia il tentativo

di dare una definizione coerente e chiara dell'intervento psicomotorio al fine di poter avviare la richiesta di riconoscimento della figura professionale. Con questo obiettivo nel 1986, a Roma, si svolge la prima riunione nazionale che vede riuniti i direttori delle diverse scuole di psicomotricità, i direttori dei centri che si occupano di questa tecnica e l'università. Viene nominata una commissione che ha l'obiettivo di analizzare e comparare di diversi programmi formativi adottati nelle scuole. Su stimolo di questo tentativo di organizzazione della psicomotricità nasce l'ANUPI nel 1987 che tra l'altro ha l'obiettivo del riconoscimento della figura professionale.

Contemporaneamente a questo e sempre per volontà del Prof. Bollea e sotto l'egida della neuropsichiatria infantile, nasce in Italia nel 1997 il Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva (TNPEE) con laurea triennale, mentre, a livello universitario, per le altre fasce d'età non sono previsti corsi di laurea.

Storicamente in Italia la formazione in terapia psicomotoria può essere schematizzata in quattro filoni con formazioni molto variabili come programmi, monte ore di lezioni, formazione personale, tirocinio.

- **Rieducazione motoria** (genesi sanitaria). Sono i primi interventi che risalgono agli anni 1950-1970, basati sulla conoscenza corporea, organizzazione spazio-temporale, ritmo, esercizi di abilità motoria. Metodo psicomotorio di Ajuriaguerra e Soubiran, Metodo di Bucher, Eutonia di Alexander (1985), Rilassamento di Wintrebert (1968), il Metodo Picq e Vayer. Successivamente Soubiran modifica il suo intervento caratterizzandolo con un approccio psicoterapico così definito: "neurofisiologico nella tecnica e psicologico nello scopo".
- **Educazione psicomotoria** (genesi educazione fisica). Interventi proposti dagli insegnanti di educazione fisica (1960 e seguenti), basati sulla possibilità di libera espressione corporea su specifiche consegne.
- **Psicomotricità** (genesi socio-sanitaria). Implica la conoscenza del bambino nella sua realtà familiare e sociale. È l'intervento che racchiude il significato di rispetto per l'essenza dell'essere in cui motorio, cognitivo, emotivo-affettivo, relazionale sono inscindibili nell'esprimere il vissuto delle esperienze. L'intervento psicomotorio è la possibilità di permettere all'individuo di realizzarsi in attività pratica e simbolica verso un nuovo percorso evolutivo nel rispetto