



CONTRIBUȚII LA CERCETAREA, PRIN STUDIU DE CAZ, ÎN APLICAREA TEHNICILOR SPECIFICE REEDUCĂRII NEURO-MOTORII A COPIILOR CU IMC

Elena CĂCIULAN

Les contribution à la recherche via cas étude, dand les application techniques spécifiques de reeducation neuron-motrice des enfants IMC

Kle mots: reeducation neuron-motrice, niveau de motrice développement, exercices pour réduire la tension musculaires

Des recherches et des études récentes sur la neuro-développement psychomoteur chez les petits enfants ont montré que, pour réaliser une activité musculaire volontaire, de l'âge proprement dit, l'éducation thérapeutique est absolument nécessaire. Le but de la recherche est de démontrer que l'utilisation corecte, stable et continue des techniques de reeducation neuron-motrice conduit une indépendance moteur neuromotorie suivi par l'intégration sociale des enfants IMC. Le lot a été compos é de 20 enfants âgés de 3-5 ans, 14 garçons et 6 filles et expérience a été réalisée au Laboratoire de recherche en santé mentale, l'IOMC, Bucarest entre Novembre 2004-Octobre 2006, l'étude ayant retroprospectiv apparence.



1. Introducere

Cercetări și studii recente asupra dezvoltării neuro-psihomotorii la copilul mic au evidențiat că pentru realizarea unei activități musculare voluntare, corespunzătoare vârstei, este absolut necesară o educare și o exercitare continuă a motricității. Învățarea fiecărei mișcări se face numai prin însușirea într-o anumită ordine a unor scheme senzorio-motorii. Integrarea acestor scheme la nivelul sistemului nervos central este în concordanță cu gradul dezvoltării psihice al fiecărui copil și cu mediul social în care crește și se dezvoltă.

În ultimii ani se pune problema rolului diveselor discipline, care contribuie la reabilitarea disabilităților neuro-motorii, se subliniază importanța distinctă, dar și complementaritatea intervențiilor medico-chirurgicale, kinetoterapeutice, psihologice, educaționale și sociale. Se vorbește de perioade în care aceste intervenții se succed, precum și de asocierea sau dominarea temporară a fiecăreia dintre ele. Trebuie însă subliniat că cele mai noi metode de tratament - cum sunt infiltrațiile cu toxina botulinică și rizotomia posterioară selectivă - impun metode kinetice de recuperare în vederea asigurării reeducării neuro-motorii.

Studiul literaturii de specialitate, cât și experiența rezultată din activitatea kinetoterapeutică, mi-au furnizat temeiurile formulării ipotezei cercetării pe care am întreprins-o în cadrul stagiului și al elaborării tezei de doctorat.

Formularea ipotezelor a avut la bază un raționament ipotetico-deductiv, în care premisele au fost constituite de teoriile neuroștiinței cu privire la învățarea



mișcărilor și la importanța repetării cu vizualizarea în oglindă.

În realizarea cercetării am pornit de la următoarele **ipoteze**:

1) Exercițiul fizic, mijloc de bază al educației fizice și sportului, care este în același timp și mijlocul specific cel mai important al kinetoterapiei, este în măsură ca, singur sau asociat cu alte mijloace, să amelioreze dezvoltarea neuro-motorie a copiilor cu dizabilități de acest tip.

2) Programul de recuperare bazat pe mijloacele educației fizice și sportului este în măsură să crească gradul de independență motrică și funcțională, dacă se aplică după o metodologie specifică, făcând posibilă integrarea socială a copiilor cu dizabilități.

3) Rolul familiei în acest proces, uneori anevoios este, fără doar și poate, unul decisiv; orice terapie este complementară și nu poate substitui în nici un chip rolul familiei.

4) Întregul proces de recuperare este de durată și adeseori poate părea irealizabil; privită ca finalitate integrarea socială a acestor copii, adaptarea lor la exigențele unei societăți adeseori incapabile de a-i accepta are ca efect pe termen lung autoeducarea noastră, a întregii societăți. Adulții de mâine vor manifesta o mai mare deschidere către o astfel de categorie socială. Feedback-ul este astfel unul continuu.

Scopul cercetării este acela de a demonstra că folosirea corectă, constantă și continuă a tehnicilor de reeducare neuromotorie duce la obținerea unei independențe motorii urmată de integrarea socială a copilului cu I.M.C.



2. Desfășurarea cercetării

Lotul supus cercetării a fost compus din 20 de copii cu vârste între 3-5 ani, 6 fete și 14 băieți.

Experimentul s-a desfășurat în cadrul Laboratorului de Cercetare pentru Sănătate Mintală, I.O.M.C., București, în perioada noiembrie 2004-octombrie 2006, studiul având un aspect retroprospectiv.

Numărul băieților îl depășește pe cel al fetelor, evaluarea fiind determinată aleativ, dar patologia se regăsește ca fiind specifică ambelor sexe, nefiind semnalată în literatura de specialitate o predilecție anume pentru unul dintre sexe.

Evaluarea a fost făcută de 2 ori pe an, în lunile noiembrie și mai, pentru înregistrarea câștigului motor și funcțional obținut de subiecții copii.

Datele personale, evaluările inițiale, intermediare și finale ale fiecărui subiect sunt prezentate în fișele.

3. Metode de cercetare utilizate și modul lor de aplicare

În prezenta lucrare, am utilizat o abordare complexă pentru examinarea diferitelor aspecte legate de evoluția neuro-motorie a copiilor cu dizabilități.

În vederea realizării scopului și obiectivelor propuse, am folosit următoarele metode: metoda studiului de caz, metoda convorbirii (anamneza), metoda observației, metoda anchetei pe bază de chestionar, metoda grafică și metoda bibliografică.



Studiu de caz (1)

Tabel 1 *Date anamnestice subiect U. Andrei*

Nume prenume	Data nașterii	Diagnostic	Durata sarcinii (în luni)	Scor Apgar	Greutate la naștere	Vârsta cronologică	Vârsta motorie
U. Andrei	15.08.2000	Tetrapareză spastică crize comițiale	8	7	2000g	4 ani	7 luni

Tabel 2 *Evoluție neuro-motorie*

Nume prenume Evaluare (EI, EINT, EF)	Postura păpușii	Rostogolirea	Poziția așezat	Poziția patrupezie	Târârea	Mersul
U. Andrei EI	1 punct	1 punct	1 punct	1 punct	1 punct	0



U. Andrei EINT	3 puncte	2 puncte	3 puncte	3 puncte	3 puncte	0
U. Andrei EF	4 puncte	4 puncte	4 puncte	3 puncte	3 puncte	0

Tabel 3 Etape de evaluare-inițială,

Evaluare inițială noiembrie 2004 EI	Program de exerciții	Evaluare intermediară noiembrie 2005 EINT	Program de exerciții	Evaluare finală octombrie 2006 EF
5 puncte	P1 P1+P7 P1+P7 P1+P7 P1+P7 P1+P7	14 puncte	P3+P6+P8 P3+P8 P3+P8 P3+P8 P3+P8 P3+P8	18 puncte

intermediară și finală



Tabel 4 Câștig funcțional

Nume prenume	Scor câștig funcțional
U. Andrei	13 puncte

NB. *Legendă (1):

Etapa de dezvoltare **neuro-motorie** conformă evaluării după împlinirea celei de a 7-a luni la copil (vezi scalele de dezvoltare Gesell, subcapitolul 10.5) descrisă în cuantumul neuromotor normal

Calcularea punctajului specific lunii 7 (un punct pentru fiecare item reușit): dezvoltare neuro-motorie: a,b,c,d,e,f,g,h punctaj maxim= 8 puncte.

Doresc să revin cu următoarea observație: în cazul copiilor cu disabilități neuromotorii fiind vorba de patologie, acest punctaj nu a putut fi calculat dar el servește, așa cum am arătat în descrierea anterioară, unor abordări comparative pentru orice specialist, abordări ce relevă diferențele dintre normalitatea înregistrată printr-un instrument de specialitate și cazuistica patologică cercetată și evaluată de mine.

Studiul de caz numărul 1, avându-l ca subiect pe U. Andrei, diagnosticat cu tetrapareză spastică și crize comițiale relevă un câștig funcțional de 13 puncte.

Cifrele reprezintă o evoluție extrem de importantă pe care acest subiect a avut-o pe parcursul perioadei în care s-a lucrat din punct de vedere kinetoterapeutic, copilul înregistrând o serie de progrese evidente în evoluția neuromotorie.



Programul de exerciții (P1,P3,P6,P7,P8) a vizat postura păpușii, rostogolirea, târârea, poziția așezat și patrupedie, rezultatele fiind notabile cu o singură excepție, mersul.

În același mod s-a procedat și pentru ceilalți pacienți incluși în studiu.

Elaborarea testelor

La copilul cu IMC controlul deficitar al motricității antrenează dificultăți în organizarea posturii, în utilizarea mișcării și controlul amplitudinii și intensității acesteia. Aceasta se traduce printr-un poziție deficitară a trunchiului sau a capului, mișcări prea lente sau prea rapide, rigide sau bruște, incorect dirijate și controlate.

Scopul evaluării este acela de a constata nivelul evoluției neuro-motorii, de a anticipa consecințele și mai ales de a repera factorii de control persistenți, pentru a ghida mai bine și a permite stabilirea obiectivelor și tratamentului de specialitate.

Au fost utilizate teste de evaluarea a nivelului de evoluție motrică după Le Metayer, nivelului funcțional motor după Tardieu, a motricității buco-faciale după Lickert, precum și scalele Gessel privind

- aria de dezvoltare neuro-motorie și aria de dezvoltare senzorială, care se unesc după vârsta de 1 an într-o arie comună de dezvoltare senzorial-motrică; aceasta este considerată după împlinirea vârstei de 3 ani ca arie de dezvoltare a comportamentului adaptativ;

- aria de dezvoltare a limbajului;



- aria de dezvoltare socio-afectivă, considerată după 3 ani ca arie de dezvoltare a comportamentului social.

Elaborarea exercițiilor și a programelor de recuperare neuro-motorie

Principiile metodice ale recuperării neuro-motorii includ respectarea principiilor metodice generale ale kinetoterapiei, însă a fost necesar să stabilesc și să respect unele reguli, proprii reeducării neuro-motorii. Astfel:

- folosirea oricărei metode de recuperare neuro-motorie presupune *obținerea relaxării musculaturii spastice* prin metodele cunoscute: realizarea poziției foetale, balansarea copilului apucat de membrele inferioare cu capul în jos, rostogolirea pe mingea Bobath;

- *poziționarea corectă a copilului spastic* pentru a efectua schemele de mișcare ușor, fără efort. Pozițiile normale și corecte de lucru s-au bazat pe:

- reflexul vestibulo-ocular fie fixând privirea copilului pe un anumit obiect și mișcând capul copilului, fie fixând capul copilului și cerând copilului să-si miște privirea;

- reflexul de poziție a capului în procesul de stabilizare și echilibrare a corpului;

- *inițierea mișcării* fie prin poziționare astfel încât gravitația să ajute declanșarea mișcării fie prin inițierea mișcării pasiv sau pasivo-activ. Schemele de mișcare sa se realizeze dinspre proximal spre distal și dinspre cranial spre caudal, adică în sensul dezvoltării controlului motor;

- *evitarea oboselii* prin controlul funcțiilor vitale și prin verificarea adaptării copiilor la efortul cerut (mai ales la copiii cu comițialitate sau la cei cu hidrocefalie);



- *gradarea progresivă a tratamentului*, de la ușor la greu, de la simplu la complex, de la cunoscut la necunoscut, de la obișnuit la neobișnuit, de la un lucru deprins la altul nedepins , de la sporadic la sistematic;

- *evitarea producerii și persistenței durerii* pe parcursul programului kinetic sau după program mai mult de 5-10 minute;

- *executarea corectă a programelor de recuperare* utilizând mișcările pe care copilul le folosește în activitățile obișnuite ca un mijloc de educație. Micuțul pacient trebuie să dobândească încredere în forțele proprii și să-și dezvolte reacțiile de redresare și de echilibru.

Au fost utilizate exerciții de relaxare, mobilizări passive, exerciții de ridicare în așezat, de rostogolire, deplasare din poziția pe genunchi, târâre, de desolidarizare a centurilor, dezechilibrăr, exerciții pentru dezvoltarea reacției de sprijin și de menținere a acestuia, de obținere a reacției încrucișate, exerciții de decontracturare (fig. 1, fig. 2).



Fig. 1



Fig. 2

De asemenea au fost aplicate exerciții pregătitoare pentru obținerea și stabilizarea



ortostatismului, mersului precum și tehnici speciale de masaj facial

Alegerea programelor de execuții pentru fiecare copil inclus în acest studiu a avut la bază nivelul de evoluție motorie obținut la fiecare evaluare, calitățile motrice ale copiilor și implicarea familiei (nivelul educațional dar și de situația materială și socială a acesteia).

Planificarea pe zile și săptămâni a ținut cont de domiciliul pacientului și de posibilitatea de deplasare până la centrul de recuperare, de perioadele în care terapeutul a avut concediu de odihnă, dar și de vacanțele de Paști și de Crăciun.

Au existat și situații în care copiii au lipsit din motive obiective (boli asociate, condiții meteorologice nefavorabile sau situații neprevăzute).

4. Prezentarea și interpretarea rezultatelor

Vârsta începerii tratamentului variază de la șapte luni la un an și zece luni; vom sublinia încă o dată utilitatea *instaurării rapide* a tratamentului, rezultatele obținute devenind cele dorite și în funcție de numărul ședințelor de kinetoterapie, care se desfășoară pe săptămână împreună cu folosirea corectă a apareiajului sau prin injectare cu toxina botulinică.

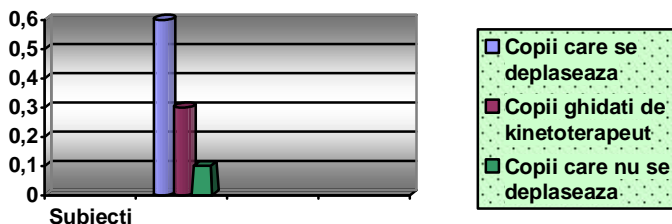
Nici un copil din lotul experimental nu a suferit intervenții chirurgicale, deoarece pe parcursul ședințelor de kinetoterapie, tehnicile de decontracturare, deși foarte dureroase, sunt extrem de eficiente și printr-un mod de execuție continuu, constant și corect ele pot substitui cu succes intervenția chirurgicală.

Tabel 5 Câștigul funcțional al copiilor evaluați



Nr. crt	Nume și prenume	Punctaj testare inițială	Punctaj testare finală	Câștig funcțional
1.	V. Maria Luiza	10p.	29p.	19p.
2.	M. Mădălin Dumitru	9p.	28p.	19p.
3.	A. Mădălin Ionuț	4p.	15p.	11p.
4.	Z. Mihai Cătălin	3p.	6p.	3p.
5.	T. Luca Andrei	5p.	13p.	8p.
6.	U. Andrei	5p.	18p.	13p.
7.	B. Alexandru Ionuț	9p.	30p.	21p.
8.	M. Miruna	9p.	29p.	20p.
9.	V. Alexandra	10p.	27p.	17p.
10.	B. Alexandru	5p.	15p.	10p.
11.	A. Ruxandra	10p.	27p.	17p.
12.	G.Constantin Cristian	6p.	29p.	23p.
13.	B. Marian	5p.	15p.	10p.
14.	C. Bogdan Gabriel	4p.	9p.	5p.
15.	A. Mircea	6p.	29p.	23p.
16.	L. Andrei	5p.	21p.	16p.
17.	M. Ionuț	8p.	30p.	22p.
18.	S. Maria	9p.	29p.	20p.
19.	H. Alexandra	11p.	27p.	16p.
20.	U. Matei	5p.	16p.	11p.

Diagrama 1 Reprezentarea câștigului funcțional al copiilor evaluați



Achizițiile funcționale apărute pe parcursul educării toterapeutice, în ceea ce privește alimentația, anunță practic posibilitatea de pronunție a fonemelor, la copilul cu dizabilitatea neuro-motorii. Ședințele de învățare a menținerii unor posturi și de control a motricității buco-faciale sunt de cele mai multe ori necesare în ameliorarea motricității articulației ortofonice.

Tabel 6 Aprecierea nivelului funcțional în raport cu aplicarea masajului facial

Nume prenume	Evaluare inițială	Masticație alimente	Deglutiție	Combaterea sialoreei	Evaluare finală	Câștig funcțional datorat masajului facial
V. Maria Luiza	6 puncte	2	2	2	15	9 puncte
M. Mădălin Dumitru	5 puncte	2	2	1	14	9 puncte
A. Mădălin Ionuț	6 puncte	2	2	2	9	3 puncte
Z. Mihai Cătălin	3 puncte	1	1	1	8	5 puncte
T. Luca Andrei	3 puncte	1	1	1	8	5 puncte
U. Andrei	5 puncte	2	2	1	9	4 puncte
B. Alexandru Ionuț	6 puncte	3	2	1	14	8 puncte
M. Miruna	7 puncte	3	2	2	15	7 puncte
V. Alexandra	6 puncte	2	2	2	15	9 puncte
B. Alexandru	8 puncte	3	3	2	15	7 puncte



A. Ruxandra	7 puncte	3	3	1	14	7 puncte
G.Constantin Cristian	5 puncte	2	2	1	12	7 puncte
B. Marian	4 puncte	2	1	1	8	4 puncte
C. Bogdan Gabriel	3 puncte	1	1	1	7	4 puncte
A. Mircea	5 puncte	2	2	1	9	4 puncte
L. Andrei	4 puncte	2	1	1	8	4 puncte
M. Ionuț	6 puncte	3	2	1	12	6 puncte
S. Maria	6 puncte	2	2	2	11	5 puncte
U. Matei	5 puncte	2	2	1	9	4 puncte
H. Alexandra	7 puncte	3	2	2	15	8 puncte

5. Concluzii și propuneri

Concluzii

Descrierea etapelor dezvoltării neuro-motorii a copilului oferă specialistului în domeniu posibilitatea stabilirii unor criterii obiectivizate și standardizate, fapt care-i va permit, atât compararea unui copil cu ceilalți, cât și compararea copilului cu el însuși, în anumite etape pentru a putea urmări ritmul și modul în care aceștia achiziționează noile deprinderi specifice evoluției vârstei.

Depistarea precoce a întârzierilor și tulburărilor în dezvoltare și aplicarea corectă a tehnicilor și metodelor de reeducare neuro-motorie pot anula, ameliora sau compensa disabilitățile.

Particularitățile copilului cu IMC sunt complexe și diverse și sunt legate de gravitatea disabilității motorii, de situația familială a acestuia, de nivelul educațional al membrilor familiei, în ansamblu de situația materială și socială a acestuia.

1. Stimulul de bază al dezvoltării neuromotorii este reprezentat de mișcare care se efectuează sub forma



exercitiilor fizice specifice. Acestea stau la baza unor metode ce urmaresc dezvoltarea si stimularea copilului cu disabilitati, uneori fiind asociate si cu alte mijloace specifice.

Aplicarea in mod constant a exercitiilor fizice si adaptarea lor la particularitatile copilului a dus la imbunatatirea nivelului de evolutie motorie a acestora..

2. Kinetoterapia reprezintă o formă de terapie aplicată cu respectarea principiilor individualizării și progresivității efortului.

Ea utilizează, în principal mijloace specifice, constând în exerciții fizice active (stative și dinamice) și pasive, având ca obiective în cazul copiilor cu disabilități neuro-motorii, dobândirea/redobândirea funcțiilor absente/diminuate, urmată de creșterea nivelului funcțional și realizarea unor mecanisme compensatorii în situații de readaptare funcțională.

Programele individualizate au crescut gradul de independență motrică și funcțională, făcând posibilă integrarea socială a copiilor studiați.

În urma aplicării prompte (imediat după stabilirea diagnosticului) progresive, corecte și continue a exercițiilor fizice, nivelul funcțional al acestora s-a îmbunătățit.

3. Implicarea familiei copilului cu disabilități (exemplu: programe de exerciții) stabilite de echipa interdisciplinară este obligatorie; familia trebuie conștientizată asupra faptului că responsabilitatea ei este foarte importantă și constituie un factor determinant în obținerea succesului terapeutic.

Pentru ca programul de recuperare al copilului cu disabilități să corespundă cel mai bine nivelului de



evoluție al acestuia, membrii echipei interdisciplinare trebuie să realizeze că s-au angajat într-o misiune complexă, comună, cu scopuri și obiective precise, alături de membrii familiei.

În acest proces familia va asista copilul și îl va ajuta în facilitarea și însușirea mișcărilor de bază, pe baza programelor de exerciții recomandate de kinetoterapeut pentru acasă.

Stimularea psihomotorie este esențială până la vârsta de 3 ani, și de aceea aplicarea unor exerciții fizice și metode adecvate stadiului dezvoltării neuro-motorii, vor asigura atingerea obiectivelor propuse privind ameliorarea patologiei existente și stabilirea unor noi etape de acțiune și evaluare intrinsecă.

4. Recuperarea psiho-motorie este un proces dificil, de lungă durată, care cere sacrificii, perseverență, continuitate și tenacitate, atât din partea familiei, cât și a echipei interdisciplinare.

De multe ori, după ani de muncă, se obține un câștig funcțional mic, care reprezintă un salt spectaculos în asigurarea unui anumit grad de independență în realizarea actelor și acțiunilor motrice, indispensabil desfășurării activităților curente.

În concluzie, procesul de recuperare este de lungă durată și adeseori pare irealizabil însă, privit ca finalitate, integrarea socială a acestor copii, adaptarea lor la exigențele unei societăți incapabile de a-i accepta au ca efect pe termen lung autoeducarea noastră, a întregii societăți. Adulții de mâine vor manifesta o mare deschidere către o astfel de categorie socială. Feed-back-ul este astfel unul continuu.



Rezultatele obținute și exprimate în concluziile de lucru mă îndreptătesc să afirm că mijlocul cel mai important de recuperare neuro-motorie aparține educației fizice, sportului și kinetoterapiei și este reprezentat de exercițiul fizic, care asociat cu alte mijloace specifice/nеспециifice contribuie la integrarea socială a acestuia.

Apreciem că prezenta cercetare are valoare practică aplicativă, programele de recuperare și demersul de cercetare propuse, având caracter de originalitate, atât din punct de vedere a tehnicilor utilizate și designului experimental, cât și din cel al modului de organizare și structurare a disabilităților studiate, în acord cu principiul interdisciplinarității.

Acestea pot contribui la abordarea copilului cu disabilități ca „un tot” pentru atingerea cât mai rapidă a obiectivelor în vederea integrării lor sociale.

Propuneri

Realizarea unui program național pentru depistarea precoce a copiilor cu disabilități și orientarea familiilor către centre specializate în abordarea complexă în scopul creșterii independenței și integrării sociale a copiilor.

Stimularea psiho-motorie, aplicarea individualizată a exercițiilor fizice, folosirea apareiajelor pentru poziționarea corectă, intervenția fiecărui specialist al echipei interdisciplinare trebuie să reprezinte pași obligatorii în obținerea recuperării copilului cu disabilități. Având în vedere că și aceștia au aceleași drepturi în ceea ce privește sănătatea, educarea, posibilitățile de angajare și integrarea în societate,



stigmatizarea și discriminarea ar reprezenta obstacole grave în exercitarea acestor drepturi.

Programele integrate de asistență socială să implice seturi de programe kinetoterapeutice, psihologice și sociale, complementare, simultane sau secvențiale, care să se concretizeze într-un plan individualizat de lucru pentru copiii cu dizabilități neuro-motorii.

Seleționarea unui program specific de asistență în cazul familiilor în care există copii cu dizabilități neuro-motorii este obligatorie. Se impune astfel, necesitatea dezvoltării unei rețele de instituții și profesioniști care să răspundă acestei provocări în abordarea copilului cu IMC.

Bibliografie

1. Benga, I., 1994, *Introducere în neurologia pediatrică*, Editura Dacia, Cluj Napoca.
2. Bobath, B., 1973, *Anomalie des réflexes de posture*, Maloine, Paris.
3. Bobath, K., 1975, *Principe fondamental et conduite du traitement chez les enfants atteints de paralysie cérébrale*, Cah. CDI.
4. Căciulan, E., 1995, *Apareiajul, formă de tratament complex la copiii cu IMC*, Sesiunea Facultății de Kinetoterapie, Oradea.
5. Căciulan, E., 2005, *Educația terapeutică buco-facială a copilului cu dizabilități neuromotorii*, al V-lea Congres Național de Kinetoterapie, București.



6. Darrah, J., 2000, *Management of children with cerebral palsy and infant motor development*, courses from University of Alberta.
7. Le Metayer, M., (1999) – *Reeducation cerebro-motrice du jeune enfant. Education therapeutique*, Masson Editeur, Paris.
8. Moțet, D., (2001) – *Psihopedagogia recuperării handicapurilor neuromotorii*, Editura Fundației Humanitas, București.
9. Popescu, V., (1994) – *Paraliziile cerebrale*, în „Revista Pediatria”, nr. 4, București.
10. Stokes, M. (2002) – *Neurological Physiotherapy*, Mosby International Limited.
11. Yves, X. (1996) - *De Kinésithérapie et de rééducation fonctionnelle*, Maloine, Paris.
12. Xxx, (1997)– *Kinesitherapie scientifique n°366 – Le concept Vojta*, S.P.E.K. Paris.