



University of
Texas Libraries



e-revist@s



Centro Unversitário Santo Agostinho

revistafsa

www4.fsnet.com.br/revista

Rev. FSA, Teresina, v. 21, n. 4, art. 8, p. 156-183, abr. 2024

ISSN Impresso: 1806-6356 ISSN Eletrônico: 2317-2983

<http://dx.doi.org/10.12819/2024.21.4.8>

DOAJ DIRECTORY OF
OPEN ACCESS
JOURNALS

WZB
Wissenschaftszentrum Berlin
für Sozialforschung



Psicossomática e Psicometricidade: Um Estudo Epistemológico

Psychosomatics and Psychometricity: An Epistemological Study

Thaysa Mendes de Souza

Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário Maurício de Nassau

E-mail: thaysamendessds@gmail.com

João Mateus Pereira da Silva

Graduado em Psicologia pelo Centro Universitário Maurício de Nassau

E-mail: joamateuspereira.psicologo@gmail.com

Paula Julianna Chaves Pinto

Doutora em Psicologia pela Universidade de Fortaleza

E-mail: psijuchaves@hotmail.com

Endereço: Thaysa Mendes de Souza

Centro Universitário Maurício de Nassau R. Antônio Pompeu, 1001 - Centro, Fortaleza - CE, 60040-000. Brasil.

Endereço: João Mateus Pereira da Silva

Centro Universitário Maurício de Nassau R. Antônio Pompeu, 1001 - Centro, Fortaleza - CE, 60040-000. Brasil.

Endereço: Paula Julianna Chaves Pinto

Centro Universitário Maurício de Nassau R. Antônio Pompeu, 1001 - Centro, Fortaleza - CE, 60040-000. Brasil.

Editor-Chefe: Dr. Tonny Kerley de Alencar Rodrigues

Artigo recebido em 05/01/2024. Última versão recebida em 18/01/2024. Aprovado em 19/01/2024.

Avaliado pelo sistema Triple Review: a) Desk Review pelo Editor-Chefe; e b) Double Blind Review (avaliação cega por dois avaliadores da área).

Revisão: Gramatical, Normativa e de Formatação



“O corpo é linguagem, e esta, por sua vez, é corpo.”

(Esteban Levin)

RESUMO

Este trabalho visa analisar as semelhanças teóricas e clínicas da psicossomática e da psicomotricidade. Apresentam-se o histórico e o desenvolvimento das duas ciências que surgem e se estruturam apoiadas na psicanálise, mas que diferem em suas técnicas na atuação clínica, assim como se discute a formação do sintoma psicossomático e do sintoma psicomotor. Trata-se de uma pesquisa com caráter qualitativo e exploratório, possibilitando a construção do apanhado epistemológico de cada uma das ciências e da atuação clínica do psicossomático e do psicomotricista. Como resultado, apontamos alguns questionamentos acerca de ambas, que, mesmo sendo tão semelhantes, não convergem na prática e tampouco possuem ligações na literatura de forma conjunta.

Palavras-chave: Psicossomática. Psicomotricidade. Psicanálise.

ABSTRACT

This study aims to analyze the theoretical and clinical similarities of psychosomatics and psychomotricity. The history and development of the two sciences that arise and are structured based on psychoanalysis, but differ in their techniques in clinical performance are presented, and the formation of the psychosomatic symptom and the psychomotor symptom is explained. This is a qualitative and exploratory research, enabling the construction of the epistemological overview of each one of the sciences and of the clinical performance of the psychosomatic and the psychomotricist professionals. As a result, we point to some questions about both, that, even though are so similar, do not converge in practice and do not have connections in the literature together.

Keywords: Psychosomatic. Psychomotricity. Psychoanalysis.

1 INTRODUÇÃO

Ainda que seja descrita na literatura desde os tempos arcaicos, tornando-se um dos métodos mais antigos de auxílio terapêutico, o termo psicossomática surgiu em 1818, quando

J. C Heinroth o utilizou pela primeira vez (ÁVILA, 2002). É possível descrevê-la como “uma ideologia sobre a saúde, o adoecer e sobre as práticas de saúde; é um campo de pesquisas sobre esses fatos e, ao mesmo tempo, uma prática - a prática de uma medicina integral” (MELLO FILHO, 2010, p. 29).

Todavia, ela surge propondo duas perspectivas de um mesmo problema: medicina psicossomática e psicossomática psicanalítica. A primeira é um viés investigativo etiológico, acrescentando os aspectos psicológicos como um dos fatores, utilizando-se de conceitos psicanalíticos na busca do sentido da doença, com ênfase no fazer medicinal. Na segunda, busca-se o sentido do sintoma, considerando o inconsciente para analisar as afetações que o psiquismo produz no corpo, relacionando a doença, o processo de adoecer e o sujeito (ÁVILA, 2002).

Propõem-se também duas escolas, a Escola Psicossomática de Chicago e a Escola Psicossomática de Paris, que possuem, respectivamente, como seus maiores representantes, Franz Alexander e Hellen Dunbar, Pierre Marty e Michel de M’Uzan. Leva-se em consideração que a psicossomática nasce do encontro entre a medicina e a psicanálise, e a construção das duas escolas perpassa fortemente a psicanálise, de modo que encontramos na literatura pontos perceptíveis de concordância e divergências entre ambas (GALDI; CAMPOS, 2017; SANTOS; JÚNIOR, 2018).

Se de um lado temos a psicossomática investigando e criando perspectivas a respeito da relação entre o corpo, doença e psiquismo, do outro, temos Ernerst Dupré que, em 1909, a partir de seus estudos sobre a síndrome da debilidade motora, foi o primeiro autor a escrever as percepções iniciais relacionadas à psicomotricidade (BUENO, 2014).

Compreende-se o corpo estudado pela psicomotricidade em duas esferas: funcional e relacional. Quando falamos em um corpo funcional, estamos caracterizando suas ferramentas de ação e suas possibilidades de movimento, nutrindo como ênfase o gesto técnico e a habilidade motriz. Diferente do corpo relacional, que se refere aos métodos que serão utilizados para a execução das ferramentas de ação, permitindo que o sujeito se utilize da exteriorização de seu interior na relação com o outro através do corpo, englobando aspectos afetivos e cognitivos (BUENO, 2014).

A psicomotricidade é um campo transdisciplinar que investiga o sujeito mediante seu corpo em movimento, objetivando estimar a conexão entre o psiquismo e a motricidade, sustentando-se em uma visão holística, firmando as funções cognitivas, socioemocionais, simbólicas e motoras, impelindo que o sujeito possa ser e agir no contexto psicossocial (ABP, [s. d.]).

Dispondo do mesmo olhar totalizante sobre o sujeito com a influência da psicanálise, considerando-o como um ser biopsicossocial e com suas questões subjetivas, nota-se que ambas as ciências possuem duas perspectivas de investigação de um mesmo objeto de estudo: a interligação entre o corpo e o psiquismo. Nesse sentido, considerando as afetações que ocorrem no sujeito e em sua vida a partir de sintomas biológicos e psíquicos, veremos como surgem e como se manifestam os sintomas psicossomáticos e psicomotores.

São esses sintomas que fazem o sujeito procurar as duas clínicas. A atuação é pautada nas premissas teóricas da clínica psicanalítica, com as entrevistas preliminares, estabelecimento da relação transferencial, demanda para permanência no tratamento e investigação dos conteúdos inconscientes. Ambas podem atuar com crianças, adolescentes, adultos e idosos, mas o foco da psicomotricidade se torna a infância, pelas suas intervenções no desenvolvimento.

Para realizarmos este trabalho, fizemos o uso de uma pesquisa bibliográfica, por se desenvolver através de materiais publicados anteriormente. Isso auxilia em uma maior cobertura e possibilidades de compreensão do fenômeno estudado. Durante a coleta de dados, percebemos uma escassez de artigos que abarcassem a proposta do estudo, por isso utilizamos o viés exploratório, para facilitar a construção de hipóteses e por proporcionar uma maior proximidade com a raiz epistemológica da psicossomática e da psicomotricidade (GIL, 2008). Dessa forma, questionamos se as técnicas utilizadas no tratamento de um paciente com déficits psicomotores podem contribuir para a prática terapêutica da clínica do profissional que atua com a psicossomática e, ainda, se a visão de sujeito da psicossomática pode auxiliar na prática do psicomotricista, uma vez que ambos possuem o mesmo objetivo de não fragmentar o sujeito.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A psicossomática e suas perspectivas terapêuticas

Os questionamentos sobre a relação entre corpo e mente são descritos na literatura desde os primórdios, assim como os conceitos de saúde e doença. René Descartes (1596-1650) foi o principal nome a sustentar a perspectiva de separabilidade entre as duas instâncias: o corpo como pertencente à medicina e a mente à filosofia. A medicina do século XIX sofreu grande influência dessa visão dualista (CASTRO; ANDRADE; MULLER, 2006). Mesmo com os estudos antecedentes, o termo “psicossomática” aparece apenas em 1818, com o médico J. C. Heinroth (1773-1843), em seus estudos sobre a insônia. O termo foi utilizado com o objetivo de explicar a influência anímica direta nas questões corpóreas, pois o autor discorria sobre as paixões sexuais e suas influências em alguns tipos específicos de doenças. Alguns pesquisadores passaram a refutar essa ideia e o termo entrou em desuso por um determinado período (MELLO FILHO, 2010).

No início do século XX, o médico Sigmund Freud (1856-1939), através da psicanálise, provocou mudanças com a descoberta do inconsciente e postulou uma nova perspectiva na relação corpo-mente, rompendo com o modelo dualista. Para o autor, as doenças não são apenas uma desordem dos fatores biológicos, mas esse corpo pode ser afetado por fatores psíquicos. A psicanálise se propõe a uma terapêutica que torna o sujeito consciente de sua vida, possibilitando que os conteúdos inconscientes tornem-se conscientes, alargando as possibilidades do sujeito de conhecer-se, sem uma expectativa de cura iminente. A medicina, por sua vez, apresenta um auxílio terapêutico visando à eliminação dos sintomas, na busca de uma cura (ÁVILA, 2002; PERES, 2006).

Não obstante o corpo ter se tornado uma questão fundamental para o nascimento da psicanálise, Freud focou seus estudos nas questões psíquicas. A partir das ideias advindas de sua teoria, foi possível fomentar uma base de conhecimento para que outros estudiosos pudessem se dedicar às questões corpóreas e às influências psíquicas no processo do adoecimento. Dessa forma, Sándor Ferenczi (1873-1933) e Georg Groddeck (1866-1934), separadamente, começaram a estudar as doenças como uma produção simbólica do mecanismo psíquico. Assim, nasceu o movimento psicossomático, através da junção entre medicina e psicanálise (PERES, 2006; MELLO FILHO, 2010).

Groddeck era psicanalista e possuía uma determinada influência. Seu primeiro texto psicossomático foi publicado em 1917, ao obter a validação de Freud. Essa obra tornou-se

consagrada, pois alega que os mecanismos envolvidos na conversão histérica poderiam ser utilizados para outras doenças que demonstrassem sintomas somáticos. As doenças passam, assim, a ser desejos inconscientes que se apresentam simbolicamente em uma manifestação de sintomas corporais no sujeito (PERES, 2006).

No mesmo ano, Ferenczi, através de sua experiência médica em um hospital militar, publicou seus estudos sobre as patoneuroses. A sua teoria aponta para a ideia de que a libido pode focalizar em uma determinada parte do corpo adoecida, tornando esse local genitalizado. Com a genitalização dessa parte, há obtenção de prazer, o que proporciona a esse corpo uma vulnerabilidade na manutenção dos sintomas. Esse é o caminho oposto ao que ocorre no processo de conversão histérica, uma vez que a manifestação dos sintomas corporais surge de forma coadjuvante (CASETTO, 2006).

Em 1920, o psicanalista Felix Deutsch (1884-1964) retomou a adesão ao termo, apresentando um estudo, propondo a existência de influências psíquicas na vida orgânica, dispondo de uma perspectiva da psicossomática que ia além da proposta elaborada por Heinroth. O autor nos apresenta a medicina psicossomática, uma proposta de medicina do homem em sua totalidade. Com a sua emigração, mudou-se para os Estados Unidos e contribuiu com Helen Dunbar (1902-1959) e Franz Alexander (1891-1964), os principais representantes desse viés psicossomático (CASETTO, 2006).

A medicina psicossomática assume os conceitos da teoria psicanalítica para acrescentar ao tratamento da medicina uma abordagem psicológica, auxiliando no esclarecimento de algumas questões inconscientes que possam ser determinantes para as doenças, servindo como método de investigação. Porém, permanece empregando os mesmos critérios, técnicas e ferramentas próprias da medicina (ÁVILA, 2002; DUVAL; OLIVEIRA, 2010). Sua linha de investigação é etiológica, adotando os aspectos psicológicos como um dos fatores no tratamento, ou seja, é “uma proposta de assistência integral e uma transcrição para a linguagem psicológica dos sintomas corporais” (EKSTERMAN, 2010, p. 93).

Seguindo essa linha teórica, Alexander liderou a Escola Psicossomática de Chicago, nos anos 30, e se tornou o principal autor dessa escola, propondo, inclusive, uma delimitação das doenças psicossomáticas. Nos seus estudos, as doenças são derivadas de conflitos habituais que desencadeiam um estado de estresse crônico no organismo, conseqüentemente, produzindo impactos fisiológicos que podem ser a causa de doenças curáveis ou permanentes (CASSETO, 2006; SANTOS; PEIXOTO JÚNIOR, 2019).

As contribuições teóricas de Dunbar são consideradas fundamentais para essa escola, pois a autora surge propondo uma ligação entre determinadas enfermidades com alguns tipos

de personalidade, denominando-as de doenças psicossomáticas. Contudo, Alexander não adere a esse modelo e elabora um estudo sobre perfis psicodinâmicos. Nesse estudo, a partir do paciente asmático, ele defende a ideia de que essa causalidade entre um sintoma somático e uma característica de personalidade não ocorre dessa forma, pois é um efeito secundário (CASSETO, 2006; SANTOS; PEIXOTO JÚNIOR, 2019).

Com grande influência do estudo de Ferenczi sobre as neuroses de órgão, Alexander elabora o conceito de “constelação psicodinâmica específica”. Basicamente, significa que, ao se enfrentar determinadas situações que exijam o esforço de uma carga emocional maior, dependendo de como o sujeito reage, ele poderá relembrar algumas questões internas. Com base nessa descoberta, ele começa a considerar que toda doença possui um cunho psicossomático (SILVA, 2016; GALDI; CAMPOS, 2017).

Tendo como inspiração as elaborações teóricas realizadas pela Escola Psicossomática de Chicago, Pierre Marty (1918-1993), juntamente com outros psicanalistas, fundou a Escola Psicossomática de Paris, nos anos 50. No início, buscavam estudar a existência de uma determinada estrutura subjetiva que tornasse alguns sujeitos mais suscetíveis ao desenvolvimento de sintomas somáticos e/ou a alguns tipos específicos de doença (SANTOS; PEIXOTO JÚNIOR, 2019).

Essa vertente introduz o conceito de “depressão essencial e pensamento operatório”, com base nos estudos de autores franceses e americanos, que encontraram em seus pacientes, classificados como psicossomáticos, características peculiares e frequentes na maneira de lidar com suas emoções e pensamentos. Ao perceber essa mesma dificuldade de seus pacientes psicossomáticos em elaborar discursos sobre seus sentimentos, em Boston, Peter Sifneos (1920-2008) empregou o conceito de “alexitimia” (MELLO FILHO, 2010; SANTOS; PEIXOTO JÚNIOR, 2019).

A depressão essencial acontece quando, diante de uma situação traumática que desestabiliza as funções psíquicas do sujeito, as habilidades responsáveis pela elaboração desse evento não atuam de forma eficaz. Os sintomas permanecem mascarados, quase imperceptíveis diariamente, fazendo com que o maior impacto venha a ser nas habilidades de manutenção das relações sociais, pois, desse modo, o sujeito não sente mais o prazer nessas relações, tornando-se distante e beirando a indiferença (RODRIGUES; CAMPOS, 2010; SOARES; BLAZIUS; ZADINELLO, 2015).

O pensamento operatório diz respeito a uma condição de empobrecimento do mundo interno, fazendo com que esse sujeito invista demasiadamente no mundo externo. Esse tipo de pensamento possui uma relação com o inconsciente, mas não em um nível que possibilite a

elaboração da vida pulsional. Em outras palavras, o discurso é produzido como uma descarga de tensão. O sujeito oraliza palavras que não são empregadas com significados simbólicos ou fantasmáticos e não consegue prolongar a fala, tornando-se restrito no uso das palavras (SILVA; CALDEIRA, 2010).

A alexitimia se assemelha ao pensamento operatório nas características relacionadas ao empobrecimento das funções simbólicas. Nos sujeitos alexitímicos, ocorre a junção das baixas habilidades de simbolização e das baixas habilidades, quase nulas, de elaboração de seus próprios sentimentos e emoções. Essa condição pode estar relacionada aos fatores biológicos adquiridos a partir de alguma falha neurobiológica ou aos fatores psicossociais traumáticos durante as fases mais essenciais do desenvolvimento humano (SILVA; CALDEIRA, 2010; SOARES; BLAZIUS; ZADINELLO, 2015).

As representações ou percepções carregadas de afetos são afastadas da mente e as tensões físicas não encontram caminho para o psíquico, permanecendo no campo físico. Nele ocorre também que os resíduos diurnos não se articulam com os traços de memória, portanto, não se traduzem em elaborações adequadas de sonhos, tornando pobre a vida fantasmática e não podendo ser usados adequadamente como cenário da pulsão (SILVA; CALDEIRA, 2010, p. 158).

É importante falar dos conceitos de pensamento operatório e alexitimia juntos, ainda que não tenham sido elaborados pela mesma escola, levando em consideração que eles são semelhantes em suas características e em suas manifestações nos pacientes. A partir da explicação de ambos, é possível pensar que a maior diferença entre eles é no aspecto dos sentimentos e emoções, pois, enquanto no pensamento operatório os pacientes conseguem expressar seus sentimentos, mesmo que de forma mínima, os alexitímicos não reconhecem suas emoções e tampouco conseguem perceber a diferença entre as sensações.

As duas escolas possuíram um papel fundamental na construção de estudos e teorias sobre as doenças tidas como psicossomáticas. Verifica-se que a psicossomática sempre esteve entrelaçada com a psicanálise, possibilitando a criação de novos caminhos que seguissem essa mesma direção, mas com perspectivas diferentes, surgindo assim a psicossomática psicanalítica. Esta baseia-se, principalmente, na teoria freudiana para investigar as afetações das questões inconscientes no corpo, analisando o inconsciente para relacionar a doença, o sujeito e o processo de adoecer. Considera-se, ainda, que doença psicossomática vem a ser todo fenômeno que não se limita apenas a explicações médicas, mas que ainda assim se torna presente no sujeito (ÁVILA, 2002; GALDI; CAMPOS, 2017).

Com todo o percurso acerca da corporeidade e suas perspectivas teóricas para a psicossomática, podemos introduzir os conceitos de “conversão histérica”, “somatização” e “fenômeno psicossomático”, a fim de possibilitar uma nova percepção no que se refere à ocorrência das manifestações dos sintomas no sujeito.

Em 1893, Freud introduziu a conversão histérica a partir de estudos sobre a histeria.

Para o autor, a origem de uma conversão está nos conteúdos inconscientes relacionados a um afeto, sendo que este permanece inalterado devido ao recalçamento, e, depois de passar pelo processo de recalçamento, retorna em forma de um sintoma corporal. De acordo com Dunker (2006, p. 5), “no processo de destinação do afeto, ou da soma de excitação, suprimida pelo recalçamento, há um deslocamento para uma região específica do corpo, a zona histerógena. Aqui há sempre uma circunstância anterior que torna erotizável o órgão”. Quando o órgão erotizado é escolhido como destino do afeto, é o que consideramos como complacência somática. Essa susceptibilidade orgânica viabiliza a manifestação psíquica, podendo aparecer de forma sensorial ou motora (FREUD, 1893).

Diferente do processo da formação de uma conversão, na somatização não há o recalçamento do afeto, pois é o próprio afeto se manifestando no corpo. O sintoma orgânico surge em decorrência de uma angústia duradoura que promove a manutenção desse sintoma, produzindo um adoecimento crônico que, dificilmente, responderá efetivamente às terapêuticas propostas pela medicina, pois não há a produção de um sentido para esse sintoma e, pela psicanálise, como vimos, o sujeito produz o sentido. Nas somatizações, também está presente a complacência somática, assim como estão presentes as baixas habilidades na produção simbólica do discurso (CASSETTO; DUNKER, 2006).

Ao analisarmos as duas vertentes do sintoma na psicossomática, é perceptível que a diferença está no sentido do sintoma. Essa explicação nos possibilita introduzir o fenômeno psicossomático em que, por sua vez, não há sentido para o sujeito, pois não dispõe de uma tentativa de discurso, já que é algo totalmente desconhecido para aquele que sente. O fenômeno está relacionado a um rompimento simbólico, impossibilitando que o sujeito se implique com o seu sintoma, ou seja, o sujeito não fala de seus afetos e, como vimos, isso é uma das características da alexitimia. Entretanto, nem todo alexitímico apresenta fenômeno psicossomático (SANTOS FILHO, 2010).

Após explicar sobre o desenvolvimento da psicossomática e suas vertentes, torna-se fundamental ingressar no movimento psicossomático no Brasil. Somente na década de 80 foi possível consolidar a Associação Brasileira de Psicossomática, em decorrência da calamidade no sistema de saúde que acontecia naquele momento. Com o enfraquecimento nos serviços

ofertados para a população, houve uma procura por medidas terapêuticas alternativas, demandando que os profissionais da saúde buscassem uma expansão de conhecimento, acarretando em uma “aceitação” desse novo campo de saber que, até então, possuía grandes estigmas. O que notamos atualmente é que esse receio quanto ao uso da psicossomática ainda é presente entre os profissionais da saúde (EKSTERMAN, 2010; DOS REIS; GODINO, 2018).

Um dos marcos para a psicossomática brasileira está nas obras do psicanalista e médico Danilo Perestrello. O autor considera o homem como uma totalidade e, em seus estudos, ele introduz uma perspectiva de que se deve considerar o passado, o presente e expectativas futuras para podermos compreender o sujeito, pois somos um sistema que coexiste com o meio, e, por isso, o processo de adoecimento é apenas uma das manifestações do sujeito no contexto em que está inserido (MELLO FILHO, 2010).

Perestrello iniciou, em 1958, no Brasil, reuniões que eram realizadas em Londres desde 1949 pelo psicanalista Michael Balint (1896-1970). As reuniões consistiam em discutir casos médicos, com o aparato teórico da psicanálise, mas enfatizando a humanização do médico, relacionando o atendimento aos seus sentimentos pessoais em relação ao paciente. A psicologia médica, outro ramo da psicossomática, nasceu apoiada nos grupos Balint (MELLO FILHO, 2010).

[...] a Psicologia Médica parece destinada a herdar os principais atributos da Medicina Psicossomática. Com uma diferença fundamental. A Medicina Psicossomática estuda as relações mente-corpo e seu foco é a patogenia. Por sua vez, a Psicologia Médica estuda as relações assistenciais e seu foco é a terapêutica. No primeiro, ressalta a questão diagnóstica; no segundo, a atuação clínica (MELLO FILHO, 2010, p. 45).

A psicossomática, enquanto uma abordagem terapêutica, propõe expandir a visão sobre o sujeito, possibilitando que esse ser possa se implicar e aceitar a doença, a morte e o morrer enquanto acontecimentos inerentes à existência. Dispõe que os profissionais que a usufruem possam se desvincular da concepção fragmentada do sujeito e, dessa forma, aplicar o seu conhecimento de maneira interdisciplinar, uma vez que “existe ali um corpo que se constitui através de uma herança advinda da espécie, mesclado com desejos, atributos, com vivências afetivas” (CASTRO, 2013, p. 173).

Pensando no trabalho interdisciplinar, existem dois parâmetros reflexivos envolvendo o trabalho teórico e prático. A partir disso, tem-se o estudo do doente e o estudo dos mecanismos. O primeiro é a compreensão desse ser doente com todas as suas questões históricas e familiares, suas demandas da doença no cenário em que está inserido. E o

segundo analisa a relação do corpo e do psiquismo, considerando seus aspectos com a mesma importância e enfatizando esse doente enquanto um sujeito imerso na linguagem (CASTRO, 2013).

Podemos considerar que a psicossomática, enquanto um auxílio terapêutico e de ótica para a compreensão do ser, torna-se essencial em qualquer campo de estudo, visto que seu objetivo consiste na ruptura do conhecimento dissociado do homem. Desestrutura a ideia de que é possível tratar apenas o biológico, sem interferir no psíquico - ou o contrário, e propaga o entendimento biopsicossocial, obtendo ganhos científicos e sociais (MELLO FILHO, 2010; CASTRO, 2013).

Por fim, faz-se necessário retornar ao que falamos sobre o receio em utilizar a psicossomática e questionarmos a desvalorização e o não reconhecimento da psicossomática, ainda que esse campo se mostre eficaz, amplo e bem estruturado em sua base teórica e prática. Como hipótese de possíveis causas para esse movimento, vemos que:

Frequentemente ocorrem frustração, ansiedade e ações, atitudes médicas, muitas vezes iatrogênicas. Não só pelo valor que tem a palavra do médico [...] *Como também pelo uso de medicamentos paliativos que, pela receita, visa apenas ao efeito-tampão, que seda, que droga, que aliena, muito mais que cura, que liberta.* [...] Faz parte da cultura (CASTRO, 2013, p. 174, grifo nosso).

O autor refere-se a uma lógica contrária ao que vimos com a psicossomática, que advoga para uma conduta que responsabiliza e implica o sujeito no seu processo de adoecimento, considerando-o em todas as suas esferas e faces, com o objetivo de que esse sujeito se torne paulatinamente consciente do seu próprio mal-estar. Assim, busca possibilitar caminhos para que esse sujeito seja visto para além do sintoma. É nessa mesma perspectiva integral do ser que a psicomotricidade se estrutura.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 A psicomotricidade e seus transtornos

Assim como a psicossomática nasce arraigada com a medicina, a psicomotricidade surge com os estudos da medicina, especificamente a neurologia do século XIX. Ainda com a base de compreensão do homem como um ser dualista, essa área da neurologia passa a nomear algumas partes cerebrais, principalmente relacionadas ao córtex e regiões motoras. Com o desenvolvimento e expansão dos estudos neurológicos, descobriu-se que há uma gama

de disfunções biológicas que ocorriam sem haver uma lesão cerebral ou sem uma localização exata da lesão no órgão (ABP, [s.d.a]).

A neurologia se utilizava clinicamente de um sistema anatômico que relacionava cada sintoma a uma localização específica, até que esses fenômenos que não se enquadravam em uma explicação neurobiológica se tornaram mais recorrentes e é como surgiu, pela primeira vez, a palavra “psicomotricidade”, em 1870, com Karl Wernicke (1848-1905), neuropsiquiatra que dedicava seus estudos para as afasias (distúrbios de linguagem). As primeiras pesquisas psicomotoras ainda eram, essencialmente, para o campo neurológico (ABP, [s.d.a]).

O neurologista Ernest Dupré (1862-1921) é considerado a principal figura para o desenvolvimento da psicomotricidade, pois, ao estudar as praxias (perturbações motoras), relacionou as debilidades motoras com as debilidades mentais. É nesse estudo de 1909 que ele afirma a existência do paralelismo motor, revelando que a relação entre psicomotricidade, inteligência e afetividade ocorre de maneira conjunta. De acordo com Morizot (2018, n.p), a síndrome estudada por Dupré era revelada “a partir de três estigmas principais: falta de destreza, sincinesias e paratonias, que não eram atribuídas a uma lesão do sistema piramidal, mas somente a uma insuficiência” (apud ABP, [s.d.a])

Aproximadamente no início de 1925, com os trabalhos do psicólogo e médico Henry Wallon (1879-1962), o movimento (ato de se mover) passou a ser visto como a primeira forma de contato do sujeito com o ambiente. O autor defende que o movimento é fundamental para a estruturação do psiquismo, sendo uma das principais ferramentas de expressão dos conteúdos psíquicos, e afirma a hipótese apontada por Dupré na correlação entre o motor e o afetivo, incluindo o meio e as vivências como fatores influentes nessa relação, tornando-se o primeiro psicomotricista da história, mesmo que sem saber (LEVIN, 2011).

Com o início da década de 30, houve uma grande influência da Psicologia e da Psicanálise nos estudos para o campo da psicomotricidade. Podemos destacar as fases do desenvolvimento humano elaboradas por Jean Piaget (1896-1980) e a escala de desenvolvimento por faixa etária de Arnold Gesell (1880-1961) como fruto dessa influência. Entretanto, somente em 1935, através do neurologista Edouard Guilmain (1901-1983), foi desenvolvido o primeiro teste propriamente psicomotor e tinha como objetivo a avaliação diagnóstica e prognóstica, possibilitando a construção de práticas terapêuticas psicomotoras. A partir da avaliação, eram recomendados exercícios que visavam estimular a atenção, a

motricidade e as sensações, apropriando-se da perspectiva dos estudos de Wallon (ABP, [s.d.a]).

Essa fase descrita acima é conhecida como o período das práticas reeducativas, prática que pode ser caracterizada como preventiva, pois oferece suporte para que os pacientes consigam se desenvolver, da melhor forma, no ambiente em que estão inseridos. Segundo Lopes (2010, p. 10), os estudos elaborados tinham como foco “o corpo nos aspectos neurofisiológicos, anatômicos e locomotores. Os estudiosos se preocupavam com o fato de alguns seres vivos não apresentarem movimentos coordenados, simétricos e sincronizados no espaço e no tempo”. Ainda nessa fase, os trabalhos do psicanalista Paul Schilder (1886-1940) são fundamentais para o futuro dos estudos em psicomotricidade, pois foi o autor que inseriu a perspectiva psicanalítica da imagem corporal, em 1941 (BUENO, 2014; ABP, [s.d.a]).

Anos depois, em 1947, o psiquiatra Julian de Ajuriaguerra (1911-1993) retomou a síndrome da debilidade motora e dividiu os transtornos que estavam em uma variação entre a neurologia e a psiquiatria. Com essa abertura, a psicomotricidade rompeu com a visão dualista e iniciou os estudos buscando uma compreensão integral do ser, afastando-se do campo neurológico e caminhando para se tornar uma ciência autônoma (BUENO, 2014; ABP, [s.d.a]).

[...] A trajetória psicológica sobressaía-se e a emoção começava a entrar no movimento. É o período que abrange a época do final da Segunda Guerra Mundial (1940 em diante) até meados da década de 1970. A psicomotricidade passa a tomar um novo rumo onde as práticas aproximam-se da visão global do indivíduo e se organizam, com a utilização do exame psicomotor e da reeducação psicomotora (BUENO, 2014, p. 47).

Na década de 70, a gestalt-terapia e o psicodrama possuíam influência na construção das práticas psicomotoras, mas foi com a base da psicanálise que a psicomotricidade passou a considerar que as pessoas que exercem a função de mãe e/ou pai interferem consideravelmente, assim como o ambiente, no processo de constituição da criança. Destacam-se as obras de Freud e dos pós-freudianos que auxiliam essa nova perspectiva psicomotora: Donald Winnicott (1896-1971), Jean Bergès (1928-), Wilhelm Reich (1879-1957), Melanie Klein (1882-1960), Jacques Lacan (1901-1981) e Françoise Dolto (1924-1988) (ABP, [s.d.a]).

É nesse momento que o desenvolvimento infantil e todas as suas particularidades se tornaram fundamentais para a psicomotricidade, pois é a partir de um bom desenvolvimento psicomotor que a criança cria ferramentas funcionais que auxiliam em seu equilíbrio com o mundo externo. Jean Le Boulch (1924-2001), médico e psicólogo, discordava da hipótese

psicanalítica de que, se houver a resolução dos conflitos afetivos da criança em análise, conseqüentemente seus conflitos funcionais são resolvidos. O autor alegava ser inconcebível negar que alguns déficits psicomotores estão em evidência devido à relação com o afetivo. Podemos utilizar a manifestação do fenômeno psicossomático, que pode surgir como um sintoma psicomotor, como exemplo para sustentar a impossibilidade de perceber o afetivo e o funcional como estruturas separadas. Esse exemplo torna-se mais pertinente ao sabermos que as crianças que apresentam algum tipo de transtorno psicomotor possuem baixas habilidades afetivas e, em alguns casos, baixas habilidades fantasmáticas (LE BOULCH, 1990).

[...] Em particular, a representação mental permite a relação entre o significante e o significado, permite a passagem do símbolo e do signo ao objeto que o designa. Esta passagem, do significante ao significado e inversamente, corresponde ao jogo da função simbólica; não é uma função psicomotora propriamente dita, mas pode ser treinada e educada durante a atividade psicomotora (LE BOULCH, 1990, p. 32).

É a partir da função simbólica que se tornam possíveis as representações entre o sujeito e os objetos, assim como permite que a criança se desenvolva na fase sensório-motora (período em que o bebê começa a conhecer e identificar o mundo) e entre na fase operatória (período em que a linguagem se desenvolve, auxiliando na socialização com o mundo). Essa fase da psicomotricidade em que os estudos não estão apenas relacionados ao motor e sim ao corpo em movimento, com afetações psicológicas, é caracterizada como o segundo corte epistemológico, chamado de período das terapias psicomotoras, visando a uma perspectiva global do ser (LE BOULCH, 1990; LOPES, 2010).

É importante ressaltar que essas terapias, ainda que possam ser aplicadas em adultos e idosos, eram designadas às crianças que apresentavam um grave comprometimento psicomotor, centrando seu foco nas comunicações e expressões corporais (LOPES, 2010). Sendo assim, trata-se de uma terapia que “se ocupa, observa e opera num corpo em movimento que se desloca, que constrói a realidade, que conhece à medida que começa a movimentar-se, que sente, que se emociona e cuja emoção manifesta-se tonicamente” (LEVIN, 2011, p. 31).

O terceiro corte é marcado pela contribuição da teoria psicanalítica. Não se apresenta mais esse corpo que está em movimento, pois trata-se de um sujeito em movimento com seu corpo, usando a perspectiva lacaniana para retratar esse corpo como simbólico, real e imaginário. Sua finalidade de trabalho está nas crianças que não apresentam sintomas de ordem psicomotora, atuando de forma integral no período da educação básica. Ela se propõe a

perceber esse ser como um sujeito desejante, afastando-se das práticas centradas em técnicas e objetivos específicos que fragmentavam o sujeito (LOPES, 2010; LEVIN, 2011).

O corpo não é organismo, deste último é a medicina quem se ocupa. O corpo é um sujeito, é Letra, é gramática, e é lida pelo outro enquanto tal (o que implica uma reconstrução). Lê-se o sentido e por isso o corpo é de uma ordem do imaginário, e, como a imagem não diz, necessita de um Outro que inscreva um dizer no corpo, que o torne imagem do corpo, que o metaforize em seu “toque” significante. Concebemos o corpo no imaginário como efeito do simbólico (do significante) no Real do corpo. A partir daí a psicomotricidade estará em condições de realizar uma leitura simbólica do *dizer corporal de um sujeito* (LEVIN, 2011, p. 73, grifo do autor).

Alguns autores defendem que a educação psicomotora deve ser essencial no período pré-escolar e escolar. Le Boulch, nos anos 60, estava lutando para que essa prática fosse reconhecida e valorizada. Ele é o responsável pela inserção da educação psicomotora nas escolas primárias na França. Para o autor, é essa educação que viabiliza todos os aprendizados nessa fase da infância e ainda defende que seja praticada até a velhice, pois é um método preventivo dos possíveis déficits psicomotores (LE BOULCH, 1990; LOPES, 2010).

Resumindo: ao longo da história do âmbito psicomotor podem ser especificadas diferentes transições: do motor ao corpo, e deste ao sujeito com um corpo em movimento. Já não é possível confundir o corpo com o sujeito, ou o sujeito com o corpo. *Eles não são sinônimos, nem tampouco equivalentes, e é justamente porque tampouco podem ser desamarrados um do outro que a psicomotricidade é nomeada e, portanto, existe.* (LEVIN, 2011, p. 32, grifo nosso).

Percebe-se que, para o autor, quando nos referimos ao psíquico e ao motor estamos, em alguma instância, tratando de um mesmo aspecto com duas possibilidades expressivas. E é exatamente essa a questão que vimos anteriormente com a psicossomática, em todas as suas linhas teóricas. Nesse ponto, fica explícita a semelhança teórica entre as duas ciências; porém, mesmo que ambas disponham de uma mesma perspectiva e sejam afetadas pelas mesmas influências, elas ainda são distintas.

Diferente da psicossomática, que só chegou ao Brasil na década de 80, a psicomotricidade desenvolveu-se em território brasileiro na década de 50. A fonoaudióloga Glorinha Beutenmuller (1925-) iniciou os trabalhos com deficientes visuais ao propor uma relação entre o movimento e a expressão corporal através da voz, na primeira formação em psicomotricidade brasileira e, em seguida, Lucia Bentes trabalhou com os logopedistas (profissionais que auxiliam na correção dos déficits de pronúncia nas crianças). Ambas utilizavam exercícios de motricidade e possuíam formação em psicomotricidade em escolas francesas (FALCÃO; BARRETO, 2009).

Somente na década de 70 a psicomotricidade passou a obter um destaque nos estudos brasileiros, com a oferta de diversos tipos de cursos, formações e especializações. Porém, ainda se encontrava na fase de reeducação psicomotora. Françoise Desobeau, aliada da Sociedade Internacional de Terapia Psicomotora, chegou ao Rio de Janeiro em 1976 para ministrar um curso e introduziu a prática de terapia psicomotora, sendo considerado um dos grandes marcos na história da psicomotricidade no Brasil. De acordo com Morizot (2018), esse período foi um dos mais complicados e muito conflituoso, pois tratava-se de uma transição significativa, uma vez que há uma enorme diferença de perspectiva teórica e prática entre reeducação e terapia, como vimos acima (FALCÃO; BARRETO, 2009).

Ainda nesse período, foram criados o Grupo de Atividades Especializadas (GAE), responsável pela organização e promoção de eventos nacionais e internacionais, e o Instituto Superior de Psicomotricidade e Educação (ISPE), que se dedicava às formações em psicomotricidade. A Universidade Estácio de Sá e o Instituto Brasileiro de Medicina e Reabilitação (IBMR) foram as primeiras instituições a oferecerem o curso de pós-graduação em psicomotricidade, em 1983, e, no ano seguinte, o IBMR inaugurou um curso de quatro anos para formação de psicomotricista, sendo autorizado e regulamentado pelo Ministério da Educação (MEC), em 1990 (FALCÃO; BARRETO, 2009; MORIZOT, 2018).

Anos antes, em 1980, nasceu a Sociedade Brasileira de Psicomotricidade (SBP), com a colaboração da Sociedade Internacional de Terapia Psicomotora. A SBP é uma instituição sem fins lucrativos que promove cursos, palestras, encontros nacionais e congressos, reunindo os mais célebres psicomotricistas, como Vitor da Fonseca e Esteban Levin. Os profissionais ligados à Sociedade, que atualmente é nomeada de Associação Brasileira de Psicomotricidade (ABP), estão em constante discussão sobre o rumo que a psicomotricidade está seguindo, assim como estão lutando diariamente para que a graduação em psicomotricidade seja regulamentada pelo MEC e afirmam que a formação se apoia na práxis, formação pessoal e supervisão (MORIZOT, 2018).

Um outro marco ocorreu em 2018, quando foi aprovado, pelo plenário da Câmara dos Deputados, o projeto de Lei 795/03, que regulariza a profissão de psicomotricista no Brasil, autorizando a criação do Conselho Federal e Conselhos Regionais de Psicomotricidade. O projeto foi transformado na Lei 13794/2019, em 3 de janeiro de 2019, e dispõe que os profissionais possam atuar com educação, reeducação psicomotora e terapia psicomotora para prevenção do desenvolvimento (MORIZOT, 2018; BRASIL, 2019).

A ABP ([s.d.b]) define psicomotricidade como um campo transdisciplinar que investiga o sujeito mediante seu corpo em movimento, objetivando estimar a conexão entre o

psiquismo e a motricidade, sustentando-se em uma visão integrativa e global do ser, firmando as funções cognitivas, socioemocionais, simbólicas e motoras, impelindo que o sujeito possa ser e agir no contexto psicossocial. Então, torna-se fundamental retornamos para a questão corpórea, já que vimos que o corpo estudado pela psicomotricidade sempre esteve entre funcional e relacional.

Podemos dizer que esse corpo funcional refere-se à integração do corpo e afeto através do movimento. Observam-se as ações e reações desse corpo a partir de estímulos liberados no meio em que está inserido, ou seja, privilegia-se o desenvolvimento psicomotor por intermédio de atividades. Essas intervenções visam estimular o sujeito para que ele possa reconhecer o seu corpo e seus movimentos, adquirindo a consciência de suas limitações, enquanto o corpo relacional é uma via de expressão de afetos, experiências, sociabilidade etc. Se há presença de sentimentos de timidez ou constrangimento, por exemplo, possivelmente o corpo expressará isso, enrijecendo o tônus, demonstrando uma postura mais encolhida, tornado visível corporalmente aquilo que está no íntimo. Os estímulos realizados para o desenvolvimento de uma boa habilidade relacional possibilitam uma melhor expressão e comunicação consigo e com o outro (LOPES, 2010; BUENO, 2014).

Nota-se que a psicomotricidade é uma prática direcionada ao desenvolvimento e há um maior foco nos primeiros meses de vida e na infância. Descreveremos, agora, as funções psicomotoras de base para um bom desenvolvimento biopsicossocial e psicomotor, mesmo que não haja um consenso entre os teóricos da psicomotricidade acerca das nomenclaturas e classificação.

Le Boulch (1990), em sua obra, dedica-se a descrever o desenvolvimento psicomotor da criança e adota o termo “narcisismo primário” elaborado por Freud, em 1914. Ao retratar as primeiras experiências da criança no meio em que viabiliza o seu desenvolvimento, justifica o uso desse termo ao citar as funções básicas como a respiração, excreção e a alimentação, como sendo a primeira exigência afetiva que o recém-nascido demanda do Outro. É importante ressaltar que o feto e o recém-nascido estão no mesmo nível de habilidades motoras, pois somente aos 8 meses de idade é que a tonicidade do músculo está fortificada.

A respiração é considerada uma forma primária e vital de movimento. Essa movimentação ocorre para eliminar determinadas substâncias do nosso corpo, possibilitando a entrada de ar para os pulmões. O movimento a ser desenvolvido é o de inspiração (inflando a barriga) e expiração (murchando a barriga). Respiramos da maneira adequada durante a infância e não estimulamos para que continue assim; passamos então a realizar o movimento

contrário, murchando a barriga para inspirar e inflando para expirar. É através da respiração que o nosso corpo diminui a tensão tônica, reduz a ansiedade, proporcionando uma melhora na respiração e na postura (LOPES, 2010; VIDOTTO et al., 2019).

O relaxamento é inerente ao tônus, conseqüente da redução de tensão da musculatura. O tônus ocupa a função essencial na performance da postura, e é a partir desse fenômeno que efetuamos todos os movimentos do nosso corpo. Esse estado involuntário salienta nossas tensões afetivas, ou seja, esse movimento faz com que o nosso corpo tenha uma consistência diferente dependendo das nossas atividades emocionais, seja uma felicidade, tristeza, ansiedade. Em toda e qualquer ação corporal existe a ação de uma função tônica, sendo assim, a hipotonia (diminuição do tônus) ou hipertonia (aumento do tônus) são exemplos de disfunções psicomotoras (LOPES, 2010).

O equilíbrio é considerado um dos movimentos essenciais de base psicomotora, uma vez que nossa autonomia motora, essencialmente, depende da manutenção do equilíbrio. Devido à sua aquisição nos primeiros anos de vida, não possuímos dificuldades em mantê-lo na mudança de um movimento para outro. Se tivermos algum comprometimento, o nosso corpo trabalhará o dobro com diversas estratégias na busca de retomar a postura ereta de equilíbrio corporal tônico. A disfunção é perceptível a partir de algumas brincadeiras na infância, como a estátua (LOPES, 2010).

A lateralidade é a proeminência pelo uso de um dos lados do corpo (direito ou esquerdo). Mesmo que os nossos hemisférios cerebrais funcionem de maneira interligada, tendemos a utilizar preferencialmente um dos lados e o outro ocupa a função de auxiliar na execução dos movimentos. Pode ser considerado o déficit psicomotor mais comum na população, em decorrência do pouco estímulo na infância, desenvolvendo-se problemas mais graves nos canhotos, principalmente relacionados à escrita e à visão (LOPES, 2010).

O esquema corporal diz respeito a fazer-se necessário um corpo organizado em seus aspectos biopsicossociais, psicomotores e cognitivos, pois é através do corpo que demonstramos quem somos. O nosso desenvolvimento ocorre por meio da interação do corpo com o meio, com as pessoas ao nosso redor e com o mundo externo com o qual possuímos ligação afetiva. É nesse aspecto que a criança começa a aprender as partes de seu corpo, pois construímos e conhecemos o nosso mundo interno a partir de nossas experiências corpóreas. E, assim, quando a criança reconhece o seu corpo como o Eu separado do Outro, ela desenvolve a sua imagem corporal (LOPES, 2010; LEVIN, 2011).

A coordenação motora global faz jus ao nome, pois é o conjunto de atividades dos grandes músculos que dependem da capacidade do equilíbrio de postura do sujeito, equilíbrio

que se torna inferior às sensações cinestésicas e labirínticas. Para realizar movimentos que envolvem uma maior quantidade de músculos e tonicidade, buscamos encontrar o nosso eixo corporal para uma maior adaptação do equilíbrio, possibilitando uma melhor coordenação motora e consistência corporal adequada, porque se trata de uma harmonia na ação do movimento. Em brincadeiras como pular e saltar, evidencia-se que a criança possui disfunções ou déficits motores (LOPES, 2010).

Após o desenvolvimento global, adquirimos a coordenação motora fina, que é o conjunto de atividades mais específicas. Utilizam poucos músculos, principalmente movimentos manuais, pois as atividades realizadas manualmente são a forma mais útil para a descoberta do mundo e de novos conhecimentos. A independência dos movimentos do braço em relação ao ombro e ao restante do corpo ocorre a partir dessa aquisição. É nessa fase que aprendemos a segurar determinados objetos das mais variadas formas, e uma prática bem comum e simples de detectar algum comprometimento motor fino é através da escrita (LOPES, 2010; BUENO, 2014).

O sintoma psicomotor instala-se quando ocorre um fracasso na integração somatopsíquica, conseqüente de fatores diversos, seja na origem do processo de constituição do psiquismo, ou posteriormente em função de disfunções orgânicas e/ou psíquicas. A patologia psicomotora é, portanto, uma patologia do continente psíquico, dos distúrbios da representação de si cuja sintomatologia pode se apresentar no somático e/ou no psíquico (ABP, [s. d.a], n.p.).

Percebe-se que os transtornos psicomotores são um conjunto de sintomas que acometem em um sofrimento corporal e psíquico o sujeito. Surgem nos detalhes desde os primeiros meses de vida e, para a grande maioria, apresentam-se em grau leve e, por isso, passam despercebidos enquanto uma perturbação psicomotora. Enfatiza-se que toda doença por si, independentemente de sua etiologia ou sintomatologia, é psicossomática, e, quando falamos de comprometimento psicomotor, estamos falando, necessariamente, de psicossomática (MELLO FILHO, 2010; LEVIN, 2011).

3.2 A clínica psicomotora e a clínica psicossomática

É através do sujeito em sofrimento, apresentando os mais variados sintomas, que surge a clínica psicomotora em oposição à clínica tecnicista. Trata-se de uma tentativa de resgatar o sujeito desse lugar passivo e ofuscado e trazê-lo ativamente ao seu processo, com métodos que tornam esse sujeito adoecido o foco da clínica e não apenas o sintoma. De acordo com Levin (2011), essa nova clínica se situa a partir das crianças que durante seu

desenvolvimento, por assumirem novos espaços com o movimento e com seus corpos, implicam surgimento de questionamentos sobre esse sujeito, pois os sintomas tratados ressurgiam, e é por conta disso que a clínica psicomotora recorre à psicanálise em sua prática.

Levin (2011) assemelha a história da clínica psicomotora com a clínica psicanalítica em seu início, em que Freud (1893) utilizava a hipnose para tratar as pacientes histéricas, mas os sintomas conversivos retornavam quando elas saíam do efeito hipnótico e não conseguiam recordar do que falavam; e no campo psicomotor, o mesmo ocorria quando se utilizavam das técnicas de repetição de movimento. Por exemplo, havia uma determinada catarse emocional, mas em seguida os sintomas voltavam, mascarados em outro lugar, e, muitas vezes, da mesma forma.

O psicomotricista passa a considerar o inconsciente e a transferência, conceitos psicanalíticos, em sua prática clínica, ao perceber que os conteúdos inconscientes surgem durante a relação transferencial e, somente com a transferência, é que se faz possível perceber, analisar e intervir na demanda apresentada, já que o fenômeno da transferência é quando o paciente demonstra o seu funcionamento psíquico, projetando no terapeuta os seus afetos, expondo sua forma de agir na relação. É nesse momento que não há como prever e não há domínio sobre o que o paciente apresenta que “se coloca em jogo o desejo da criança, onde o brincar do corpo, o seu posicionamento é dado a ver ao olhar do psicomotricista”, sendo de extremo valor considerar que apenas pelo gesto e/ou pelo movimento não há como saber sobre o sofrimento do sujeito (em casos em que não há comprometimentos fonoaudiológicos, articulatórios, mutismo, etc.) e, aplicando o olhar psicanalítico, torna-se possível perceber o sofrimento e a manifestação do sintoma (LEVIN, 2011, p. 124).

Assim como na psicanálise, existem as primeiras entrevistas que possuem um viés exploratório. O processo transferencial tem seu início desde o encaminhamento do paciente, geralmente crianças, para o psicomotricista, e está em um nível imaginário, já que ainda não foi realizado nenhum encontro presencial entre o profissional e a criança. Lacan (1985) afirma que o analista ocupa um lugar de suposto saber na relação transferencial, ou seja, para o paciente, é o profissional que irá saber e fazer o que ele precisa, e esse poder colocado na figura do profissional, eticamente, deve servir apenas para análise e manejo clínico. Na clínica psicomotora, a transferência se estabelece quando o profissional deixa o lugar imaginário e ocupa o lugar simbólico de um Outro em que o paciente confie e se sinta confortável para ser quem é, brincar, dizer, etc. (LEVIN, 2011).

Na clínica psicomotora operamos, não só graças à transferência, mas também apesar dela, pois ela nos pesa num duplo sentido: por um lado, em relação ao seu “peso” leva-nos a estudar, a supervisionar, a escrever, a pesquisar. E, por outro: o “pesar” das resistências que na transferência procuramos analisar, desdobrar, produzindo uma operação de articulação significativa, quer dizer, uma operação simbólica, já que a nível inconsciente não há resistências, e sim impulsos a repetir (LEVIN, 2011, p. 131).

A criança chega à clínica a partir do encaminhamento realizado geralmente pela escola ou pelos responsáveis, ao notarem determinadas perturbações tônicas, motoras, sensoperceptivas e perturbações no esquema e na imagem corporal. Para Levin (2011), o imaginário da família e da criança em relação ao tratamento deve estar ligado ao motivo que a leva para a sessão, assim como não pode estar separado das histórias que estão enlaçadas com o sintoma e que serão desdobradas em transferência. O pedido de ajuda que surge com o encaminhamento não é suficiente para o início do tratamento; faz-se necessário que a família tenha uma demanda, onde eles estejam implicados para além de uma cura técnica para o sintoma.

Existem três dimensões que compõem os fenômenos que surgem na clínica, sendo elas: instrumental, cognitiva e tônico-emocional. Os níveis instrumental e cognitivo são fenômenos que são possíveis de observar, avaliar, mensurar e testar. No nível instrumental, o corpo é o instrumento que beneficia as funções motoras e é a ferramenta que viabiliza o desenvolvimento maturacional e de crescimento, enquanto o nível cognitivo são os processos que se referem à relação do corpo com o espaço, tempo, objetos e com o próprio corpo. É relevante citar os dois juntos, pois não são processos independentes, tendo em vista que ocorrem de forma conjunta (LEVIN, 2011).

O nível tônico-emocional é uma emoção, como o choro, por exemplo; é uma expressão tônica que possui um fator emotivo. O tônus é uma forma de linguagem, uma vez que expressa aquilo que está no íntimo do sujeito, e esse diálogo tônico está inscrito no psiquismo, desde o nascimento, a partir do desejo do Outro, mediado por quem ocupa a função paterna e/ou materna. Se há inscrição psíquica, há inscrição no inconsciente e, com a inserção dos conteúdos inconscientes na clínica psicomotora, a perspectiva de globalidade citada anteriormente é superada, pois trata-se de incluir aquilo que é desconhecido até para o próprio sujeito. Não se pensa mais apenas em um corpo global, mas sim um “corpo de um sujeito, corpo receptáculo, *parlante*, erógeno, instrumental, investido, discursivo e simbólico” (LEVIN, 2011, p. 46, grifo do autor).

A intervenção do psicomotricista será no instrumental, pois qualquer nível de déficit instrumental é uma barreira à construção subjetiva da criança e ao desenvolvimento

maturacional e psicomotor. O psicomotricista deve sempre considerar que os sintomas na criança ocupam um lugar diferente dos sintomas em um adulto e isso requer que, em algum momento do tratamento, o sintoma psicomotor seja tratado clinicamente como tal. Ao operar no instrumental, é fundamental que não se esqueça de operar na ordem imaginária e simbólica, em uma tentativa de evitar o retorno do sintoma (LEVIN, 2011).

Se é a partir da transferência que se inicia o tratamento psicomotor, consideramos ser em transferência que o diagnóstico e a continuidade do tratamento são construídos. Essa clínica psicomotora não tem como objetivo de trabalho apenas a eliminação técnica do sintoma, mas propõe que o sintoma apareça na clínica, considerando que “o sintoma psicomotor dá algo a ver, mas destinado a que ninguém olhe. Justamente a questão é que haja mobilidade, falta, circulação, para que possa ser olhado de outro lugar no qual o olhar faça falta no ver, rompendo a inércia sintomática” (LEVIN, 2011, p. 298).

Dessa forma, para Levin (2011), não se pode falar em uma técnica específica para o tratamento, já que o sintoma diz sobre uma condição subjetiva e simbólica do sujeito, e assim deve ser a condução das técnicas utilizadas; devem elas ser pensadas e elaboradas, considerando a subjetividade do sujeito e de seu sintoma. Ao mesmo tempo que o sintoma representa uma expressão simbólica, representa o fracasso simbólico, já que surge com a falha entre o somático e o psíquico. Com o estabelecimento da transferência, esse sintoma passa a ser dirigido ao Outro (psicomotricista) e cabe a ele intervir para que o sujeito possa construir um sentido que seja mais do que o discurso sobre suas queixas sintomáticas, para que ele se aproprie e decifre sua história. “Esta baliza na cura delimita o início do final do tratamento psicomotor, ou seja, o momento no qual as dificuldades na representação relativas ao corpo, ao movimento e ao espaço começam a ceder e a ligar-se. Assim, é restabelecida a ponte entre o corporal e o psíquico” (LEVIN, 2011, p. 300).

Sabe-se que o sintoma afeta a história do sujeito e é nesse ponto que iremos entrar na clínica psicossomática que, como vimos, olha para esse sujeito como um ser biopsicossocial. Em uma perspectiva semelhante à citada por Levin, Lacan (1975) propõe que o sintoma apareça no encontro entre as palavras e o corpo, da mesma forma que ele considera que o inconsciente seja estruturado enquanto linguagem. Nesse sentido, o sintoma é uma forma de expressão que está inscrita no corpo.

Diferente da clínica psicomotora, onde o sujeito chega encaminhado nos primeiros sinais dos sintomas, na clínica psicossomática, o sujeito só recorre a ela ao não obter resultados satisfatórios no campo médico, ou seja, é o último recurso que ele busca. Dessa forma, nas entrevistas preliminares, termo que vem da clínica psicanalítica, a investigação

ocorre, principalmente, na história médica do sujeito, para conhecer a fundo os diagnósticos e tratamentos realizados (GUIR, 1988).

Para além das informações médicas, cabe ao profissional investigar a história de vida do sujeito e os enlances familiares, sem esquecer de nenhuma figura que possua alguma importância para o sujeito. Nesse processo, não há um tempo determinado para que ele se encerre, podendo ser realizado por meses, e isso auxilia o profissional a fazer essa coleta de dados paulatinamente, distanciando-se do modelo biomédico de uma entrevista apenas com perguntas e respostas objetivas (GUIR, 1988).

A terapêutica proposta pela psicossomática é de que haja um trabalho interdisciplinar com o paciente, mas não de uma forma fragmentada, onde o médico cuide apenas do orgânico e o psicanalista do psíquico, e sim que ambos possam dialogar, construindo juntos as possibilidades de tratamento para o sofrimento do sujeito. De acordo com Guir (1988, p. 170), “se o sofrimento psíquico é o fato que mais incita a se submeter a um tratamento analítico, não vemos porque o sofrimento orgânico trazido pelo fenômeno psicossomático não seria, ele também, um modo de acesso à análise” .

Como uma forma de nortear a prática clínica, é fundamental retornar às possibilidades de expressão do sintoma explicadas anteriormente, como conversão histérica, fenômeno psicossomático e somatização. Sabemos que elas surgem e se manifestam das mais variadas formas e, por isso, o psicanalista ou o profissional que utilize a psicossomática, a partir do discurso do sujeito em transferência, conseguirá elaborar uma hipótese daquilo que se apresenta.

Não é de menor interesse nas entrevistas preliminares, onde se obtém resultados rápidos, até mesmo parciais, mostrar ao sujeito que a linguagem está operando e que pode tomar distância frente à sua lesão. Tentamos, em particular, observar com ele os sintomas neuróticos muitas vezes elididos, sobretudo quando estes podem estar relacionados, de um modo ou de outro, com a afecção orgânica. Isto tem um efeito de distanciamento e até de esquecimento da lesão. Coloca-se assim em evidência o verdadeiro sofrimento do sujeito (GUIR, 1988, p. 32).

Para esses pacientes, a postura do profissional deve ser mais acolhedora e ao mesmo tempo mais ativa nos questionamentos e menos invasiva nas intervenções, principalmente com os pacientes que possuem uma maior dificuldade simbólica. As interpretações e manejos clínicos devem ser realizados com um intuito mais explicativo e com bastante analogias para que ele entenda seus próprios sentimentos, a partir de um discurso similar, tornando-se um trabalho quase educativo sobre emoções. Contudo, é dessa forma que o paciente consegue

elaborar as suas questões, diferente de um paciente sem queixas psicossomáticas, em que as intervenções servem como um desvelamento de sentido (MELLO FILHO, 2010).

Essa postura também deve ser adotada pelo profissional da medicina. Se a proposta é de uma interdisciplinaridade, o tratamento deve ser semelhante quanto à sua conduta. A atitude médica deve ser mais humanizada e empática, possibilitando que o paciente tenha um espaço onde se sinta confortável e que tenha uma relação baseada na ética e na confiança com esse profissional. Essa mudança no atendimento viabiliza atitudes curativas e preventivas, e um dos objetivos do médico será de participar, assim como o psicanalista, de um tratamento em que o sujeito irá ficar consciente do sentido de sua doença, afastando-se da visão de que a doença é um acontecimento fortuito. Não devemos esquecer, no entanto, que esse é um processo lento (MELLO FILHO, 2010; CASTRO, 2013).

Essa clínica não se restringe ao público adulto, e a maior diferença é com as possibilidades do brincar com as crianças, mas o processo segue as premissas da clínica com adultos. Da mesma forma como ocorre na clínica psicomotora, o corpo do analista, dependendo do caso, pode se tornar um instrumento no processo psicoterapêutico e a criação do simbólico torna-se mais comum e visível no acompanhamento infantil. É importante sabermos que o tratamento infantil é uma forma de prevenção de possíveis complicações corporais na vida adulta, sendo também uma forma de profilaxia (MELLO FILHO, 2010).

Como vimos, a psicossomática utiliza-se da psicanálise para expandir a visão acerca do sujeito, de modo que a linguagem opera no sintoma, por ser o meio no qual o processo de análise ocorre. É através da produção de discurso feita pelo sujeito que ele encontra uma forma de simbolizar aquilo que está na esfera psíquica, que pode ou não ser o conflito que corrobora na manutenção do sintoma orgânico. Sendo assim, pode-se considerar que a escuta do psicanalista e do psicossomático equivale ao olhar do psicomotricista, pois é com essas ferramentas que eles analisam e interpretam aquilo que o sujeito traz (GUIR, 1988; LEVIN, 2011).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Historicamente, apresentamos algumas das mudanças teóricas acerca dos enlaces do corpo e do psíquico desde o século XIX, com a grande contribuição da psicanálise. A partir da psicanálise, tornou-se possível pensar no nascimento da psicossomática e em suas possibilidades teóricas, como a medicina psicossomática e a psicossomática psicanalítica,

ambas adotando os conceitos psicanalíticos em sua prática, mas a primeira permanecendo na utilização das técnicas da medicina. O mesmo acontece com o nascimento da psicomotricidade, que ocorre devido à psicanálise e que utiliza seus conceitos na prática clínica, mas permanece empregando as suas próprias técnicas no atendimento.

A prática clínica de ambas possui as mesmas características e estrutura da clínica psicanalítica, iniciando com as entrevistas preliminares, com um cunho investigativo, estabelecimento da transferência, esclarecimento de como funciona o processo, assim como há a necessidade de existir uma demanda onde o sujeito esteja implicado nela, para que o tratamento se inicie. A posição que o profissional ocupa no lugar de suposto saber é a mesma para as duas; o que percebemos como diferença nesse ponto é que o psicomotricista irá se utilizar de técnicas corporais, como alguns exercícios envolvendo a coordenação motora global ou fina, para avaliar e tratar o sintoma, enquanto o psicossomático irá se deter no discurso elaborado pelo sujeito, utilizando a sua escuta para realizar as intervenções.

Ao descrever a formação do sintoma para a psicossomática, este pode surgir como um conflito psíquico que se expressa no corpo, como um afeto que se expressa no corpo ou como algo que surge no corpo, de modo que há implicação psíquica, mas não se sabe de onde vem. Assim, notamos a semelhança na formação do sintoma para a psicomotricidade, que aparece no corpo a partir de uma falha na ligação entre o somático e o psíquico. Em todas as suas possibilidades de surgimento do sintoma, as duas ciências pontuam as baixas habilidades simbólicas, a não implicação do sujeito no discurso sobre o seu sintoma e as afetações corporais, psíquicas e sociais que o sintoma provoca, assim como enfatizam que não há como pensar nesse sujeito em sofrimento separando o psíquico do orgânico.

Após identificarmos os pontos semelhantes na epistemologia e prática clínica, partiu-se para a elaboração de alguns questionamentos acerca das duas ciências, uma vez que ambas não querem dissociar o sujeito. Contudo, em algum momento da prática, existe essa ênfase ou no psíquico com o psicossomático ou no orgânico com o psicomotricista, e isso fica claro quando retornamos às técnicas utilizadas no tratamento.

Sendo assim, será que em pesquisas futuras poderá alguma técnica de movimento da psicomotricidade ser aplicada no atendimento do psicossomático? Se ambas se estruturam na psicanálise, por que elas não se conversam na literatura? Ou melhor, por que em vez de utilizar da psicanálise na prática, a psicomotricidade não se utiliza da psicossomática para abranger a sua visão de sujeito e de possibilidades de tratamento? Na proposta deste trabalho, não cabem a elaboração e desdobramentos dessas questões apresentadas, mas elas despertaram o interesse profissional para pesquisas futuras na área.

REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSICOMOTRICIDADE. **Histórico da Psicomotricidade**. [s.d.a]. Disponível em: <https://psicomotricidade.com.br/historico-da-psicomotricidade/>. Acesso em: 06 out. 2020.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSICOMOTRICIDADE. **O que é psicomotricidade**. [s.d.b]. Disponível em: <https://psicomotricidade.com.br/sobre/o-que-e-psicomotricidade/>. Acesso em: 05 set. 2020.
- ÁVILA, L. A. **Doenças do corpo e doenças da alma**: investigação psicossomática psicanalítica. 3. ed. São Paulo: Escuta, 2002.
- BRASIL. **Lei nº. 13.794 de 3 de janeiro de 2019**. Regulamenta a atividade profissional de psicomotricista. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/113794.htm. Acesso em: 02 nov. 2020.
- BUENO, J. **Psicomotricidade**: teoria e prática da escola à aquática. São Paulo: Cortez, 2014.
- CASSETTO, S. Sobre a importância de adoecer: uma visão em perspectiva da psicossomática psicanalítica no século XX. **Psyche**, São Paulo, v. 10, nº 17, p. 121-142, jun. 2006.
- CASTRO, M.; ANDRADE, T; MULLER, M. Conceito mente e corpo através da História. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, nº 1, p. 39-43, abr. 2006.
- CASTRO, J. Psicossomática: uma atividade interdisciplinar. In: CALDEIRA, G.; MARTINS, J. **Psicossomática**: Teoria e Prática. 3. ed. São Paulo: Artesã, 2013. cap. 10, p. 171-196.
- DOS REIS, K.; GODINHO, L. Psicossomática: Uma visão Holística do Homem. **Revista Cippus**, Canoas/Rs, v. 8, ed. 1, 2018.
- DUNKER, C. Elementos para uma Metapsicologia da Corporeidade em Psicanálise. In: II Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental. **Anais...** Belém: UFPA. 2006.
- DUVAL, M.; OLIVEIRA, S. Medicina psicossomática e a política de humanização do SUS: desconforto na contemporaneidade. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, ed. 4, p. 451-456, 2010.
- EKSTERMAN, A. Psicossomática: O diálogo entre a psicanálise e a medicina. In: MELLO FILHO, J. et al. **Psicossomática Hoje**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2010. p. 91-105.
- FALCÃO, H.; BARRETO, M. Breve histórico da psicomotricidade. **Ensino, Saúde e Ambiente**, Rio de Janeiro, v. 2, nº 2, p. 84-96, 2009.

FREUD, S. Estudos sobre a histeria (1893-1895). In: FREUD, S. **Obras Completas, volume 2**. Trad. Laura Barreto. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

GALDI, M.; CAMPOS, É. Modelos teóricos em psicossomática psicanalítica: uma revisão. **Temas da Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 25, nº 1, p. 29-40, mar. 2017.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GUIR, J. **A psicossomática na clínica Lacaniana**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1988.

LACAN, J. **O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1985.

LACAN, J. (1975) **Conferência de Genebra sobre o sintoma**. São Paulo: Opção Lacaniana, 1988.

LE BOULCH. **O desenvolvimento psicomotor do nascimento até 6 anos: a psicotécnica na idade pré-escolar**. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

LEVIN, E. **A clínica Psicomotora: o corpo na linguagem**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2011

LOPES, V. G. **Fundamentos da Educação Psicomotora**. Curitiba: Fael, 2010.

MELLO FILHO, J. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2010.

MORIZOT, R. **A história da Psicomotricidade e da ABP**. 2018. Disponível em: <https://psicomotricidade.com.br/a-historia-da-psicomotricidade-e-da-abp/>. Acesso em: 25 out. 2020.

PERES, R. O corpo na psicanálise contemporânea: sobre as concepções psicossomáticas de Pierre Marty e Joyce McDougall. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 18, nº 1, p. 165-177, 2006.

RODRIGUES, A.; CAMPOS, E. Síndrome do Burnout. In: MELLO FILHO, J. *et al.* **Psicossomática Hoje**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2010. p. 135-152.

SANTOS FILHO, O. Histeria, hipocondria e fenômeno psicossomático. In: MELLO FILHO, J. *et al.* **Psicossomática Hoje**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2010. p. 153-157.

SANTOS, L.; PEIXOTO JUNIOR, C. O Adoecimento Somático em Ferenczi, Groddeck e Winnicott: uma Nova Matriz Teórica. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 39, e182306, 2019.

SILVA, L. Origens da psicossomática e suas conexões com a Medicina na Grécia Antiga.

Analytica: Revista de Psicanálise, São João del-Rei, v. 5, ed. 8, p. 49-74, 2016.

SILVA, A.; CALDEIRA, G. Psicossomática: alexitimia e pensamento operatório: a questão do afeto na psicossomática. In: MELLO FILHO, J. *et al.* **Psicossomática Hoje**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2010. p. 158-166.

SOARES, F.; BLAZIUS, R.; ZADINELLO, V. O fenômeno psicossomático pelos conceitos de pensamento operatório e alexitimia: Possibilidades de intervenção psicoterapêutica. **Akrópolis**, Umuarama, v. 23, ed. 2, p. 165-180, 1 mar. 2015.

VIDOTTO, L. *et al.* Disfunção respiratória: o quesabemos? **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 45, nº 1, e20170347, 2019.

Como Referenciar este Artigo, conforme ABNT:

SOUZA, T. M; SILVA, J. M. P; PINTO, P. J. C. Psicossomática e Psicomotricidade: Um Estudo Epistemológico. **Rev. FSA**, Teresina, v. 21, n. 4, art. 8, p. 156-183, abr. 2024.

Contribuição dos Autores	T. M. Souza	J. M. P. Silva	P. J. C. Pinto
1) concepção e planejamento.	X	X	X
2) análise e interpretação dos dados.	X	X	X
3) elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo.	X	X	X
4) participação na aprovação da versão final do manuscrito.	X	X	X