

Psicomotricidade e Relaxação em Psiquiatria

Janete Maximiano*

Resumo:

A autora pretende com este artigo apresentar os contributos terapêuticos da Psicomotricidade e relaxação em contexto de saúde mental, fazendo apenas abordagem à intervenção com adultos. Uma breve descrição do corpo como unidade bio-psicossocial, encontra-se em jeito de introdução, passando em seguida à exposição do conceito e modelos de intervenção em Psicomotricidade Clínica. Aborda em sequência o valor (psico) terapêutico da relaxação, enunciando alguns exemplos de técnicas utilizadas e orientadas segundo as características de cada indivíduo.

A partir da sua experiência clínica com adultos, a autora apresenta a descrição de um caso clínico, que possibilita uma maior compreensão e clarificação da validade da intervenção em Psicomotricidade em saúde mental.

Por fim, encontra-se um breve relato da experiência recente da Psicomotricidade no Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca.

Palavras-chave: Corpo; Psicomotricidade; Relaxação; Diálogo tónico-emocional; Comunicação.

ABSTRACT:

The author pretends to present with this article, the therapeutic contributions of Psychomotricity and Relaxation in Mental Health context, making only reference to adults intervention.

A brief description of the body, as a bio psychosocial unity, is found in the introduction, which is followed by the explanation of conceptual and interventional models in Clinical Psychomotricity.

The author makes reference to psychotherapeutic values of relaxation, giving some examples of

techniques and exposing a clinical case.

Finally, the author briefly describes her recent experience of Psychomotor intervention in Psychiatric Service of Hospital Fernando Fonseca.

Key-Words: Body; Psychomotricity; Relaxation; Emotional tonus dialogue; Communication.

O CORPO COMO EXPRESSÃO DE EMOÇÕES

O corpo é matéria visível que reflecte as transformações psíquicas e afectivas, resultantes da interacção do indivíduo com os diversos contextos em que se insere. A percepção directa da interacção dos sentimentos, emoções e pensamentos, é obtida a partir da mediação e indicações corporais que permitem inferir a presença de um "Eu".

Husserl¹ defende a teoria da inter-subjectividade, a qual refere que a ideia sobre a subjectividade do outro, se constrói por representações analógicas, a partir do "eu", corpo vivido. Esse corpo vivido comporta pensamentos e afectos, sendo um conjunto infundável de conhecimentos e influências. O corpo é o suporte e veículo da expressão emocional, é o conjunto de memórias, gestos, posturas, desejos pessoais, ou seja, de vivências essenciais para a construção da identidade e personalidade.

A linguagem como expressão que materializa a racionalidade e o pensamento, permite ao ser humano projectar-se para além dos limites visíveis do seu corpo e deixar-se envolver num universo simbólico. Este universo coloca em foco questões existenciais que, em conjunto com as projecções, fazem com que nos consigamos observar acima da matéria concreta e palpável, e dizermos que temos um corpo ou somos portadores do corpo. Esta apropriação é um processo que acompanha o

crescimento. Assim que nascemos, tudo é corpo e faz parte de um só – o bebê – que vai construindo a sua linguagem através do toque, do contacto, do imprescindível diálogo tónico-emocional, que lhe sustenta e coordena a estabilidade da sua estrutura psico-afectiva.

Nesta fase, a criança tem enervações sensorio-perceptivas, mas não faz associações, uma vez que as áreas associativas não estão completamente mielinizadas. Assim sendo, depende inteiramente do outro para organizar e integrar a sua resposta e mapa corporal. Esta relação simbiótica permite ao indivíduo desejar através do seu corpo, da sua linguagem corporal².

"Para que a criança diferencie o "eu" do "não-eu", o dentro do fora, o continente do conteúdo, o interno do externo, tem que se originar uma transformação através da qual o sujeito irá assumir uma imagem como sua."²

O sentido de existência não depende do pensamento, mas pode depender do conjunto de emoções, impulsos e desejos que nos fazem orientar num determinado espaço e tempo. E desta forma, o movimento ganha amplitude pela acção, que comporta atitudes e posturas interdependentes da subjectividade das características e história pessoal do indivíduo³.

Segundo Damásio⁴, independentemente das vivências sócio-culturais, todos temos emoções e partilhámos e estamos atentos às emoções dos outros. O corpo sente sob uma influência constante de emoções, e esses sentimentos gerados podem ou não ser conscientes para o próprio indivíduo.

A consciência do sentir e perceber o corpo é indispensável para a construção securizante do seu funcionamento e para a identidade pessoal. Wallon⁵, referiu que as emoções orientam todo o desenvolvimento, e são desencadeadas por cada experiência nova, através das variações tónico-posturais e sensações correspondentes. As emoções são atenuadas pela repetição do gesto, expressão do movimento e imitação, deixando espaço para a actividade representativa.

Para Wallon a emoção representa um comportamento social e uma comunicação não verbal. Desde o momento do nascimento, e até mesmo durante a gestação, o corpo da criança está envolvido pelas emoções que o mesmo produz. Estas constituem o primeiro sistema de comunicação, expressando a qualidade das relações estabelecidas com o ambiente, os objectos e as pessoas, através da capacidade sensorial e tónica⁶. Se nas primeiras fases da vida do indivíduo a partilha de afectos, gestos, expressões e diálogo tónico for inadequada, pode comprometer negativamente os processos de identificação e individuação, reflectindo-se mais tarde na insegurança e organização de mecanismos de defesa do comportamento e atitudes do indivíduo⁷.

PSICOMOTRICIDADE E RELAXAÇÃO

– UM PROCESSO (PSICO)TERAPÊUTICO

A Psicomotricidade é uma terapia de mediação corporal, que estuda o conjunto de fenómenos inscritos no corpo, avaliando e observando as características do movimento, das atitudes, das posturas e da mímica. Analisa a expressão de um corpo como constructo da sua unidade biopsicossocial, dirigindo a sua intervenção para o investimento no

"eu corporal", através da promoção de um conjunto de vivências corporais. Estas podem permitir ao indivíduo ajustar ou reajustar a sua personalidade às condições do envolvimento, construindo uma maior capacidade adaptativa.

A especificidade da Psicomotricidade reside no foco que dirige em relação às manifestações corporais e suas significações. A intervenção é flexível e adaptável às características de cada sujeito, mantendo contudo o objectivo base de mediar a procura da mudança de atitude do sujeito consigo próprio e consequentemente com os diferentes contextos onde interactiva³.

A comunicação é um dos factores preponderantes no decorrer da intervenção. É pela comunicação de um gesto, de um comportamento, da respiração, da máscara facial (rubor, palidez, riso, choro, rugas de expressão, etc.) das modulações tónicas, que se gere o diálogo corporal e a proximidade na relação terapêutica em Psicomotricidade.

A importância da palavra na intervenção psicomotora em saúde mental, visa permitir a atribuição de significado e associação simbólica às sensações obtidas pelo diálogo corporal, no decorrer da sessão.

Ao nível fisiológico, o movimento e o gesto necessitam de uma selecção de unidades motoras e de uma dada frequência. É a intencionalidade que distingue os dois termos. Um gesto está carregado de sentido, é um movimento significativo. O acto que marca a intenção é a etapa intermediária entre a mobilidade e o gesto⁸.

Existem duas categorias de movimentos: as mudanças de posição involuntárias, tais como os

reflexos, que estão desprovidos de significado, e os gestos, que se encontram sempre associados a uma intenção.

Segundo Husserl, a expressão é um signo dotado de significação e responde segundo uma exteriorização voluntária. Possui assim uma função de comunicação³.

O tónus é o canal de comunicação enfatizado em Psicomotricidade. Para além da manutenção e adaptação da "atitude" muscular, o tónus estabelece diálogo. O diálogo tónico está inerente à expressão dos contactos corporais, à voz (tonalidade, projecção, fluência), à respiração e ao ritmo pessoal que influencia a estruturação temporal das interacções.

As vivências corporais proporcionadas em Psicomotricidade e relaxação, poderão ser mediadas a partir do simples toque corpo a corpo, por objectos (bolas, lenços, cordas e bastões), que acarretam por vezes uma função transitiva, ou até mesmo pela auto-massagem, menos invasiva, mais securizante e reguladora das tensões ansiosas e expectantes das primeiras fases de intervenção.

O olhar, a primeira experiência relacional, primariamente relacionado com as etapas de vinculação, encontra-se sempre subjacente no decorrer da intervenção em Psicomotricidade. O seu possível evitamento ou fuga, as consequentes expressões de tensão do ser-se observado, a progressiva entrega de confiança ao olhar do outro, e por conseguinte a crescente aceitação da passividade e vulnerabilidade perante esse olhar, permitem ao psicomotricista avaliar as dificuldades relacionais e mediar este confronto promovendo

situações à partida pouco expositivas, que ofereçam a aquisição de um espaço seguro e confiante, aumentando a noção de pertença e identificação⁹.

Deixar-se olhar pelo outro, permite um meio de reconhecimento dos próprios limites, ao mesmo tempo que possibilita a contenção da expansão impulsiva e desregulada dos mesmos. Este olhar contendor irá também favorecer a interiorização do olhar de si próprio, ou seja, favorece a reorientação de um olhar externo, que possui expectativas exteriores e que procura respostas do meio, para um olhar interno, que percepção o conteúdo, a essência das emoções e as interliga à expressão da sua corporeidade. Estamos assim, a falar da obtenção de uma maior tomada de consciência de si próprio, no que diz respeito às características expressivas individuais, possibilitando-se reestruturar os pré-requisitos de uma acção flexível, equilibrada e adaptada nos diferentes contextos interactivos do indivíduo⁹.

Passamos então de um corpo meramente funcional que age mediante os seus impulsos e regras morais e sociais, para um corpo com capacidade de aceder ao simbólico.

Favorecendo-se a capacidade perceptiva e tomada de consciência do corpo no espaço e no tempo, oferece-se uma maior amplitude na capacidade representativa e associativa, permitindo ao sujeito um olhar atento aos diversos níveis de expressão metafórica da corporeidade⁸.

O terapeuta deve promover um aporte de confiança e segurança ao sujeito, para que este possa vivenciar os seus estados emocionais sem quaisquer limites ou obstáculos, sentindo que se encontra num espaço que pode ser seu e utilizado da forma como deseja.

A relação terapêutica é uma relação de interdependências e de partilhas, onde o terapeuta observa e mede as flutuações tónicas do indivíduo, por meio da palavra, por mobilizações corpo a corpo ou por objectos, transmitindo sempre um ambiente calmo, tranquilo, securizante e descontraído⁷. Para além de se sugerir o acesso à passividade e entrega em confiança, o indivíduo não deve impor a si mesmo qualquer sugestão. Deve ser ele próprio nas suas vontades e desejos, os quais são fundamentais para as opções terapêuticas.

O corpo do terapeuta não é meramente o instrumento operatório para a resolução da problemática, é o espelho cúmplice que confirma a existência do outro. Estabelecem-se processos de transferência das vivências reais para o espaço e relação com o terapeuta. A tradução simbólica e representativa das vivências reais deve afirmar-se consoante as várias formas de expressão e comunicação desejadas, dentro das quais a verbalização tem um papel preponderante para a tomada de consciência progressiva dos conflitos intra-psíquicos promotores de mal-estar¹⁰.

O terapeuta de Psicomotricidade orienta a modificação vivida do tónus, facilitando também o acesso a um estado de maior descontração, pela sugestão e palavra. A palavra é importante na precipitação de fenómenos tónicos, para nomear e qualificar os segmentos corporais, para a expressão de um ambiente securizante e indutor de uma relação terapêutica tranquilizadora⁷.

MODELO DE INTERVENÇÃO DA PSICOMOTRICIDADE EM PSIQUIATRIA

A Psicomotricidade utiliza um conjunto de técnicas psicomotoras expressivas e de relaxação, conjunto

este que não é visto como receita única e infalível, mas sim como base de intervenção susceptível de mudança e adaptação às características de cada indivíduo.

Após uma primeira avaliação, é estabelecido o plano terapêutico, onde se delineiam os objectivos gerais e específicos, como também as estratégias e formas de intervenção.

A avaliação é baseada em observações iniciais e subsequentes, que vão acrescentando novos dados e informações ao plano terapêutico. Nestas observações são avaliados os seguintes aspectos:

- Tonicidade / Rigidez postural;
- Paratonias;
- Sincinésias (bocais, contralaterais, tiques);
- Discurso verbal (ritmo, tonalidade, segurança, fluência);
- Controlo do olhar (evitamento, fugas ou confronto);
- Expressão facial;
- Consciência corporal e imagem corporal através do desenho do corpo (projectão da imagem corporal na folha e caracterização escrita de três aspectos positivos e negativos em relação a si próprio);
- Escalas de caracterização adequadas do perfil psicopatológico e sintomatologia somática.

Na primeira sessão de psicomotricidade é realizada uma entrevista informal ao indivíduo, onde se poderão recolher dados observáveis relativos ao discurso, ao olhar, à postura e mímica, assim como dados relativos à sua história pessoal e familiar. São colocadas ao longo da entrevista questões relativas ao corpo e como é que este é percebido pelo sujeito. Na maioria das vezes, os indivíduos respondem dizendo se praticam ou não exercício físico, se

se acham gordos ou magros, ou seja, focalizam o corpo como um instrumento funcional e de performance, assim como analisam apenas (geralmente) a fisicalidade, aquilo que é observável. É raro, à partida, visualizarem o corpo como substracto expressivo das emoções, e como continente e conteúdo das vivências e experiências emocionais de prazer e de angústia. O corpo é visto como algo que o pensamento possui, e por onde actua, daí ser entendido apenas como um instrumento funcional. A avaliação da tonicidade e paratonias, é realizada a partir de técnicas de mobilizações passivas dos segmentos articulares, que poderão ser executadas em posição sentada ou em decúbito dorsal, consoante a vontade e segurança do indivíduo. Geralmente, numa primeira abordagem, os indivíduos optam pela posição sentada, uma vez que lhes confere maior segurança e menor vulnerabilidade ao olhar do outro (terapeuta).

A realização do desenho do corpo, permite-nos uma observação superficial do controlo grafomotor, no que diz respeito à preensão, rigidez do traço e velocidade, como também, e principalmente, permite avaliar a representação do corpo e a maturidade dessa mesma representação¹².

As técnicas utilizadas ao longo da intervenção variam consoante as características individuais de cada sujeito, tendo em conta o plano terapêutico e objectivos estabelecidos.

Não faz sentido numa intervenção em Psicomotricidade utilizar uma única técnica de relaxação ou expressiva, quando o objectivo não é meramente descontraír, nem aprender a relaxar. As técnicas são dirigidas com o cuidado intuitivo de avaliar as contribuições positivas para a

obtenção de uma melhor percepção corporal, assim como o estabelecimento da relação entre emoções e corpo.

Em seguida, encontra-se um quadro resumido de algumas técnicas de relaxação utilizadas e seus objectivos inerentes em Psicomotricidade (Quadro 1).

Estas técnicas são incluídas ao longo das sessões de Psicomotricidade dependendo das características do indivíduo, não sendo no entanto utilizadas de forma pragmatizada e rígida, ou seja, em Psicomotricidade o que interessa não é utilizar uma técnica única em tempo indeterminado, mas sim combinar conceitos inerentes de cada técnica em consonância com os objectivos terapêuticos estabelecidos para cada indivíduo.

Ao longo da intervenção todas as técnicas e exercícios utilizados e criados assentam numa base expressiva, dramática e simbólica.

No final de cada sessão dá-se lugar à reflexão sobre as vivências corporais sucedidas, a qual poderá ser feita através da expressão verbal ou plástica (modelação em plasticina ou desenho), deixando espaço terapêutico, apenas para a auto-interpretação em função significação atribuída à vivência tónico-emocional das sensações. Para alguns, colocar em palavras o que sentiu é tarefa difícil. Por isso, a expressão plástica permite a utilização de um suporte exterior para expressar o que foi sentido e vivido quinesesticamente. Exteriorizar facilita a tomada de consciência e a expressão verbal do conteúdo sensorial e emocional da experiência¹².

A intervenção Psicomotora em Psiquiatria (dirigida a adultos), tem uma periodicidade semanal, uma hora por semana. Poderá ser realizada em grupo

ou individualmente, dependendo dos objectivos terapêuticos e do próprio sujeito.

Um caso clínico

F. tem 38 anos, é empregado de balcão e foi referenciado para as sessões de Psicomotricidade com o diagnóstico de Agorafobia e Ataques de Pânico.

História Clínica:

F. manifestou o primeiro episódio de pânico aos 21 anos, tendo feito psicoterapia (em consultório privado) com recuperação total durante aproximadamente dez anos. Associa este facto ao acidente de viação que teve durante o cumprimento do serviço militar.

Em 2000, sofre um episódio convulsivo secundário, na sequência de uma gripe grave, que o manteve de convalescença por tempo prolongado. Iniciou então queixas de ansiedade generalizada e posteriormente agorafobia com ataques de pânico.

Valoriza os sinais físicos ou ambientais (calor ou frio), conotando-os como causa do despoletar do pânico.

Iniciou acompanhamento psiquiátrico há aproximadamente 2 anos, fazendo terapêutica psicofarmacológica, na equipa da Amadora, do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca. Há um ano e meio deixou de ter ataques de pânico, mantendo a ansiedade com forte tradução somática.

A 23 de Maio de 2003 começou a ser seguido em Psicomotricidade e Relaxação Terapêutica, com uma periodicidade semanal (1 vez por semana/ 1h por sessão).

História Familiar:

O seu pai abandonou a família, tendo F 8 anos de idade. Até aos 21 anos viveu com a mãe e irmão em casa dos avós, não tendo recebido mais notícias do seu pai. Aos 21 anos tomou a opção de morar sozinho numa casa alugada em Lisboa. Contudo, manteve sempre grande proximidade com a mãe e o irmão.

Casou aos 37 anos e aos 38 teve o seu primeiro filho.

Refere grande dificuldade em lidar com a competitividade laboral, manifestando grande desejo de sair do frenesim da cidade e regressar à terra de origem.

Técnica	Objectivo instrumental	Objectivo terapêutico
Relaxação progressiva de Jacobson	Percepção da diferenciação entre estado de contracção e descontração muscular voluntária.	Noção de força implicada na contracção e que tipo de emoção se associa a essa força (por exemplo um conflito, ou agressividade).
Relaxação autógena de Shultz	1ª fase: Percepção de informações quines-tésicas (temperatura e peso) 2ª fase: elaboração simbólica por autosugestão	Aquisição da noção de volume, viagem pelo envelope habitado, descoberta de estar em si para sentir e não somente para agir. Promoção da capacidade representativa e associativa.
Eutonia	Aquisição de um maior equilíbrio tónico por realização de um conjunto de exercícios activos.	Percepção do eixo vertebral, como eixo de sustentação estável e flexível que permite aos segmentos periféricos agirem como maior amplitude de acção. Expansão de limites.
Técnicas de mobilização passiva	Consciencialização e percepção segmentar, aquisição da noção de conjunto (globalidade).	Capacidade de abandono de movimentos voluntários, entregando a confiança ao contacto do outro (terapeuta de psicomotricidade).

Quadro 1 – Exemplo de técnicas de Relaxação

Avaliação em Psicomotricidade:

Nas primeiras sessões de Psicomotricidade e Relaxação Terapêutica, F. apresentava uma postura rígida e bastante contida. A sua atitude face às sessões e objectivos da mesma, manifestava-se céptica e expectante. Considerava esta abordagem corporal algo invasiva, mas também um desafio à sua capacidade perceptiva e tomada de consciência da sua identidade corporal.

O seu discurso era acelerado, curto e pragmático, situado apenas na sintomatologia corporal (ex.: "sinto dores no peito quando respiro").

Revelava sinais de hipertonicidade, apresentando contracturas cervicais intermitentes.

No entanto, o seu excelente insight e capacidade de reflexão e simbolização, permitiram que F. se mantivesse assíduo às sessões de Psicomotricidade e relaxação terapêutica.

Plano Terapêutico:

O processo de intervenção foi baseado nas informações de encaminhamento, nos dados recolhidos a partir de observações informais e de avaliações, assim como em fundamentação teórica elucidativa das características da perturbação em causa.

Elementos para a implementação de um plano terapêutico:

- Perturbação da Ansiedade com Ataques de Pânico;
- Hiper-controlo dos estados tónicos;
- Excessiva racionalidade;
- Traços obsessivos (perfeccionismo);
- Contenção da agressividade;

- Fraca expressividade e espontaneidade;
- Baixa auto-confiança / segurança.

Objectivos:

I) Consciencialização dos estados tónicos:

- Mobilização passiva das regiões articulares (com auxílio de panos ou corpo a corpo), permitindo a percepção e alívio tónico dos segmentos corporais;
- Relaxação activa (auto-mobilização; associação do ritmo respiratório ao movimento);

II) Desenvolvimento da capacidade expressiva e espontaneidade:

- Expressão livre (ritmo / movimento; ritmo / desenho);

III) Promover a expressão da agressividade / angústia contida:

- Indução verbal na relaxação;
- Relaxação Progressiva;
- Contacto / relação com objectos – bolas (diferentes tipos de pressão, diferentes ritmos)

IV) Promover a tomada de consciência corporal e sua aceitação

- Promover a concentração sobre a noção de simetria, a partir de mobilizações corporais, inicialmente com toque e progressivamente com o abandono do mesmo, permitindo ao indivíduo a auto-mobilização;
- Proporcionar uma base relacional terapêutica de conforto e dependência positiva, oferecendo uma relação maternal simbólica. Reduzir progressivamente a dependência à medida que se vai verificando uma maior autonomia;
- Verbalização/ significação dos estados tónicos;

- Valorização corporal e conseqüente acréscimo da auto-estima, permitindo a análise prática e clara das capacidades e limites corporais;
- Reflexão sobre a sessão, atribuindo significado simbólico às sensações obtidas:
 - Representação gráfica de carácter simbólico ou não simbólico;
 - Representação pictórica;
 - Selecção de uma ou mais cores para classificar a sensação obtida;
 - Modelação de plasticina ou barro;
 - Narração verbal das sensações;
- Expressão rítmica e/ou corporal das sensações

Nas primeiras sessões de Psicomotricidade F. demonstrava inquietude e estranheza, não aceitando bem o contacto proximal. Assim sendo, teve de se gerir a proximidade, promovendo actividades de carácter mais autónomo, em que o sujeito actua no espaço por explorações individuais (ex.: exercícios de associação do ritmo respiratório ao movimento ou à música, contacto com objectos, relaxação auto-induzida). Toda a estranheza que sentia no final conseguia verbalizar, associando-a à progressiva descoberta do seu estado tónico ("eu pensava que era uma pessoa descontraída, e afinal sinto o meu corpo completamente eriçado, tenso... é tudo muito estranho (sic).").

Afirmava que era bastante difícil para si não controlar o seu corpo ou deixá-lo ao cuidado do outro, ao controlo externo. No final de uma das sessões representou o seu corpo como uma guitarra com uma corda de cor vermelha, simbolizando o som e a sensação estridente e tensionada.

"Existe no corpo uma corda que atravessa a guitar-

ra e que provoca um som estridente, que reage às ameaças externas (ex.: toque).

A cabeça sente-se grande, não se consegue abstrair – está pesada, está desconfortável, sente uma ameaça eminente (sic)."

A boa capacidade de insight que F. tem, permitiu consciencializar e simbolizar de forma adequada as sensações obtidas. Essa tomada de consciência possibilitou uma maior capacidade de mudança da atitude corporal rígida que possuía.

No início F. sentia-se um "boneco articulado", com um coração acelerado e desordenado – "debaixo dos meus pés o chão ondula, brinca... e eu sinto-me pinóquio, à procura do fio certo (sic)."

O tempo final das sessões dedicado à exploração espontânea de diferentes formas de representação das sensações obtidas, possibilitava também momentos de exploração verbal, onde se puderam clarificar dúvidas e diferenciar os conceitos de firmeza/ rigidez; equilíbrio/ estabilidade.

F. foi se tornando um indivíduo mais espontâneo, demonstrando uma maior expressividade. A sua presença nas sessões foi sendo cada vez mais introspectiva e concentrada, deixando-se progressivamente aceder com maior tranquilidade e disponibilidade a situações de passividade e entrega de confiança. O toque deixou de ser invasivo e intrusivo, tendo-se construído um espaço terapêutico securizante, tranquilizador e ao mesmo tempo impulsionador da percepção e conseqüente mudança de atitude.

Verificou-se uma redução quase total das paratonias, não apresentando actualmente contracturas involuntárias ao nível cervical, demonstrando-se menos defensivo, mais atento, e sem necessidade

de antecipação das situações de vida. Realizou um bom transfer para o quotidiano, conseguindo enfrentar as situações difíceis com uma maior capacidade adaptativa, assim como com uma maior harmonia tónico-emocional.

"Dantes sentia que a minha rigidez não permitia que desfrutasse o dia, agora faço as coisas com mais prazer. Aceito que também posso falhar, que não tenho de ser perfeito, e consigo dar a minha opinião quando acho que algo não está correcto. Estou mais liberto, e até as pessoas notam (sic)."

E continua a ser seguido nas sessões de Psicomotricidade e Relaxação Terapêutica, mas com menor frequência, sendo actualmente marcadas sessões de três em três semanas, verificando-se a manutenção do processo evolutivo e a ausência de picos elevados de ansiedade.

Psicomotricidade no Hospital Fernando Fonseca – uma breve descrição

Em Maio de 2003, a equipa de Psiquiatria de Ligação do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca, deu início à experiência em campo da apresentação de uma nova abordagem terapêutica – Psicomotricidade e Relaxação.

A primeira fase desta experiência consistiu em estabelecer contacto com os técnicos das diferentes valências do serviço, apresentando a Psicomotricidade e os seus contributos terapêuticos em contexto de saúde mental. Por meio desta sensibilização, os casos foram sendo referenciados pelos médicos psiquiatras e psicólogos das equipas comunitárias e ligação.

As patologias mais referenciadas, foram as perturbações de ansiedade, do humor, de somatização e

perturbações do comportamento alimentar (essencialmente anorexia), patologias estas, com grande incidência sintomática a nível corporal.

Foi encaminhado um total de 28 doentes adultos, tendo havido oito desistências.

Actualmente a intervenção encontra-se alargada à infância, sendo seguidas seis crianças, com perturbações no comportamento e interacção, assim como com perturbações psicomotoras (dispraxias, descoordenação, alterações da somatognósia / imagem corporal), referenciadas da pedopsiquiatria e do serviço pediátrico do hospital, pelo Dr. Fernando Santos e pelas psicólogas de desenvolvimento, respectivamente.

A Psicomotricidade dirigida a crianças utiliza modelos de intervenção específicos que não serão abordados neste artigo.

Conclusão:

A terapia psicomotora não pretende actuar sobre o sintoma ou a expressão do mesmo, mas sim actuar sobre a base promotora desse sintoma. É necessário reconhecer o corpo nos seus comportamentos, posturas e tonicidade, atribuindo significado a todos estes aspectos e entendendo o sintoma como derivado da história corporal⁶.

Berges considera também que a peculiaridade da psicomotricidade é a de se situar numa visão abrangente e psicossomática da existência humana, não se limitando apenas à capacidade funcional. Visa entender a complexidade das interacções, considerando os desejos e sua expressão e organização a partir da função tónica.

A Psicomotricidade e Relaxação permite a consciencialização da função tónica, possibilitando a diferenciação desta e a expressão concreta do

movimento¹¹. Para tal é necessário que o indivíduo disponibilize o seu corpo num estado de passividade e entrega de confiança, para que o possa representar sem expressão motora e meramente pelas sensações proprioceptivas que permitem reelaborar experiências traumáticas registradas na memória tónica⁶.

Possibilita então a percepção tónica em todos os seus aspectos relacionais, e principalmente coloca a pessoa em comunicação consigo própria, fazendo-a sentir o seu corpo como receptor de ritmos ao contacto, à voz, ao olhar do outro que medeia esta relação terapêutica, num espaço de construção da identidade, do simbólico e das representações.

A postura terapêutica, a gestão da proximidade, o tipo de mediação corporal em relação ao sujeito, são os meios essenciais pelos quais se torna possível a progressiva tomada de consciência das experiências vividas e do seu reflexo nas unidades psíquicas e corporais indissociáveis¹⁰. Deste modo, as estratégias e a forma como se estabelece a relação terapêutica são a base fundamental de trabalho da psicomotricidade e relaxação.

Bibliografia

1. Husserl cit in Gil, J.; As metamorfoses do corpo ; Lisboa; 2ª Edição; Relógio d'Água; 1997.
2. Levin, E.; A Clínica Psicomotora – o Corpo na Linguagem; Petrópolis, RJ; Vozes; 1995.
3. Ballouard, C.; Le travail du Psychomotricien; Liège; Edições Dunond; 2003.
4. Damásio, A.; Sentimento de Si; Lisboa; 2000.
5. Wallon cit in Boscaini, E; Cuerpo y emoción. Primer espacio de comunicación y de representación; Psicomotricidad, Revista de Estudios y Experiencias; ano: 1998; nº 60; pp. 67-90.
6. Boscaini, E; Cuerpo y emoción. Primer espacio de comunicación y de representación; Psicomotricidad, Revista de Estudios y Experiencias; ano: 1998; nº 60; pp. 67-90.
7. Martins, R.; A Relaxação Psicoterapêutica no contexto da saúde mental – o corpo como ponte entre a emoção e a razão in V. Da Fonseca & R. Martins, Progressos em Psicomotricidade; Lisboa: Edições FMH; pp. 95-108; 2001.
8. Gobbi, G.; La Psicomotricidad y la relajación como mediadores en la comunicación e interacción humana; Psicomotricidad, Revista de Estudios y Experiencias; ano: 2002; nº 70-72; vol. I-III; pp. 55-60.
9. Martins, R.; La Psicomotricidad y la relajación como mediadores en la comunicación. e interacción humana; Psicomotricidad, Revista de Estudios y Experiencias; ano: 2002; nº 70-72; vol. I-III; pp. 61-63.
10. Buxant, P.; Du corps du plaisir au plaisir du corps – La Psychomotricité aux frontières de l'inexprimable ; La Psychomotricité; ano : 1982 ; vol. 6 ; pp. 35-41.
11. Bergès & Bounes; Relaxation Therapeutique chez l'enfant ; Paris, Masson ; 1985.
12. Bosse, F.; Pratique du psychomotricien en relaxation psychosomatique: abord du groupe; EvolutionPsychomotrices; ano: 1994; vol. 6; nº 26.