Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social

Sabrina Penteado Ribeiro de Toledo

A experiência da regressão na Psicomotricidade: uma nova perspectiva a partir de Winnicott

Rio de Janeiro
2014

Sabrina Penteado Ribeiro de Toledo

A experiência da regressão na Psicomotricidade: uma nova perspectiva a partir de Winnicott

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto Plastino

Rio de Janeiro

2014

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB-C

T649 Toledo, Sabrina Penteado Ribeiro de.
A experiência da regressão na Psicomotricidade: uma nova perspectiva a partir de Winnicott. / Sabrina Penteado Ribeiro de Toledo. – 2014.
116 f.

Orientadora: Carlos Alberto Plastino.
Tese (doutorado) — Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Psicologia do movimento – Teses. 2. Winnicott, D. W. (Donald Woods), 1896-1971– Teses. 3. Experiência – Aspectos psicossomáticos – Teses. I. Plastino, Carlos Alberto. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 159.943.3

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada da fonte.

_____ _____
Assinatura Data

Sabrina Penteado Ribeiro de Toledo

A experiência da regressão na Psicomotricidade:

uma nova perspectiva a partir de Winnicott

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Aprovada em 18 de julho de 2014.

Banca Examinadora: _____

Prof. Dr. Carlos Alberto Plastino
Instituto de Medicina Social – UERJ

_____

Prof.ª Dra. Jane Araujo Russo
Instituto de Medicina Social – UERJ

_____

Prof. Dr. Carlos Alberto de Mattos Ferreira
Instituto de Medicina de Reabilitação - IBMR

_____

Prof. Dr. Rossano Cabral
Instituto de Medicina Social – UERJ

_____

Prof.ª Dra. Martha Lovisaro
Instituto de Pedagogia - UERJ

Rio de Janeiro

2014

DEDICATÓRIA

Para a minha filha Clara.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Professor Carlos Alberto Plastino, por todo o aprendizado e estímulo desde os tempos de mestrado.

À Regina Morizot, Silvia Carné, Elsa Dias e Suzana Cabral, pela profícua troca de ideias.

À mestra Angel Vianna, por sua escola de vida.

Aos meus pacientes e aos meus alunos, pela confiança.

À minha família e aos meus amigos, pelo apoio e carinho.

Em especial a minha mãe, Isabel, e a Tia Penha, por todo o suporte amoroso que tornou esta tese possível de ser realizada.

Sou um guardador de rebanhos.
O rebanho é os meus pensamentos
E os meus pensamentos são todos sensações.
Penso com os olhos e com os ouvidos
E com as mãos e os pés
E com o nariz e a boca.

Pensar uma flor é vê-la e cheirá-la
E comer um fruto é saber-lhe o sentido.

Por isso quando num dia de calor
Me sinto triste de gozá-lo tanto.
E me deito ao comprido na erva,
E fecho os olhos quentes,
Sinto todo o meu corpo deitado na realidade.

Alberto Caeiro

RESUMO

TOLEDO, Sabrina Penteado Ribeiro de. *A experiência da regressão na Psicomotricidade*: uma nova perspectiva a partir de Winnicott. 2014. 116f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2014.

A Psicomotricidade, no seu âmbito terapêutico, considera como regressão uma *vivência simbólica* vivida pelo indivíduo ao longo da terapia psicomotora. Tal vivência seria um retorno simbólico à época em que o paciente ainda era um bebê e estabelecia uma comunicação com a mãe por meio de um *diálogo-tônico*. A presente tese tem como objetivo desenvolver o tema da regressão a partir de uma nova perspectiva: a da ex*periência psicossomática* desenvolvida pelo psicanalista inglês Donald Winnicott. Com esta finalidade, apresentamos, inicialmente, um histórico da Psicomotricidade e pontuamos a mudança paradigmática ocorrida em seu interior. Em seguida, abordamos a teoria do desenvolvimento emocional de Winnicott e o uso inovador da regressão no seu trabalho clínico. Desenvolvemos, então, uma perspectiva diferenciada do movimento do bebê como um *gesto espontâneo*, de tal modo que ficasse fundamentada a ideia de que o *diálogo-tônico* poderia ser repensado na Psicomotricidade como uma *experiência psicossomática*. A partir dessa compreensão por nós formulada, balizamos a ideia de que a regressão na Psicomotricidade é uma *experiência psicossomática*. Por último, apresentamos a metodologia da "Terapia Psicomotora de Base Winnicottiana" por nós desenvolvida e afirmamos a possibilidade da regressão à não-integração como uma *experiência psicossomática* prazerosa e integradora.

Palavras-chave: Psicomotricidade. Winnicott. Regressão. Experiência. Psicossoma.

ABSTRACT

TOLEDO, Sabrina Penteado Ribeiro de. *The experience of regression in Psychomotricity: a nem perspective based on Winnicott*. 2014. 116f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2014.

Psychomotricity, viewed as a formal therapy, considers regression as the symbolic experience someone experiments along a psychomotricity therapy. Such experience would be like a symbolic return to the time when the patient was still a baby, a time when he/she should communicate with his/her mother throughout the so called tonic dialogue. This thesis has the purpose of developing the theme of regression from a new perspective. That is the psychosomatic experience that was presented and enlarged by the British psychoanalyst Donald Winnicott. We initially present some of the Psychomotricity history. We also punctuate the changes that have happened inside this science. After that, we mention Winnicott´s emotional development theory and the new perspective of regression we find in Winnicott´s clinical work. Then we develop a different perspective that shows the baby´s movement as a spontaneous gesture. By doing so we are able to confirm the idea that regression in Psychomotricity is a psychosomatic experience. Finally, we present a methodology that we call the "Psycomotricity Therapy of Winnicottian Basis. We created such a therapy to confirm the possibility of regression to non-integration viewed as a psychosomatic experience that is at a time pleasant and integral.

Keywords: Psychomotricity. Winnicott. Regression. Experience. Psychosoma.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	12
1	**A PSICOMOTRICIDADE E SUA HISTÓRIA**.....	17
1.1	**O surgimento da Psicomotricidade**.....	18
1.2	**Wallon, o pai da Psicomotricidade**.....	20
1.3	**O início da reeducação psicomotora**.....	21
1.4	**As influências de Piaget**.....	22
1.5	**Imagem e Esquema Corporal - Schilder e Head**.....	23
1.6	**Os métodos de relaxação de Schultz e de Jacobson**.....	25
1.7	**Ajuriaguerra: o fim do paralelismo psicomotor**.....	25
1.8	**Bergès, Desobeau e Soubiran: os discípulos de Ajuriaguerra**.....	27
1.9	**Educação Psicomotora - Le Boulch e Vayer**.....	27
1.10	**Da reeducação à terapia psicomotora**.....	30
1.11	**Da educação à terapia psicomotora - Aucouturier e Lapierre**.....	32
1.12	**A Psicomotricidade e sua diversidade**.....	34
1.13	**A Psicomotricidade no Brasil**.....	37
2	**A TEORIA DE WINNICOTT SOBRE O DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL PRIMITIVO E SOBRE A REGRESSÃO**.....	42
2.1	**O desenvolvimento emocional primitivo e a importância do ambiente**.....	42
2.2	**O psicossoma e a elaboração imaginativa das funções corpóreas**.....	47
2.3	**As falhas ambientais**.....	49
2.4	**Aspectos psicóticos**.....	52
2.5	**O uso da regressão**.....	56
2.6	**Da dependência absoluta ao estágio do concernimento**.....	60

3 **O FAVORECIMENTO DA INTEGRAÇÃO PSICOSSOMÁTICA: A PSICOMOTRICIDADE À LUZ DA PSICANÁLISE WINIICOTTIANA**..... 63

3.1 **A Psicomotricidade como uma ciência em construção**..... 63

3.2 **O movimento**..... 67

3.3 **O diálogo-tônico e a compreensão da experiência psicossomática**..... 71

3.4 **A respiração**..... 78

3.5 **A Psicomotricidade e o favorecimento da integração psicossomática** 81

4 **A REGRESSÃO COMO EXPERIÊNCIA PSICOSSOMÁTICA: UMA NOVA PERSPECTIVA PARA A PSICOMOTRICIDADE**... 85

4.1 **A prática psicomotora de Lapierre e Aucouturier: Uma vivência simbólica**..... 85

4.2 **A regressão na prática psicomotora de Lapierre e Aucouturier**..... 88

4.3 **A revolução do conceito winnicottiano de psicossoma**..... 92

4.4 **A terapia psicomotora de Base Winnicottiana**..... 94

4.4.1 Primeiro momento: movimento de entrega..... 96

4.4.2 Segundo momento: movimento ascendente..... 98

4.4.3 Terceiro momento: movimento consciente..... 99

4.4.4 Quarto momento: movimento mspontâneo..... 100

4.5 **Da regressão à não-integração: uma experiência satisfatória**..... 102

4.6 **Um caso clínico**..... 104

4.7 **A conduta do psicomotricista**..... 106

CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 109

REFRÊNCIAS..... 111

INTRODUÇÃO

Na contemporaneidade, muitas áreas do saber, entre elas a Psicomotricidade, se debruçam sobre a temática da corporeidade na tentativa de compreender a existência humana a partir de um ponto de vista monista. Apesar desse esforço presente em diferentes perspectivas teóricas, falar sobre o tema do corpo e da constituição do psiquismo sem cair no dualismo cartesiano não é uma tarefa fácil.

De acordo com a definição adotada pela Sociedade Brasileira de Psicomotricidade:

> Psicomotricidade é a ciência que tem como objeto de estudo o homem por meio do seu corpo em movimento e em relação ao seu mundo interno e externo. Está relacionada ao processo de maturação, onde o corpo é a origem das aquisições cognitivas, afetivas e orgânicas. É sustentada por três conhecimentos básicos: o movimento, o intelecto e o afeto. Psicomotricidade, portanto, é um termo empregado para uma concepção do movimento organizado e integrado, em função das experiências vividas pelo sujeito cuja ação é resultante de sua individualidade, sua linguagem e sua socialização. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOMOTRICIDADE, 1982).

Tal definição aponta para a amplitude do campo de pesquisa da Psicomotricidade. Na medida em que o movimento é pensado a partir de três perspectivas diferentes – motora, cognitiva e emocional –, diferentes construções teóricas são necessárias para embasar o conhecimento desta ciência. Esta pluralidade teórica resultou na existência de linhas teórico-práticas muito distintas no interior da Psicomotricidade.

A diversidade teórica da Psicomotricidade, se por um lado aponta para o seu vigor, por outro pode denunciar sua fragilidade em termos de coerência epistemológica. A existência de diferentes linhas teórico-práticas da Psicomotricidade demonstra o grande interesse por profissionais de áreas distintas pelo tema do movimento humano, mas também pode resultar numa falta de consistência teórica. No nosso entender, a diversidade de pontos de vista no interior da Psicomotricidade pode ser extremamente benéfica para a própria ciência na medida em que haja uma fundamentação consistente no interior de cada linha. Pontos de vista divergentes sempre existirão em qualquer área do conhecimento e isso não representa um problema em si desde que cada uma dessas abordagens seja bem fundamentada dentro do seu próprio arcabouço teórico.

Consideramos relevante salientar que este aspecto plural da Psicomotricidade é positivo na medida em que não pretendemos desmerecer nenhuma das linhas existentes. Nosso objetivo com a presente tese é explicitar a experiência da regressão na

Psicomotricidade a partir da perspectiva da Psicanálise Winnicottiana. Ao fazer isto, não estamos depreciando outras construções teóricas a respeito do tema da regressão. O que intencionamos é aprofundar o campo teórico da Psicomotricidade, introduzindo uma nova perspectiva. Para isso, escreveremos quatro capítulos que serão sucintamente apresentados a seguir.

No primeiro capítulo explicitaremos o surgimento e o desenvolvimento histórico da Psicomotricidade. Apontaremos para as contribuições dadas por diferentes teóricos como Piaget, Wallon e outros. Abordaremos também a mudança paradigmática ocorrida no interior da Psicomotricidade ao longo dos seus mais de cem anos de existência. Explicitaremos a passagem de uma Psicomotricidade com enfoque reeducativo para uma terapia e uma educação psicomotora que compreendam o indivíduo em sua globalidade. E, finalmente, apresentaremos as principais linhas teórico-práticas da Psicomotricidade na atualidade, bem como o seu campo de atuação.

No segundo capítulo, explicitaremos a teoria do desenvolvimento emocional primitivo de Winnicott. Descreveremos a importância dada ao corpo pelo psicanalista inglês a partir de alguns conceitos fundamentais, como o *psicossoma* e a *elaboração imaginativa das funções corpóreas*. Ainda neste capítulo, abordaremos a relação entre as falhas ambientais frequentes e duradouras vividas no início da vida e os aspectos psicóticos. Em seguida, o uso da regressão na análise é apresentado como uma possibilidade de *descongelamento das situações traumáticas*. E, finalmente, desenvolvemos a ideia de que numa regressão bem sucedida, o paciente experimenta com o analista um estágio de *dependência absoluta* para poder fazer todo o percurso do desenvolvimento emocional até a constituição do *si-mesmo unitário*.

No terceiro capítulo, nos propomos a abordar os temas do movimento, do *diálogo-tônico* e da respiração de modo a criar uma interface entre a teoria winnicottiana do amadurecimento emocional primitivo e a Psicomotricidade. Tais temas, considerados como centrais para a prática psicomotora, são explicitados de modo a demonstrar de que modo a prática psicomotora promove o favorecimento da *integração psicossomática*.

No quarto e último capítulo, desenvolveremos a ideia de que a regressão na Psicomotricidade deve ser entendida como uma *experiência psicossomática*. Apresentaremos como contraponto a perspectiva de Lapierre e Aucouturier sobre a regressão como uma vivência simbólica. Tal tema será abordado principalmente a partir da Prática Psicomotora desenvolvida pelos psicomotricistas franceses quando ainda trabalhavam juntos. A ideia de regressão como uma vivência simbólica permanece presente até os dias de hoje em diferentes linhas da Psicomotricidade, o que torna nossa pesquisa ainda mais relevante. Neste capítulo

também apresentamos a metodologia do trabalho de Psicomotricidade que estamos desenvolvendo e ao qual é chamado de “Terapia Psicomotora de Base Winnicottiana”. O tema da regressão é desenvolvido, então, com o objetivo de se explicitar de que forma o movimento favorece o processo de *integração* do indivíduo ao longo da Terapia Psicomotora.

Consideramos importante relatar sucintamente o percurso profissional percorrido pela autora até o presente momento de modo que o leitor possa compreender a partir de que ponto de vista profissional desenvolveremos a presente tese,. No trecho da tese a seguir, e apenas nele, usaremos a primeira pessoa do singular para realizarmos tal apresentação.

Minhas indagações sobre o tema do movimento sempre foram o fio condutor da minha formação profissional. O modo como o corpo influencia o desenvolvimento emocional, e vice-versa, é um questionamento que me acompanha há quase duas décadas.

O interesse pela corporeidade me levou a cursar, em primeiro lugar, o curso técnico de “Recuperação Motora e Terapia através do Movimento” da Escola Angel Vianna. Nessa formação de três anos, ao vivenciar de maneira sensível o meu próprio corpo, compreendi de que maneira o Método Angel Vianna de “Conscientização do Movimento” pode resgatar o prazer de se estar no corpo e de se relacionar com o espaço e com o outro. Trata-se de um trabalho de sensibilização profunda que, em termos winnicottianos, potencializa o caráter psicossomático da existência.

Minha busca por essa área do conhecimento teve continuidade na faculdade de Psicomotricidade. Nessa graduação pude pesquisar ainda mais a relação entre corpo e o desenvolvimento emocional, desta vez sob um ponto de vista mais teórico. Os autores da Psicomotricidade, ao unir conhecimentos da Psicologia, Neurologia, Educação, Psicanálise, Cinesiologia, me mostraram a complexidade do tema abordado e me fizeram refletir sobre a atualidade do pensamento sobre a corporeidade humana.

Em função dessa formação diversificada, iniciei minha vida profissional atuando em diferentes áreas. Sempre integrando os campos da Educação, da Saúde e das Artes, fui desenvolvendo um trabalho próprio. No início, dei aulas de Psicomotricidade, Dança Criativa, Expressão Corporal e Artes Integradas para crianças em diferentes escolas: Escola Oga Mitá, Escola Angel Vianna, Tabladinho, Tear, etc. Além disso tive a oportunidade de dar aulas de Expressão Corporal para adultos na formação técnica em Dança Contemporânea da Escola Angel Vianna. Paralelo ao trabalho como professora, dei continuidade aos atendimentos clínicos com crianças iniciados no estágio ao longo da graduação de Psicomotricidade. Desta

forma, já graduada em Psicomotricidade, dei início ao meu trabalho com terapia psicomotora no consultório particular.

Após a graduação, me especializei em "Terapia Psicomotora de Base Psicanalítica", no Centro de Estudos Regina Morizot. Nessa época, pude perceber o quanto a psicanálise poderia me ajudar a perscrutar a questão da corporeidade. Participei também de diversas vivências e workshops de terapia psicomotora em grupo com intuito de aprofundar minha formação pessoal.

Minha busca pelo mestrado em Saúde Coletiva do Instituto de medicina Social da UERJ partiu de uma série de inquietações teóricas que o trabalho como psicomotricista me suscitava. Descobri em Winnicott um autor que aborda o tema do desenvolvimento emocional de uma maneira profunda ao construir uma teoria unitária sobre o amadurecimento pessoal. Sua obra confere às experiências corporais um lugar crucial na constituição do indivíduo e sublinha a necessidade de um ambiente suficientemente bom para que a coesão psicossomática se potencialize. Winnicott diz que a base para o sentimento de que a vida vale a pena ser vivida está na constituição do "sentimento de habitar o próprio corpo". A partir do estudo desses temas, escrevi minha dissertação de mestrado que tem como título: "Integração, personalização e realização: a teoria do desenvolvimento emocional de Winnicott" [1] orientada pelo Professor Carlos Alberto Plastino. Nela, ao apresentar cada estágio do desenvolvimento emocional, iniciei minha articulação entre a teoria winnicottiana e os conceitos chaves da Psicomotricidade.

Logo após o mestrado, passei a ministrar aulas de "Educação Psicomotora", "Psicomotricidade Relacional" e "Corporeidade" em diferentes pós-graduações lato-senso em universidades como a UNI-IBMR, a UFC e a FUMEC. Paralelo aos estudos acadêmicos iniciei minha formação psicanalítica no Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro. E, em seguida, comecei a trabalhar com Psicanálise junto ao grupo Singularizando.

Desde 2012, venho aprofundado meus estudos sobre a Psicanálise Winnicottiana por meio de cursos e grupos de estudo na Sociedade brasileira de Psicanálise Winnicottiana fundada e dirigida por Elsa Oliveira Dias e Zeljko Loparic.

Como se pode perceber, minha trajetória profissional é transdisciplinar: saúde, educação e arte; mais especificamente: Psicomotricidade, Psicanálise, Educação Infantil e Dança. Tanto em termos teóricos como em termos de prática profissional, meu trabalho

---

[1] TOLEDO, Sabrina. **Integração, personalização e realização: a teoria do desenvolvimento emocional primitivo**. 2008. 96 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

sempre ocupou um lugar de interface entre estes diferentes campos do saber e da arte. Esse pequeno apanhado da minha história serve para que o leitor possa entender a formação teórica e prática que tive ao longo dos anos para me apropriar de um saber e criar um método próprio de trabalho.

No doutorado, tenho como objetivo desenvolver a ideia de regressão na Psicomotricidade a partir da perspectiva da Psicanálise Winnicottiana. Com esta finalidade, irei propor algumas articulações teóricas ousadas entre esses dois campos teóricos. Dentre essas articulações há duas que são a base para o pensamento que desenvolveremos sobre o tema da regressão, a saber: compreender o movimento do bebê como um *gesto espontâneo* e o *diálogo-tônico* mãe-bebê como uma *experiência psicossomática*. Serão essas novas compreensões que permitirão o desenvolvimento do tema da regressão como uma experiência psicossomática e não como uma vivência simbólica. Isso tudo para, finalmente, podermos desenvolver a ideia de que a *não-integração* vivida na terapia psicomotora é uma experiência psicossomática saudável e prazerosa que o indivíduo alcança por meio da regressão.

Todas essas articulações teóricas embasam e ao mesmo tempo são fruto da prática psicomotora singular que venho realizando. Tal trabalho acontece desde 2003 no consultório e desde 2012 na Escola Angel Vianna por meio do curso livre chamado “Dança e Psicomotricidade”. Para a presente tese, como dissemos anteriormente, cunhamos o nome “Terapia Psicomotora de Base Winnicottiana” para designar a terapia psicomotora com adultos que vem sendo por mim realizada.

1 **A PSICOMOTRICIDADE E SUA HISTÓRIA**

Existo e sinto, logo penso.
José Gil

Consideramos importante para a presente tese descrever o surgimento da Psicomotricidade enquanto ciência e sua evolução histórica. Isso se deve ao fato de que, para realizar o objetivo da tese - aprofundar o campo teórico da Psicomotricidade a partir da perspectiva winnicottiana de modo a compreender a experiência da regressão sob uma nova perspectiva - é preciso que se compreenda o desenvolvimento histórico da Psicomotricidade.

Não podemos negar que a Psicomotricidade, apesar de já possuir uma larga história no Brasil, ainda permanece incompreendida por parte de alguns profissionais, mesmo aqueles ligados ao campo da saúde. O motivo pelo qual esta parcial incompreensão permanece até os dias de hoje é, a nosso ver, a própria complexidade da Psicomotricidade enquanto ciência. Na medida em que entrelaça diferentes campos do saber, a Psicomotricidade acaba por produzir práticas muito heterogêneas. A existência de diferentes linhas de atuação na Psicomotricidade confunde, por vezes, o profissional de outras áreas. Sem conhecer as bases teóricas que norteiam a Psicomotricidade, é comum que esta se torne alvo de críticas. Desta forma, elucidar o surgimento e o desenvolvimento da Psicomotricidade tem como razão primeira aprofundar o conhecimento do leitor sobre este campo do saber e suas consequentes práticas.

Estamos cientes de que é impossível enumerar todos os pesquisadores que influenciaram o nascimento e a transformação da Psicomotricidade, além de todos os profissionais que se tornaram psicomotricistas de relevância teórica. Assim, escolhemos alguns dos mais importantes deles para a compreensão do desenvolvimento da ciência em questão. Dentre os pesquisadores de outras áreas que contribuíram para o surgimento e para as mudanças no campo da Psicomotricidade abordaremos: Dupré, Wallon, Piaget, Head, Schilder**,** Guilmain, Schultz, Jacobson, Ajuriaguerra e Bergès. Em seguida, citaremos psicomotricistas de grande relevância para a área: Desobeau, Soubiran, Le Boulch, Vayer, Aucouturier, Lapierre, Vitor da Fonseca e Esteban Levin. E, posteriormente, apresentaremos a história da Psicomotricidade no Brasil, dando destaque para as contribuições das pioneiras Regina Morizot e Beatriz Sabóia.

1.1 **O surgimento da Psicomotricidade**

Enquanto ciência, a Psicomotricidade surge no início do século XX, na França, a partir do discurso médico, mais especificamente neurológico. Com a descoberta de que alguns distúrbios motores não apresentavam correlatos em uma região do cérebro, surge a necessidade de se pensar uma área de estudo que explicasse determinados fenômenos clínicos.

> São descobertos 'distúrbios da atividade gestual', 'da atividade práxica', sem que anatomicamente estejam circunscritos a uma área ou parte do sistema nervoso. Portanto, o 'esquema estático anátomo-clínico' que determinava para cada sintoma sua correspondente lesão focal já não podia explicar alguns fenômenos patológicos. É justamente a necessidade médica de encontrar uma área que explique certos fenômenos clínicos que nomeia pela primeira vez a palavra Psicomotricidade. (LEVIN, 1995, p.23).

Os historiadores creditam ao neurologista e pesquisador francês Dupré o surgimento da palavra Psicomotricidade, ainda grafada com hífen (psico-motricidade). Ao observar debilidades motoras que independiam de um correlato neurológico, Dupré rompe com os pressupostos da correspondência biunívoca entre as perturbações motoras da infância e a localização neurológica. Ele vem a descobrir em suas pesquisas a estreita ligação entre as anomalias psicológicas e as motoras, sem que necessariamente houvesse uma lesão cerebral correspondente (Levin, 1995, p.24).

Dessa forma, Dupré inicia, então, o estudo da Psicomotricidade a partir de seu relatório sobre a debilidade motora, em 1907. E dá continuidade a este trabalho, em 1909, no Congresso de Nantes, na França. Nessa conferência, Dupré descreve a síndrome da debilidade motora[2] e a associa com a debilidade mental. Com os seus estudos clínicos, Dupré isola as três características que marcam a debilidade motora. A primeira seria a falta de destreza, de coordenação. A segunda seria a sincinesia, ou seja, movimentos involuntários associados a movimentos voluntários, que tem como consequência a participação de músculos em movimentos aos quais eles não são necessários. E, finalmente, as paratonias, uma variedade de hipertonia muscular que impossibilita a realização voluntária de movimentos. Nas paratonias existe uma limitação em dois ou quatro membros do corpo, caracterizada por uma "deselegância" ao correr e/ou uma rigidez nas mãos.

---

[2] A descrição minuciosa da debilidade motora influenciou o surgimento de práticas reeducativas da Psicomotricidade, conforme veremos ao longo deste capítulo.

Ao explicitar a debilidade motora, diferenciando-a de um modo que nunca havia sido feito antes, Dupré também afirma que esta não é atribuível a um dano ou lesão extrapiramidal específico. O que ocorre é uma relação com a debilidade mental[3]. A grande inovação de Dupré foi, depois de aprofundado estudo sobre as debilidades motoras, relacioná-las com as debilidades mentais, com isso abrindo precedente para a futura criação do conceito de debilidades psicomotoras. Antes dele, como dissemos anteriormente, determinada debilidade motora era creditada a uma específica lesão cerebral, ou seja, algo físico que comprometia o motor, numa relação biunívoca. A partir de Dupré, as debilidades motoras passam a ser associadas à debilidade mental, e vice-versa, numa relação não de causa e efeito, mas de correspondência.

A partir de seus estudos, Dupré inicia, então, a ideia de "paralelismo psicomotor", que diz respeito ao paralelismo entre as manifestações motoras e psíquicas, ou seja, a noção de que os distúrbios motores podem acompanhar os distúrbios mentais e vice-versa. Segundo Saboya (1995, p.19), Dupré afirmava que "entre certas alterações mentais e as alterações motoras correspondentes existe uma união tão íntima que parecem constituir verdadeiras parelhas psicomotoras".

Ao longo da sua história, a Psicomotricidade passou por mudanças na sua teoria do conhecimento. Epistemologicamente, podemos observar dois momentos históricos distintos.

O primeiro momento histórico diz respeito justamente ao aparecimento, a partir de Dupré, da ideia de paralelismo psicomotor. Trata-se de uma tentativa de se superar o dualismo mente-corpo iniciado por Platão e reafirmado por René Descartes no século XVII. Não temos como pretensão discutir as profundas e antigas questões filosóficas a respeito deste tema. Mas sobre o dualismo cartesiano, podemos dizer que Descartes estabeleceu "'princípios fundamentais' a partir dos quais se acentuou a dicotomia: o corpo, 'que é apenas uma coisa extensa que não pensa', e a alma, substância pensante por excelência que 'não participa de nada daquilo que pertence ao corpo' (Levin, 1995, p.22).

O corpo do primeiro momento epistemológico da Psicomotricidade,

> [...] pode ser descrito sob os traços ainda vagos de algo que não se reduz nem à extensão, propriedade essencial do corpo anátomo-fisiológico, nem ao pensamento, propriedade do espírito, mas que os justapõe, os aproxima, os une. (LE CAMUS, 1984, p.15)

[3] É preciso dizer que esta descrição das debilidades motoras e sua relação com as debilidades mentais não são mais atuais. Mas a influência exercida por esse relatório de 1909 sobre Ajuriaguerra justifica sua relevância até os dias de hoje.

Em epítome, o corpo e a mente, nesta fase inicial da Psicomotricidade, são colocados lado a lado, como paralelas que se relacionam intimamente, mas não se encontram. Nesta concepção, as alterações mentais e motoras se influenciam mutuamente, mas ainda não há um entendimento do corpo em sua globalidade, como acontecerá posteriormente.

Devemos à Dupré o surgimento da palavra Psicomotricidade e as primeiras relações de similitudes e diferenças entre a debilidade motora e a mental. No entanto, esta ciência adquire maior densidade com os trabalhos de Wallon, conforme demonstrarei a seguir.

1.2 **Wallon, o pai da Psicomotricidade**

Wallon, médico e psiquiatra francês, autor de inúmeros e importantes trabalhos nas áreas da educação e da psicologia da criança, foi considerado, junto com Dupré, o pai da Psicomotricidade. Em 1925, Wallon inicia uma série de publicações sobre a classificação de síndromes e tipos psicomotores. Tal classificação também aponta para o paralelismo psicomotor e traz, como mostraremos posteriormente, consequências na escolha de práticas reeducativas de tratamento.

Para Wallon, o movimento funciona como instrumento na construção do psiquismo, pois é ele que está no início da comunicação com o outro. O movimento constitui um elemento de base para o pensamento. Em suas observações clínicas ele evidencia a concomitância de sintomas nas esferas motora, intelectual e afetiva. Mais do que a inteligência, o que interessa a Wallon é o caráter, ou seja, as manifestações observáveis da atividade, afetividade, relações sociais, vontade e hábitos da criança (Le Camus 1984, p.22). Sua grande contribuição para a Psicomotricidade e para outras áreas do conhecimento, como a Educação e a Psicologia, foi perscrutar a relação entre caráter e movimento. Desta forma, podemos dizer que Wallon inaugura a ideia de relação entre movimento, emoção e ambiente.

Entre 1925 e 1949, Wallon amplia suas pesquisas e mostra a relação entre as emoções e as variações tônicas, ao afirmar que, para além das variações fisiológicas necessárias para o movimento e o repouso, o tônus muscular também sofre variações relacionadas com as tensões emocionais. Ao desenvolver um estudo no qual demonstra a diferença tônica entre corpos alegres, encolerizados ou depressivos, a análise walloniana dá destaque ao componente corporal das emoções e mostra que estas sempre estão vinculadas a uma variação tônica específica (Galvão, 2008, p. 62).

Wallon representa, então, um grande avanço para a Psicomotricidade. Se Dupré a havia iniciado, Wallon trouxe a esta ciência a noção de emoção, ao apontar para a concomitância de sintomas nas esferas motora, intelectual e emocional.

> Estas primeiras relações de similitudes e diferenças entre a debilidade motora e a debilidade mental, somadas à contribuição de Wallon relativa à ação recíproca entre movimento, emoção, indivíduo e meio ambiente, fazem o delineamento de um primeiro momento do campo psicomotor: é o momento do 'paralelismo' e, portanto, da relação (tentativa de superação do dualismo cartesiano) entre o corpo, expressado basicamente no movimento, e a mente, expressada no desenvolvimento intelectual e emocional do indivíduo. (LEVIN,1995, p.25).

Wallon opera um enriquecimento conceitual para o campo teórico da Psicomotricidade ao aprofundar as noções de desenvolvimento, de distúrbio e de tipos psicomotores (Le Camus, 1984, p.23). A Psicomotricidade passa a considerar, então, a existência de uma associação estreita entre o desenvolvimento da motricidade, da inteligência e da afetividade no ser humano.

1.3 **O início da reeducação psicomotora**

A partir da conferência de 1909 realizada por Dupré e das contribuições de Wallon, uma série de exercícios psicomotores foi desenvolvida e uma prática reeducativa foi iniciada, inaugurando o campo de atuação da Psicomotricidade no tratamento de crianças especiais. Testes psicomotores foram criados com intuito de detectar distúrbios e corrigi-los a partir de técnicas psicomotoras direcionadas. À diferença do distúrbio motor, identificado como uma perturbação do mecanismo do movimento, o distúrbio psicomotor era considerado uma perturbação da "vontade do movimento". Os exercícios reeducativos visavam a melhoria dos distúrbios psicomotores e se situavam num eixo essencialmente neurológico.

Foi Edouard Guilmain, fervoroso discípulo de Wallon, quem inicia, em 1935, a prática psicomotora propriamente dita. Nesta época, como professor de classe de aperfeiçoamento em Paris, lidava com inúmeras crianças com distúrbios de caráter (instáveis, débeis, etc.). Como não havia, até então, nenhum exame de sondagem para elas, ele cria um exame psicomotor[4].

---

[4] Nesta época, Ozeretsky já havia criado uma bateria de testes psicomotores (1921) que visava determinar uma idade motora, mas esta só foi traduzida para o francês em 1936. (Le Camus, 1984, p.26)

Este, além de instrumento de medida, funciona como meio de diagnóstico, indicação terapêutica e prognóstico, o que fez de Guilmain um inovador. (Le Camus, 1984, p.26)

Nesse momento histórico, ao reeducar os corpos a partir de diferentes técnicas e por meio de exercícios específicos, a prática psicomotora se situa numa perspectiva reeducativa. Havia três objetivos claros. A partir de exercícios de equilíbrio e de mímica, objetivava-se reeducar a atividade tônica. Por meio de exercícios de dissociação e de coordenação motora com apoio lúdico, esperava-se melhorar a atividade de relação. E com exercícios de inibição para os instáveis e de desinibição para os emotivos, desenvolvia-se o controle motor. (Le Camus, 1984, p.27)

Surge, então, um verdadeiro programa de trabalho que dá início a um método de reeducação psicomotora (RPM) para crianças descoordenadas, instáveis ou débeis motoras. Exercícios de equilíbrio, mímica, coordenação motora e dissociação de segmentos já se faziam presentes, mas ainda não estavam claros quais seriam os grandes eixos de atuação da Psicomotricidade.

Neste primeiro momento, a Psicomotricidade está centrada no aspecto motor de um corpo instrumental e tem como objetivo apenas a reeducação das funções motoras perturbadas. A ideia de paralelismo psicomotor, colocada em prática com os trabalhos de Guilmain, é o início da resposta ao problema das relações entre fenômenos motores e psicológicos. “Nesta primeira etapa, a influência da neuropsiquiatria é determinante numa clínica centrada no aspecto motor e num corpo instrumental, ferramenta de trabalho para o reeducador que se propõe a consertá-lo” (Levin,1995, p.30).

É importante frisar que, hoje em dia, ainda existem alguns psicomotricistas que trabalham na clínica com um enfoque reeducativo. São profissionais que acreditam que a partir de uma avaliação psicomotora instrumentalista pode-se determinar um percurso técnico de tratamento que vise apenas a obtenção de resultados formais. Mas, sem dúvida nenhuma, tal tipo de abordagem sofreu um declínio e uma marginalização significativos.

1.4 **As influências de Piaget**

Outra grande influência para a Psicomotricidade é a obra de Piaget e seus estudos sobre a epistemologia genética. Apesar de seus trabalhos terem sido escritos a partir da década de vinte, Piaget só se tornou conhecido pelos psicomotricistas na década de sessenta (Le

Camus, 1984, p. 40). Seu grande mérito está em, junto com Wallon, seu célebre rival, ter enunciado que o movimento era o principal instrumento do psiquismo. Ao defenderem a ideia de que psiquismo e motricidade não são realidades estranhas e separadas, e sim, expressões complementares da existência humana, ambos influenciaram, cada um a seu modo, as bases teóricas da Psicomotricidade.

Assim como Wallon, Piaget também propõe uma série de estágios do desenvolvimento cognitivo. Mas, ao contrário do primeiro, Piaget acredita que tais estágios formam uma sequência linear e que um estágio integra o outro. A Epistemologia Genética piagetiana defende que o indivíduo passa por várias etapas consecutivas de desenvolvimento ao longo da sua vida, num processo de aprendizagem que começa no nascimento e acaba na morte.

O primeiro estágio do desenvolvimento, o sensório-motor[5], nos mostra a influência de seu trabalho sobre a Psicomotricidade. Segundo ele, nessa fase, a partir de reflexos neurológicos básicos, o bebê começa a construir esquemas de ação para assimilar e acomodar mentalmente o meio. Na medida em que coordena os esquemas de movimentos e sensações correspondentes, o bebê faz, em termos piagetianos, a *assimilação* (que nada mais é do que a incorporação desses sistemas) e a *acomodação* (ajustamento destes em relação mundo exterior). É sobre esses dois processos que o autor vai situar as origens da inteligência. A estruturação desta tem sua base no movimento, por meio da interação do indivíduo com o seu meio. Para Piaget, a inteligência é prática e as noções de espaço e tempo são construídas pela ação. Ao afirmar que o contato do bebê com o meio é direto e imediato, sem representação ou pensamento, ele postula uma inteligência não-verbal, ou seja, um pensamento sem linguagem.

1.5 **Imagem e esquema corporal - Schilder e Head**

Do ponto de vista mais especificamente psicológico, podemos citar autores que despontavam para a questão da imagem e do esquema corporal, aspectos que viriam a ser centrais na Psicomotricidade. Havia abordagens mais fisiológicas, como a de Head (1911) e a sua descrição do esquema postural; e abordagens mais psicanalíticas, como a de Schilder (1941) e a imagem do corpo. Mas em ambas havia o desejo dos pesquisadores em

[5] Nos demais estágios, pré-operatório, operatório concreto, operatório abstrato, o movimento também é relevante, mas não tanto quanto no estágio sensório-motor.

compreender a “consciência de si”, que se manifestaria sobretudo como consciência do próprio corpo. (Morizot, 2010a, p. 14)

Henry Head foi um neurologista que, em 1911, criou o conceito de esquema corporal, afirmando que a partir desse esquema se poderia construir um modelo postural de nós mesmos. Já Schilder criou uma síntese entre o modelo neurológico do corpo, de Head, e a ideia de corpo libidinal, de Freud, dando início à perspectiva de imagem corporal como a imagem tridimensional e muitas vezes inconsciente que cada qual tem de si próprio. Em sua obra, o autor destaca a importância do corpo e do corpo do outro para a constituição do eu. Uma das grandes contribuições de Schilder (1941) foi a percepção de que os eventos diários também contribuem para a transformação da imagem corporal, não sendo esta apenas uma construção cognitiva, mas também uma consequência das atitudes emocionais, desejos e interação com os outros. “A imagem corporal é uma entidade em mudança, em crescimento, em desenvolvimento, em perpétua autoconstrução e autodestruição interna, na qual interagem influências sensório-motoras, psicológicas e sociais” (Schilder, 1999, p. 12).

Ao longo do tempo, a Psicomotricidade se valeu dos conceitos de imagem e esquema corporal e incorporou estas reflexões em sua prática. Os conceitos, sempre presentes na atual literatura psicomotora, aparecem ou como uma unidade integrada ou, mais comumente, como duas instâncias complementares. Neste caso, esquema corporal diz respeito à consciência que o indivíduo tem do seu próprio corpo e o uso funcional que ele faz dele, ou seja, uma estrutura neuromotora que permite ao indivíduo estar consciente do seu próprio corpo anatômico e desenvolver ações de forma adequada. Já a imagem corporal está mais ligada às questões subjetivas, a como o indivíduo se vê e às suas imagens inconscientes.

1.6 **Os métodos de relaxação de Schultz e de Jacobson**

Os pioneiros métodos de relaxação de Schultz e de Jacobson também foram importantes para a construção de uma técnica psicomotora. Johannes Schultz foi um psiquiatra alemão que combinou exercícios específicos de hipnose e criou o “treinamento autógeno” (1967) como método de relaxamento. Seu objetivo era atuar nos distúrbios psicossomáticos e na ansiedade. Já Edmund Jacobson foi um médico americano que observou que seus pacientes confinados ao leito sofriam de tensões musculares que prejudicavam a melhoria de seus quadros clínicos. Desenvolveu, então, um método de relaxamento

denominado relaxamento diferencial ou progressivo (1976), que tinha como objetivo o controle voluntário da tonicidade muscular. Tanto o método de Schultz quanto o de Jacobson visavam trabalhar a consciência sinestésica a partir da imobilidade. (Lacerda, 2010, p. 81 e 82).

O desenvolvimento das técnicas de relaxamento foi essencial para ampliar o leque de atuação da Psicomotricidade. Os métodos apresentados acima influenciaram as técnicas de relaxamento do campo. Grosso modo, pode-se dizer que o paciente era levado a tomar consciência do seu corpo em repouso e também contraindo e descontraindo cada segmento ao seu máximo. A premissa deste trabalho é a de que entre os dois limites de hipertonia e hipotonia, pode-se encontrar um equilíbrio tônico que favoreceria a desenvoltura gestual (Coste, 1981, p.86). Assim, ao contrair e descontrair ao máximo a sua musculatura, o paciente desenvolveria consciência corporal e coordenação motora. O trabalho levaria, então, a uma diminuição do tônus de repouso, ou tônus de fundo, ou seja, o relaxamento muscular.

As práticas de relaxamento psicomotor também se situavam na esfera reeducativa. O paciente passava por testes específicos para avaliar seu nível tensional e a partir desta avaliação era programado um tratamento que utilizava determinadas técnicas, como as descritas acima. Tratava-se de linhas reeducativas da Psicomotricidade que visavam solucionar problemas de modo objetivo, sem levar ainda em conta a história singular do paciente.

1.7 **Ajuriaguerra: o fim do paralelismo psicomotor**

Ao longo das décadas de cinquenta e sessenta, a Psicomotricidade sai do campo exclusivo da neurologia e da pedagogia para também ser influenciada pela Psicologia e pela Psicanálise graças, principalmente, à Ajuriaguerra. Sua obra teve enorme relevância para o desenvolvimento da Psicomotricidade, pois ligava e aprofundava conhecimentos da Neuropatologia, da Psicologia Infantil e da Psicanálise.

Ao longo da década de sessenta, alguns conceitos psicanalíticos, como a noção do inconsciente e do corpo libidinal, passaram a fazer parte do discurso psicomotor. Influenciado por Melaine Klein, Spitz, Schilder e outros, Ajuriaguerra delimita uma definição de distúrbio psicomotor, em 1959, que se torna um verdadeiro marco para a área. Sobre as síndromes psicomotoras, ele dirá:

> [...] elas não correspondem a uma lesão focal como as que provocam as síndromes neurológicas clássicas; elas são mais ou menos motivadas, sofridas, desejadas e ligadas aos afetos, mas presos ao soma devido à sua fluência por uma via final comum, e por isso não apresentam características indicativas do desregulamento de um sistema definido; persistentes ou lábeis na sua forma, mas variáveis nas suas expressões, elas estão intimamente ligadas, num mesmo indivíduo, às aferências e às situações; [...] às vezes elas não têm mais a forma do movimento primário, mas somente o valor de um símbolo. (AJURIAGUERRA, in revista Thérapie Psychomotrice nº48, novembro 1980).

Podemos dizer que foi graças a este trabalho de Ajuriaguerra que a Psicomotricidade saiu de vez da visão de paralelismo psicomotor. De fato, até a palavra Psicomotricidade deixou de ser grafada com hífen e passou a ser escrita conforme fazemos nos dias de hoje. Ainda segundo o autor:

> É, pois, um erro estudar a Psicomotricidade apenas sob o plano motor, dedicando-se exclusivamente ao estudo de um "homem motor". Isto nos conduziria a considerar a motricidade como uma simples função instrumental de valor puramente efetuador [...]. (AJURIAGUERRA, 1983, p.211).

Com as novas contribuições do campo da Psicologia e da Psicanálise, dá-se início ao segundo momento histórico da Psicomotricidade. Nesta nova concepção, os distúrbios psicomotores também passam a ser relacionados com a história de vida de cada paciente. Trata-se de uma mudança de foco: não é mais o motor que está no centro, mas *o movimento de um indivíduo em sua singularidade*.

> Trata-se de um novo marco. Ajuriaguerra em 1947, entrelaçando as contribuições de Dupré, Wallon e Piaget, lança um novo olhar sobre o corpo e o movimento, redefinindo os transtornos psicomotores [...]. É o rompimento com o imperialismo neurológico e o pólo psicomotor vai se liberando gradativamente do pólo orgânico, situando-se num prisma psicofisiológico, vinculado aos afetos e às emoções. (MORIZOT, 2010, p. 14)

A prática psicomotora vai deixando, então, de ser reeducativa e mecanicista para se tornar, paulatinamente, um trabalho terapêutico ou educacional que considera o corpo na sua globalidade: movimento, afeto e cognição. Tônus, gestos, posturas passam a ser entendidas como produções corporais a serem abordadas na terapia psicomotora. A Psicomotricidade vai se tornando cada vez menos mecanicista e cada vez mais terapêutica, passando a objetivar o bem-estar do indivíduo e possibilitando a ele sentir-se bem em seu próprio corpo, conforme sinaliza a definição de terapia psicomotora de Ajuriaguerra:

> É uma técnica que por intermédio do corpo e do movimento dirige-se ao ser na sua totalidade. Ela não visa à readaptação funcional por setores e, muito menos, à

> supervalorização do músculo, mas à fluidez do corpo no seu meio. Seu objetivo é permitir ao indivíduo melhor sentir-se e, através de um maior investimento da corporalidade, situar-se no espaço, no tempo, no mundo dos objetos e chegar a uma modificação e a uma harmonização com o outro. (AJURIAGUERRA, 1983, apud SABOYA, 1995, p. 20).

Desta forma, a Psicomotricidade alarga a perspectiva do que é a motricidade e a insere na esfera da afetividade, de modo a focar a importância das relações entre a motricidade, a função tônica e o psiquismo.

Ajuriaguerra também foi responsável por resumir os grandes eixos de atuação da Psicomotricidade: coordenação estática, dinâmica e óculo-manual; organização espacial e temporal; estruturação do esquema corporal, afirmação da lateralidade e domínio tônico. Este quadro foi ampliado e refinado com o passar do tempo, mas foi uma elaboração teórica e prática que marcou um irrefutável progresso.

Ajuriaguerra foi o grande responsável pela consolidação da Psicomotricidade na França e pela sua oficialização, em 1963, com o Certificado de Reeducação da Psicomotricidade no Hospital Henri Rouselle. Ele aprofundou o conceito de Psicomotricidade, enriqueceu sua metodologia e realizou um trabalho essencial para o desenvolvimento das práticas psicomotoras de relaxamento. Ajuriaguerra combinou o treinamento autógeno de Schultz com a relaxação diferencial de Jacobson e acrescentou as idéias de diálogo-tônico de Wallon. Com isto, o tônus passou a ser encarado como a expressão mais íntima das emoções. Trabalhar com relaxamento passou a ser trabalhar diretamente com as tensões psíquicas. O trabalho de Ajuriaguerra ganhou seguidores importantes na década de 70 como Bergès, Jolivet, Lebovici e Diatikini. A oficialização da Psicomotricidade na França incentivou a criação da Sociedade Internacional de Terapia Psicomotora, em 1974, na Bélgica.

O pensamento ajuriaguerriano inaugurou o segundo momento histórico da Psicomotricidade. Tal mudança epistemológica não foi cronológica, e sim lógica. Apesar de determinados autores já terem avançado no entendimento da Psicomotricidade, outros ainda permaneciam fiéis a uma prática mais ortodoxa e, portanto, reeducativa. Sendo assim, no terceiro quarto do século passado, a Psicomotricidade ainda se via dividida em diferentes correntes: a reeducativa, a proveniente da Educação Física, iniciada por Le Boulch e Vayer e também por Lapierre e Aucouturier e, paralelamente, a abordagem específica da terapia psicomotora, na qual se destacavam Desobeau e Soubiran, conforme veremos a seguir.

1.8 **Bergès, Desobeau e Soubiran: os discípulos de Ajuriaguerra**

A partir de Ajuriaguerra, Bergès – conceituado psiquiatra – enriqueceu em muito a teoria e a prática da Psicomotricidade na França. A partir de seus diferentes testes, como o “teste de imitação de gestos” e a “técnica de relaxação", ele criou técnicas de diagnóstico e aprofundou as questões relacionadas tanto à Psicomotricidade normal quanto à patológica. Dentre os colaboradores de Bergès se destacaram Desobeau e Soubiran, psicomotricistas francesas que desenvolveram seus trabalhos na área da terapia psicomotora e ganharam destaque na França já no novo referencial epistemológico.

Desobeau trouxe à Psicomotricidade um novo olhar. Se antes a clínica psicomotora era marcada por um enfoque reeducativo, ou seja, uma abordagem mecanicista que supervalorizava as técnicas psicomotoras, com seu trabalho ocorre a valorização do corpo tônico-emocional. A relação terapêutica, as atividades espontâneas da criança, o brincar e o acesso ao simbólico passam a constituir o centro do trabalho psicomotor.

Já Soubiran foi uma psiquiatra e, posteriormente, psicomotricista que junto com o psiquiatra Jolivet cria, em 1961, o 1º Centro de Formação Superior em Psicomotricidade (Institut Supeèrieur de Rééducation Psychomotrice), responsável por formar os primeiros psicomotricistas. Seu método de *relaxação psicotônica*, influenciado pelo pensamento walloniano e ajuriaguerriano, serviu de referência nos trabalhos de relaxação psicossomática tanto na França, quanto no Brasil. O interessante é que sua orientação psicanalítica era muito acentuada, e seu trabalho visava tanto à descontração muscular como à resolução de tensões psíquicas, sendo esses dois processos solidários. Nesta perspectiva, o corpo passa a ser visto em sua globalidade, ou seja, corpo, cognição e afeto aparecem como elementos indissociáveis.

1.9 **Educação psicomotora - Le Boulch e Vayer**

É interessante observar que a prática psicomotora surgiu para atender as demandas de pacientes portadores de distúrbios psicomotores, em especial as crianças, que não progrediam com as técnicas de reabilitação vigentes. A Psicomotricidade nasceu, assim, na esfera da reeducação. Os exames psicomotores, os métodos e técnicas foram desenvolvidos a partir dos grandes eixos que ainda norteiam essa prática: equilíbrio estático e dinâmico, coordenação

motora ampla e fina, organização espacial e temporal, estruturação de esquema corporal, lateralidade e domínio tônico, que nada mais são do que os chamados *aspectos psicomotores*. Cabia ao psicomotricista examinar e tratar os pacientes com distúrbios nesses aspectos, ou seja, "avaliar as alterações psicomotoras com o máximo de precisão e preencher as lacunas, visando integrar, o mais rápido possível, a criança [e também o adulto] na 'normalidade'". (Morizot, 2004, p. 9)

Com o passar do tempo, a Psicomotricidade começa a ser aplicada também em escolas com o intuito de ampliar o campo de atuação para a área da educação. Surge, então, a educação psicomotora, também na esfera reeducativa. Nesse início, o trabalho se dava exclusivamente nas escolas especiais que atendiam deficientes motores, mentais, auditivos e visuais. Atividades físicas, jogos corporais e dramatizações eram propostos para realizar uma educação psicomotora nos moldes da reeducação.

Na tentativa de sistematizar este trabalho, já no terceiro quarto do século, os franceses Le Boulch, Vayer, Aucouturier e Lapierre criaram métodos provenientes da Educação Física. Vejamos os dois primeiros autores.

Le Boulch e Vayer desenvolveram um trabalho de Psicomotricidade para a educação. A partir de estudos aprofundados, desenvolveram práticas para serem realizadas em escolas de modo a favorecer o desenvolvimento psicomotor das crianças. Inicialmente, a prática psicomotora tinha como objetivo central, permitir que as crianças refizessem as etapas faltantes do seu desenvolvimento psicomotor a partir de exercícios progressivos do simples para o mais complexo[6]

> A educação psicomotora foi realizada a princípio com crianças sofrendo deficiências muito graves. A concepção psicomotora inicial das 'faltas' desenvolvida por Le Boulch, Vayer e outros aplica-se a reorganizar as etapas do desenvolvimento psicomotor que foram defeituosas [...]. Esta concepção [inicial] era sobretudo normativa e racionalista. (LORENZON, 1995, p. 25).

Assim como nas práticas reeducativas realizadas no âmbito da saúde, a educação psicomotora nasce na esfera reeducativa, ou seja, na tentativa de se superar o dualismo cartesiano e relacionar mente e corpo, mas ainda sem a noção de globalidade.

---

[6] Como exemplo, podemos imaginar uma criança que anda com dificuldade em função de uma hipotonia muscular de membros inferiores. Caberia ao psicomotricista trabalhar equilíbrio, coordenação e tonicidade do paciente ao propor que as etapas progressivas do desenvolvimento fossem refeitas: rolar, arrastar, engatinhar e andar. Em outro exemplo, podemos imaginar uma criança que, devido a uma lesão cerebral, possui uma espasticidade (hipertonia e hiperflexia) de membros superiores e, consequentemente, possui uma coordenação motora fina deficiente. Seria necessário que ela revivesse o desenvolvimento da coordenação motora ampla, que é anterior à fina, para melhorar suas atividades cotidianas.

Já em 1980, na publicação de seu livro “Equilíbrio Corporal”, Vayer apresenta um olhar menos mecanicista e mais relacional da Psicomotricidade. O trabalho deste autor evidencia as transformações ocorridas no campo da educação psicomotora. O mesmo pode ser dito com relação aos livros de Le Boulch sobre o desenvolvimento psicomotor. Nessas obras, o corpo passa a ser visto na sua globalidade; não se trata mais de reeducar um corpo motor, mas de ampliar o conceito de aprendizagem compreendendo o movimento como fonte de conhecimento. Dessa forma, podemos dizer que Le Boulch e Vayer, além de investirem na prevenção do fracasso escolar, se propuseram a criar uma educação que promovesse o desenvolvimento global infantil. Esta mudança de perspectiva de um corpo mecanicista para um corpo em sua globalidade configura a mudança epistemológica ocorrida no interior da Psicomotricidade, conforme vimos anteriormente.

> Da rivalidade entre uma concepção do movimento higienista e físico, de inspiração anatomofisiológica e de rendimento motor, e uma concepção mais relacional, afetiva, lúdica e emocional, nascem as contribuições psicomotoras originais de VAYER (1961, 1971), LAPIERRE (1968), LAPIERRE & AUCOUTURIER (1973), SOUBIRAM & JOUVILET (1967), etc., que acabam por definir os estados da arte dos modelos teóricos franceses da Psicomotricidade. (FONSECA, 2002, p. 14)

1.10 **Da reeducação à terapia psicomotora**

A partir da década de 70, as influências da Psicologia (especialmente da análise bioenergética, da gestalt-terapia, do psicodrama e da psicologia genética) e da Psicanálise acarretaram grandes transformações no campo clínico da Psicomotricidade. Em termos de vocabulário, essa transformação é marcada pela mudança do antigo termo ‘reeducação psicomotora’ para uma nova concepção e consequente terminologia: a ‘terapia psicomotora’, a qual valoriza os aspectos emocionais do indivíduo – seja ele paciente ou aluno. O corpo, a motricidade e a emoção passam a ser estudados de forma imbricada. Nesta abordagem, conforme já foi dito, o objeto de estudo da Psicomotricidade passa a ser o movimento corporal de um indivíduo que possui uma história pessoal. A relação terapêutica também se transforma, pois esta passa a ser compreendida como fundamental para o progresso da terapia. O psicomotricista não é mais o profissional que, com distanciamento, avalia e trata os aspectos motores do paciente. Ele está totalmente implicado no atendimento (Levin, 1995, p.

41). A terapia psicomotora já não trata mais do movimento no seu aspecto simplesmente motor, mas do movimento de um indivíduo em sua singularidade.

A influência da Psicanálise Freudiana se torna evidente em trabalhos que levam em consideração o tema das pulsões sexuais desenvolvido por Freud. “O que se deve guardar [ou compreender] desta primeira incursão da Psicanálise no campo da Psicomotricidade é a descoberta do corpo pulsional como substrato e revestimento do corpo funcional.” (Le Camus, 1984, p. 43). Começa a haver uma difusão de novas teorias que fundamentam o fato de que, para além de um corpo hábil, os psicomotricistas devem observar e trabalhar com as questões subjetivas presentes no movimento. Tal abordagem transforma a prática psicomotora. O sintoma psicomotor passa a ser visto como um fracasso na integração somatopsíquica, o qual pode ter ocorrido no início da constituição da subjetividade ou, posteriormente, por conta de disfunções orgânicas e/ou psíquicas (Morizot, 2004, p.4).

Essas transformações no modo como o corpo e os sintomas psicomotores são vistos e abordados na Psicomotricidade trouxe mudanças na singularidade da profissão. Em nossa opinião, para algumas linhas da Psicomotricidade, o psicomotricista acabou se aproximando de um terapeuta corporal, que se utiliza da mediação corporal para realizar seu trabalho. A influência da Psicanálise Lacaniana foi se tornando cada vez mais evidente com o uso de conceitos lacanianos – como a cadeia de significantes, o simbólico, etc. – para explicar, paradoxalmente, fenômenos do campo do movimento humano. Vejamos, por exemplo, o que diz Le Camus:

> [...] foi como meio de linguagem que o corpo interessou aos psicomotricistas: um corpo que sabe falar e que deve falar utilizando a linguagem anterior à linguagem, uma linguagem constituída de significantes mudos. Esta centração sobre o corpo pré-verbal e não-verbal acarretou várias consequências institucionais e metodológicas: a missão profissional e o estilo de intervenção do psicomotricista reeducador ou terapeuta já não podem ser confundidos doravante com os do cinesio-terapeuta ou do professor de Educação Física. (LE CAMUS, 1984, P. 61).

Com essa mudança, houve também uma transformação na maneira como se pensava a formação do psicomotricista. Se antes a formação era apenas técnica e teórica, agora era necessário que ela também fosse uma formação pessoal, ou seja, que as questões emocionais do psicomotricista também fossem vistas e trabalhadas na sua própria terapia psicomotora. Consequentemente, uma série de jornadas psicomotoras começou a ser criada e difundida, primeiro na França e, depois, em outros países da Europa e América Latina. Nessas jornadas, que duravam alguns dias, o profissional era levado a vivenciar, por meio do seu corpo, as suas

emoções e questões inconscientes. A ideia era que era preciso trabalhar o corpo do profissional e suas questões subjetivas, para que este pudesse trabalhar com seus pacientes.

1.11 **Da educação à terapia psicomotora - Aucouturier e Lapierre**

Ambos os autores franceses eram professores de Educação Física. Eles se questionavam quanto à aplicabilidade da Educação Física em crianças com dificuldades de aprendizagem. Num primeiro momento, eles criaram nas escolas o que ficou conhecida como "Educação Vivenciada", na qual propunham às crianças atividades livres para, posteriormente, descobrir, dentre as situações criadas pelo grupo, quais as que serviriam de ponto de partida para o desenvolvimento de práticas psicomotoras. Como exemplo, podemos imaginar um grupo de crianças que, numa sessão de educação psicomotora, brinca com bolas livremente. Elas jogam as bolas para o alto, quicam no chão, arremessam de um para o outro. A partir dessas brincadeiras, seriam desenvolvidas atividades nas quais a turma pudesse desenvolver três percepções que consideravam fundamentais: contrastes, ritmos e nuances (como as noções de alto e baixo, leve e pesado, rápido e lento). Dessa forma, a partir das situações criadas pela própria turma, tais percepções seriam pesquisadas ao jogar bola. Por exemplo, as crianças seriam incentivadas a descobrir maneiras de quicar as bolas de forma que fossem para o alto, ou que quicassem o mais baixo possível. Poderiam também arremessar as bolas rapidamente, ou de forma mais lenta. Desta forma, os aspectos psicomotores como equilíbrio, lateralidade, coordenação seriam trabalhados com certa naturalidade.

A prática da Educação Vivenciada fazia parte de uma concepção da época chamada de "Pedagogia da descoberta". Nesta, as atividades escolares não eram programadas de antemão, mas elaboradas a partir do material que as próprias crianças traziam. A Educação Vivenciada já trazia uma concepção menos mecanicista da Psicomotricidade e mais próxima ao pensamento piagetiano. No entanto, essa visão de educação psicomotora ainda podia ser situada no primeiro momento epistemológico da ciência em questão, na medida em que o corpo ainda era olhado como um instrumento que realizava movimentos. Neste sentido, nos diz Lapierre:

> Durante muitos anos trabalhei com crianças em idade escolar (6 a 12 anos), a título de uma 'reeducação psicomotora'. Essas crianças eram-me dirigidas porque estavam em situação de fracasso escolar: dislexia, disortografia, disgrafia, inatenção, inibição [...]. Eu me esforçava, portanto, em atender a esta solicitação através de um trabalho técnico, uma reeducação 'instrumental', ou seja, baseada no sintoma. (LAPIERRE, 1987, P. 13).

Com o passar do tempo, esta prática educativa normativa foi sendo questionada. Lapierre e Aucouturier passaram a se deparar com algumas crianças que se recusavam a participar desse tipo de atividade. Elas tinham problemas relacionais – agressividade, inibição, hiperatividade. Sobre esse período, dirá Lapierre:

> [...] a reeducação orienta-se, então, para uma relação psicoterapêutica. Evidenciamos, então, problemas afetivos e emocionais, problemas vinculados à vivência do corpo, não mais no plano racional, e sim no plano psicológico, mais ou menos inconsciente. (LAPIERRE, 1987, P.14).

Aos poucos, eles foram percebendo que era preciso compreender o movimento da criança na sua globalidade, ou seja, compreender a motricidade, o emocional e a cognição de maneira imbricada. Aí se dá a grande mudança epistemológica da Psicomotricidade. Como na terapia psicomotora, a educação psicomotora também vive um momento de transformação, na qual o indivíduo passa a ser compreendido na sua globalidade. Tanto a terapia psicomotora quanto a educação psicomotora passam a dar "importância à emoção, à expressão e à afetividade, considerando o corpo, a motricidade e a emocionalidade como uma globalidade e uma totalidade em si mesmas" (Levin, 1995, p. 41).

A noção de globalidade corporal foi se desenvolvendo na Psicomotricidade e deu origem a diferentes linhas teóricas. Especificamente para Lapierre e Aucouturier, as questões inconscientes também passaram a ser levadas em conta nas práticas psicomotoras. Nessa abordagem da prática psicomotora:

> [...] predominam as atividades de expressividade motora, o jogo e as ações facilitadoras da vivência e o prazer proprioceptivo que envolve a musculatura, as articulações e, portanto, o tônus muscular. Também se acolhem atividades surgidas das necessidades e dos *desejos inconscientes* das crianças [e adultos] que, pela possibilidade de expressão que têm, podem ir compensando e elaborando, conduzindo-se a uma estabilidade emocional maior. (SÁNCHEZ, 2003, p. 78, grifo nosso).

O marco decisivo da introdução dos conceitos psicanalíticos na Psicomotricidade foi o lançamento do livro "A Simbologia do Movimento". A partir desta obra, os autores franceses passaram a defender que o brincar – tanto das crianças quanto dos adultos – é uma expressão

do imaginário consciente e também inconsciente. O psicomotricista começa a procurar desvendar o significado simbólico das brincadeiras, dos jogos e dos atos espontâneos vividos nas sessões de Psicomotricidade[7].

Nos anos seguintes, os autores lançam outros dois importantes livros para se compreender o trabalho de Terapia Psicomotora. O primeiro deles foi "O Caso Bruno" que é o relato de uma terapia psicomotora, feita por Aucouturier, com uma criança com necessidades especiais. E, posteriormente, escreveram o livro "Fantasmas Corporais e Práticas Psicomotoras" no qual apresentam suas novas concepções teóricas[8].

Lapierre e Aucouturier trabalharam juntos durante muitos anos. Mais tarde, eles se separam e criam cada um a sua própria prática, voltada para a educação e também para a terapia psicomotora. Lapierre e sua filha, Anne Lapierre, desenvolvem um trabalho chamado Psicomotricidade Relacional, a qual, posteriormente, receberia o nome de Análise Corporal da Relação. Esta é uma prática que pretende permitir à criança, ao jovem e ao adulto, a expressão e superação dos conflitos relacionais, a partir de uma comunicação não-verbal manifestada através do jogo espontâneo (Vieira, 2005, p.42). Já Aucouturier desenvolve um método chamado Prática Psicomotora Aucouturier (PPA), voltada para as questões da infância e do desenvolvimento. Na PPA, trabalha-se com a expressão livre da criança, para, a partir desta, compreender o sentido de sua ação.

1.12 **A Psicomotricidade e sua diversidade**

Como foi apresentado anteriormente, o primeiro momento histórico da Psicomotricidade é caracterizado pelo paralelismo psicomotor. Este é um grande marco, na medida em que, cientificamente, se abandona a ideia de que para cada distúrbio motor haveria uma anomalia cerebral correspondente. Desta forma, quando a Psicomotricidade passa do domínio dos conceitos teóricos ao das aplicações práticas, sua metodologia é calcada, inicialmente, em métodos reeducativos. Este primeiro momento histórico é então marcado por práticas psicomotoras reeducativas.

---

[7] A importância atribuída, por Lapierre e Aucouturier, ao significado simbólico presente no movimento espontâneo será desenvolvida no quarto capítulo.

[8] Abordaremos, no quarto capítulo, a mudança teórica central ocorrida ao longo do trabalho desses dois autores.

Com a crescente influência da Psicologia e da Psicanálise, o surgimento de um segundo momento histórico era inevitável. A Psicomotricidade se transforma numa ciência que estuda o movimento de um indivíduo que traz no seu corpo uma história singular. A descrição da história da Psicomotricidade em dois momentos históricos pode deixar escapar uma das características mais fortes da Psicomotricidade atualmente: a diversidade. A mudança na compreensão do objeto de estudo da Psicomotricidade deu margem à criação de diferentes linhas teóricas e práticas. Isso ocorreu porque na medida em que o corpo foi sendo compreendido na sua globalidade – motricidade, cognição e afeto – o leque de pontos de vista a partir dos quais este corpo global poderia ser compreendido tornou-se muito amplo. O que queremos dizer com isto é que o movimento passou a ser entendido *a partir* de diferentes pontos de vista. Algumas linhas passaram a abordar o movimento a partir de uma perspectiva mais cognitiva, outras a partir de uma perspectiva mais emocional e outros a partir de uma perspectiva mais motora. Todas elas tendo em comum o fato de levarem em conta a globalidade do corpo e, consequentemente, não abordarem mais o movimento de uma forma mecanicista.

Um exemplo da diversidade da Psicomotricidade na atualidade é a proposta clínica de Esteban Levin[9], psicomotricista e psicanalista argentino fortemente influenciado pela teoria lacaniana e de grande relevância para o cenário brasileiro. Apesar dos termos lacanianos já estarem presentes na terapia psicomotora desenvolvida, por exemplo, por Lapierre e Aucouturier, é na clínica psicomotora de Levin que tal discurso ganha força. As questões do 'sujeito do inconsciente' e do 'corpo real, simbólico e imaginário' são amplamente discutidas e aprofundadas em suas obras. Tal autor chega a apresentar sua perspectiva clínica como uma terceira transformação epistemológica na Psicomotricidade. Segundo ele:

> A inclusão do inconsciente no âmbito psicomotor traz consequências teórico-clínicas que subvertem o seu olhar, diferenciando-o claramente das relações terapêuticas empáticas ou destinadas à expressão da catarse emocional (posturas "vivenciais", "relacionais", "expressivas", "vinculares", etc.) que, ainda que tentem considerar conceitos de psicanálise, tais como transferência, regressão, sublimação, etc., a partir do olhar que propomos, esvaziam e desvirtuam o caráter que a psicanálise deu aos mesmos, perdendo-se, assim, a possibilidade de que se possam articular com a prática psicomotora. (LEVIN, 1995, p. 32)

[9] As citações deste autor ao longo deste capítulo não apontam para uma preferência particular por sua perspectiva teórico-clínica, apenas se deve ao fato de que ele apresenta de forma estruturada as mudanças epistemológicas da Psicomotricidade. Vale lembrar que suas citações aparecem intercaladas por trechos de outros autores como Coste, Le Camus, Morizot, Lorenzon e Fonseca, que também se dedicaram ao estudo da história e evolução da Psicomotricidade.

Tal autor afirma, por exemplo, que os testes psicomotores passam a ter a sua utilidade questionável:

> [...] uma vez que o transtorno psicomotor tem um valor metafórico, os testes e exames psicomotores clássicos carecem de sentido; fazemos aqui referência a testes de tônus muscular, de lateralidade, de marcha, de equilíbrio, de coordenação, de gestos, de movimentos, de saltos, etc. A não ser em casos específicos, ou em alguma situação na qual seja necessária uma informação específica, já que a avaliação psicomotora, por si só, não informa nada da estrutura que subjaz ao transtorno psicomotor. [...] Além do mais, com o movimento corporal espontâneo do sujeito podemos diferenciar e observar estes dados, esta informação de um corpo e seu movimento sem colocar e situar a criança [e o adulto] num lugar de testificação, mensuração, de tensão, no qual o terapeuta, situado em seu lugar de onipotência, exerce desde aí todo o poder que o seu 'saber' outorga-lhe. (LEVIN, 1995, p. 165).

Já Fonseca, psicomotricista português de influência internacional para a Psicomotricidade, possui uma visão bastante diferente da terapia psicomotora. Para tal autor, cabe ao psicomotricista identificar os transtornos psicomotores do paciente a partir de testes específicos que produzam um perfil psicomotor, na medida em que este possibilitará a feitura de um plano prescritivo individualizado. A melhoria da organização psicomotora se daria a partir da criação de 'situações-problemas' ou 'propostas de ação' por parte do profissional. O psicomotricista seria, então, um mediador que possui como objetivo estimular pelo movimento o desenvolvimento do pensamento, de modo a produzir uma mudança na organização neuropsicomotora do indivíduo.

As propostas terapêuticas de Levin e Fonseca, autores estrangeiros de forte influência no Brasil, demonstram o quanto a Psicomotricidade tornou-se diversa. O primeiro, influenciado pela psicanálise lacaniana, se volta para as questões do inconsciente que possuem representação no corpo. Já o segundo se volta para o que chama de 'neuroPsicomotricidade'. Ambos possuem um profundo trabalho teórico que sustenta suas práticas e sua concepção do que seja tal ciência e, consequentemente, do seu uso terapêutico e educacional. Em nossa opinião, ambos se situam no segundo momento histórico da Psicomotricidade, no qual o paciente é visto em sua singularidade e o psicomotricista não possui imparcialidade em sua atuação, na medida em que também traz sua bagagem pessoal em seu corpo.

Fonseca aponta para esta diversidade conceitual e prática da Psicomotricidade na atualidade:

> [...] a Psicomotricidade parece ser mais uma ciência em que todos têm o seu conceito, o seu diagnóstico original e as suas estratégias únicas de intervenção, quer

> sejam educativas, reeducativas ou terapêuticas. Todos reclamam a exclusividade de seu conhecimento, mas o objeto de estudo da Psicomotricidade, por ser complexo, não pode caber num conhecimento egocentrado ou apócrifo. (FONSECA, 2002, p. 15).

Tal citação me parece fundamental, na medida em que percebemos em algumas linhas teóricas do campo da Psicomotricidade a pretensão de possuírem a verdade sobre o que é e para que serve essa ciência. Admitir a diversidade conceitual da Psicomotricidade aponta para o seu vigor e ao mesmo tempo para a sua fragilidade. O vigor é observável no múltiplo interesse de profissionais de áreas distintas em pesquisarem tal ciência e absorver o que, para eles, ela tem de melhor. A Psicomotricidade vai ser compreendida e útil de maneira muito distinta para um psicanalista, um psicólogo comportamental, um professor de Educação Física, um fonoaudiólogo. E isso pode ser muito bom. No entanto, esta mesma diversidade pode acarretar uma fragilidade conceitual. Na medida em que algumas correntes da Psicomotricidade chamam para si a verdade teórica e prática desta ciência, perdemos a oportunidade de dialogar com as diferentes linhas. Ser plural e coerente conceitualmente nos parece ser o maior desafio da Psicomotricidade nos dias de hoje.

Acreditamos que esse tipo de reflexão é fundamental para que esta tese não seja compreendida como uma tentativa de se afirmar uma perspectiva conceitualmente mais coerente da Psicomotricidade em detrimento a outras. De fato, em nossa opinião, a abordagem winnicottiana que será apresentada ao longo dos próximos capítulos, além de contribuir para a teoria psicomotora, possibilita uma terapêutica bastante eficaz, mas isso não faz desta perspectiva algo melhor do que as outras já existentes. Não chamamos para si nenhuma verdade teórica sobre a Psicomotricidade. Apenas consideramos que a teoria winnicottiana pode ser de extrema valia para pensarmos conceitos-chaves da Psicomotricidade, como o movimento, o diálogo-tônico e a regressão. E, apesar desta interface teórica, apresentamos um trabalho singular, ao qual cunhamos o nome de Terapia Psicomotora de base Winnicottiana para esta tese.

1.13 **A Psicomotricidade no Brasil**

No Brasil, na década de 50, um grupo de profissionais das áreas de saúde e educação começa a valorizar o movimento como prática de reabilitação em algumas escolas especiais, sem que, no entanto, a palavra Psicomotricidade seja utilizada. Já nos anos 60, Antônio

Levefre, a partir das ideias de Ajuriaguerra e Ozeretsky, desenvolve a primeira escala brasileira de avaliação neuromotora no livro “Exame neurológico Evolutivo”, a qual viria a ser um marco na Psicomotricidade realizada no Brasil. Ainda nessa década, a Psicomotricidade reeducativa começa a ganhar espaço profissional.

De fato, a eclosão da Psicomotricidade no Brasil só se deu na década de 70. Nessa época havia duas tendências diferentes no campo: ou uma generalização, na qual qualquer prática corporal no âmbito clínico ou educacional era considerada Psicomotricidade; ou a aplicação rígida de métodos de trabalho vindos do exterior, como os de Ramain, Le Boulch, Picq & Vayer, Bucher e Dalila Costallat (Morizot, 2010, p. 18). Nesse mesmo período têm início os cursos de Psicomotricidade dados pelos nossos profissionais no Rio de Janeiro, em São Paulo, em Belo Horizonte e em Porto Alegre.

Um grande marco nesse percurso inicial da Psicomotricidade no Brasil foi a vinda, em 1977, de Françoise Desobeau – uma das fundadoras da Sociedade Internacional de Psicomotricidade – para a realização de um seminário em terapia psicomotora no Rio de Janeiro. A partir de então, ela veio sistematicamente ao Brasil durante quase dez anos, introduzindo e desenvolvendo uma nova concepção da Psicomotricidade que primava:

> [...] por atividades livres e espontâneas, valorizando o jogo e o brincar, com a utilização de objetos dinâmicos e afetivos e de construção. Na visão da terapia preconizada por Desobeau, a criança se engaja em jogos projetivos e simbólicos, realizando representações inconscientes. O terapeuta participa do brincar em uma interação contínua, verbal e não-verbal, valorizando o toque, o olhar e a escuta. (MORIZOT, 2010, p. 18).

Françoise Desobeau também foi uma das grandes incentivadoras da fundação da Sociedade Brasileira de Psicomotricidade (SBP), em 1980, no Rio de Janeiro. A SBP, uma entidade de caráter científico cultural sem fins lucrativos, foi formada a partir de um grupo de profissionais de diferentes áreas, como fonoaudiologia, pedagogia, terapia ocupacional, psicologia e fisioterapia, que já trabalhavam no campo da Psicomotricidade. O objetivo era agregar esses profissionais que vinham se formando e atuando na área. Nessa criação estavam presentes os pioneiros da Psicomotricidade no país, como Beatriz Saboya e Regina Morizot. Em 1980, também ocorreu, no Rio de Janeiro, o I Congresso Brasileiro de Psicomotricidade, cujo tema era “O corpo em movimento”. Nesse congresso se iniciou o contato com a Psicomotricidade Relacional, através da vinda de Andre Lapierre ao Brasil. Desobeau também foi uma presença fundamental neste congresso que contou com setecentos participantes. Deste

então, a SBP passou a realizar um congresso, a cada três anos, em diferentes estados do Brasil[10].

Outra forte influência para o campo da Psicomotricidade no Brasil foi a vinda de Giselle Soubiran, periodicamente, a São Paulo. Ela esteve presente no 1º Encontro Nacional de Psicomotricidade, em 1979, em São Paulo, promovido pelo GAE – Grupo de Atividades Especializadas. Nesse encontro, que reuniu aproximadamente mil e quinhentas pessoas, Soubiran apresentou sua 'técnica de relaxação psicomotora'. Desde então, foram realizados encontros nacionais que contaram, muitas vezes, com sua presença. (Mendonça, 2007, p. 31)

Nas últimas décadas, os cursos rápidos e informativos que aconteciam em vários estados do Brasil foram sendo substituídos por cursos de formação. A formação em Ramain, sob coordenação nacional de Solange Thiers, passa por transformações e passa a ser intitulada SócioPsicomotricidade Ramain-Thiers. A formação em Prática Psicomotora Aucouturier passa a ser coordenada, a nível nacional, por Silvia Carné, contando com a presença periódica do próprio formador. A Análise Corporal da Relação passa a ser difundida por alguns formadores, como Daniel Silva, Suzana Cabral e Leopoldo Viera. Além disso, ainda contamos, no Brasil, com os cursos de Clínica Psicomotora do argentino Esteban Levin e com a presença do Vitor da Fonseca, de Portugal, em diferentes estados brasileiros, realizando cursos e seminários (Morizot, 2004, p. 14).

A partir da década de oitenta, surgem os cursos de pós-graduações lato-senso em Psicomotricidade. O primeiro deles se deu na Uni-IBMR, lugar onde ocorreu outro marco importante da nossa história: a abertura da primeira graduação em Psicomotricidade em 1990.

Não podemos deixar de mencionar as diversas formações criadas pelos próprios psicomotricistas brasileiros. Beatriz Saboya criou o "Grupo de Apreensão e Conscientização Corporal" (GACT), Rosa Prista desenvolveu a "Psicomotricidade Sistêmica", Jocian Bueno criou a "Psicomotricidade Aquática", Daniel Benchimol, Marina Sá, Pedro Honório e Vitória Bonaldi desenvolveram a "Psicomotricidade Relacional Somática", Marta Lovisaro e Eduardo Costa criaram a "TransPsicomotricidade", dentre outras.

Paulatinamente, as formações em Psicomotricidade foram se consolidando e o psicomotricista foi sendo reconhecido, na medida em que trabalhava cada vez mais distante das antigas práticas mecanicistas. Hoje em dia, atuamos em diversas áreas: clínicas, escolas, hospitais, berçários, piscinas, entre outros.

---

[10] O penúltimo deles, o XI Congresso Brasileiro de Psicomotricidade, foi realizado em 2010 e teve como tema "Diálogos e Interseções com a Psicomotricidade – Um Século de História e 50 anos de Brasil". Já o último, em 2013, teve como tema "Vínculos em Psicomotricidade: o Real e o Virtual". Ambos foram realizados na UERJ, no Rio de Janeiro.

A importância do psicomotricista na educação infantil, por exemplo, tem sido cada vez mais reconhecida pela sociedade, o que vem ampliando consideravelmente a demanda por este profissional nesse segmento escolar. No entanto, toda a educação básica, incluindo o ensino fundamental e o médio, poderia ser privilegiada pela educação psicomotora, como de fato já é em algumas poucas escolas. Na educação psicomotora, o psicomotricista pode atuar com os alunos e/ou com a equipe escolar. Ao atuar com os alunos, tal profissional tem como objetivo atingir a disponibilidade psicomotora da criança ou do adolescente, favorecer seu desenvolvimento psicomotor e propiciar sua integração escolar e social. Já o trabalho com a equipe pode se dar por meio de consultorias, supervisões e formações permanentes. Neste trabalho, são solicitados, por exemplo, avaliações e planejamentos relativos ao uso de materiais psicomotores e ao espaço físico da escola destinado ao movimento corporal. Com a equipe, também são realizados discussões teóricas a respeito da Psicomotricidade, discussões de casos de alunos e oficinas psicomotoras com a equipe.

O campo de atuação do psicomotricista na área da saúde também vem se ampliando progressivamente. Se, antigamente, tal campo se restringia à atuação clínica, hoje em dia, engloba o trabalho em hospitais e empresas, conforme veremos a seguir.

Na clínica, o psicomotricista é o profissional habilitado a tratar de atrasos no desenvolvimento psicomotor global e de transtornos psicomotores em crianças e adultos. Além disso, o profissional pode atuar com pessoas portadoras de necessidades especiais (deficiências sensoriais, motoras e mentais), a fim de estimulá-las psicomotoramente e desenvolver uma maior harmonia entre os aspectos corporais e emocionais do indivíduo.

Há também diferentes abordagens de terapias psicomotoras voltadas para as questões emocionais. Trata-se de uma perspectiva mais abrangente do trabalho psicomotor clínico, no qual os pacientes não apresentam déficits psicomotores, mas questões emocionais que são trabalhadas tanto verbalmente quanto corporalmente e transformadas na relação com o psicomotricista.

Outro crescente campo de trabalho para o psicomotricista é a clínica com a terceira idade. Com o aumento da população idosa no Brasil, associado ao fato de que os aspectos psicomotores sofrem perdas ao longo do processo de envelhecimento, tem crescido consideravelmente a demanda por trabalhos psicomotores nesta faixa etária.

O psicomotricista também tem atuado com eficácia dentro de hospitais. Sua atuação em CTI neonatal, bem como nos setores de enfermaria tem se mostrado cada vez mais relevante no cenário hospitalar.

Já o trabalho em empresas acontece em grupos, nos quais os funcionários vivenciam exercícios de alongamentos, respiração e relaxação, a fim de desenvolverem uma melhor qualidade de vida.

Apesar da ampla gama de formações em Psicomotricidade, da existência de uma graduação reconhecida pelo MEC, dos diversos cursos de pós-graduação e do aumento da demanda por esse profissional, a profissão do psicomotricista ainda não é regulamentada no Brasil. Durante os últimos anos, muito tem sido feito em prol da legalização da profissão do psicomotricista. Dentre estes esforços está a publicação de livros como, por exemplo, os organizados por Carlos Alberto Mattos Ferreira, que reúnem artigos de respeitados psicomotricistas brasileiros a partir de grandes temas: educação, educação especial, clínica, etc[11]. Além disso, a produção de monografias e dissertações nessa área têm aumentado. Como acreditamos que a fundamentação teórica do trabalho do psicomotricista seja um elemento fundamental no processo de regulamentação da profissão, esperamos que a presente tese também possa vir a contribuir neste sentido.

[11] Os cinco livros organizados por Carlos Alberto de Mattos Ferreira em conjunto com diferentes organizadores se encontram na bibliografia da presente tese.

2 A TEORIA DE WINNICOTT SOBRE O DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL PRIMITIVO E SOBRE A REGRESSÃO

> Gostaria, pois, que a fala e a escuta que aqui se trançarão fossem semelhantes às idas e vindas de uma criança que brinca em torno da mãe, dela se afasta e depois volta, para trazer-lhe uma pedrinha, um fiozinho de lã, desenhando assim ao redor de um centro calmo toda uma área de jogo, no interior da qual a pedrinha ou a lã importam finalmente menos do que o dom cheio de zelo que delas se faz.
>
> *Roland Barthes*

2.1 **O desenvolvimento emocional primitivo e a importância do ambiente**

Para dar continuidade à discussão pretendida nesta tese, a saber, de que modo a teoria winnicottiana pode trazer uma nova perspectiva para o tema da regressão na terapia psicomotora, faz-se necessário apresentar sucintamente a teoria do desenvolvimento emocional primitivo de Winnicott[12] (1896-1971).

Tal teoria, considerada pelo psicanalista inglês como a espinha dorsal de seu trabalho, possui como ideia central a necessidade de um ambiente favorecedor para que o bebê atualize sua tendência inata de amadurecer emocionalmente, ou seja, de alcançar a integração num si-mesmo unitário.

Ao nascer, o bebê não é capaz de reconhecer a si mesmo como uma unidade. Como não há separação entre "eu" e "não-eu", ele e o meio são uma coisa só. Ele vive o que Winnicott chama de estado de não-integração. Será a partir desse estado que a tendência inata ao amadurecimento se iniciará, ainda que de maneira rudimentar. Se o ambiente for favorável, o bebê poderá alternar entre os estados de integração e não-integração sem sobressaltos.

> A capacidade que a mãe possui de ir ao encontro das necessidades em constante processo de mutação e desenvolvimento deste bebê permite que a sua trajetória de vida seja relativamente contínua [...] o bebê passa, com muita facilidade, da integração ao conforto descontraído da não-integração, e o acúmulo destas experiências torna-se um padrão e forma uma base para as expectativas do bebê. Ele passa a confiar nos processos internos que levam à integração em uma unidade. (WINNICOTT, 2006[1968], p. 86)

São três as principais tendências do amadurecimento emocional primitivo: integração, personalização e realização. A palavra "integração" possui dois aspectos na obra de

[12] A teoria do desenvolvimento emocional foi tema da minha dissertação de mestrado, cujo título é: "Integração, personalização e realização: a teoria do desenvolvimento emocional de Winnicott" (IMS/UERJ, 2008).

Winnicott. O primeiro diz respeito ao amadurecimento pessoal como um todo no qual todas as experiências do viver do bebê proporcionarão, num meio favorável, a constituição da personalidade unitária. O sucesso do bebê na sua longa jornada rumo à constituição do si-mesmo dependerá não só da qualidade das previdências ambientais, mas também das experiências instintivas que naturalmente tendem a aglutinar o bebê.

> A tendência a integrar-se é ajudada por dois conjuntos de experiências: a técnica pela qual alguém mantém a criança aquecida, segura-a e dá-lhe banho, balança-a e a chama pelo nome, e também as agudas experiências instintivas que tendem a aglutinar a personalidade a partir de dentro. (WINNICOTT, 2000 [1945], p. 224)

O segundo aspecto da palavra integração está relacionado à capacidade inata do bebê de se integrar espaço-temporalmente.Como não há sentido de realidade possível fora de um espaço e de um tempo, esta é a tarefa básica do amadurecimento. Tal capacidade, no entanto, não significa a inserção do bebê na relação espaço-temporal existente no mundo real. Ao contrário, trata-se de favorecer que esta relação inicial seja subjetiva. Cabe ao ambiente proporcionar cuidados cadenciados de modo que o bebê não seja surpreendido e possa sentir a continuidade espacial e temporal da presença do próprio ambiente. Será o sentimento de garantia da sua *continuidade de ser* que possibilitará a ele se integrar. Pode-se dizer que a função ambiental necessária para o processo de integração do bebê seja o 'segurar' (*holding*). (Dias, 2006, p. 196-197).

Já a personalização descreve especificamente a tendência inata ao alojamento da psique no corpo. Num início teórico, não há vínculo entre o soma, ou seja, o "corpo vivo" e a psique. É neste mesmo momento que o processo de instalação do psiquismo no corpo se inicia. São os cuidados físicos de ser manejado (*handling*) e envolvido por todos os lados que possibilitarão ao bebê habitar seu próprio corpo e vir a sentir-se real. Para isto, faz-se necessário que a mãe se relacione com o bebê como uma pessoa total e não somente como um corpo que necessita de cuidados.

> Igualmente importante, além da integração, é o desenvolvimento do sentimento de estar dentro do próprio corpo. Novamente, é a experiência instintiva e a repetida e silenciosa experiência de estar sendo cuidado fisicamente que constrói, gradualmente, o que poderíamos chamar de personalização satisfatória. (WINNICOTT, 2000[1945], p. 225)

Mais importante do que aquilo que a mãe faz com o bebê, é o modo como ela faz. O que configura a confiabilidade materna não é um determinado fazer específico, mas o modo

como a mãe cuida. Na medida em que o bebê encontra um ambiente favorável, a coesão psicossomática tem seu início.

A terceira tendência descreve o potencial humano de relacionar-se, criativamente, com a realidade externa e, nesta, com os objetos externos. Para que esta capacidade se desenvolva, faz-se necessário, num primeiro momento, um meio ambiente favorável que permita ao bebê ter a ilusão de encontrar os objetos que ali procura.

> A mãe, no começo, através de uma adaptação quase completa, propicia ao bebê a oportunidade para a ilusão de que o seio faz parte do bebê, de que está, por assim dizer, sob o controle mágico do bebê. (WINNICOTT, 1975[1971], p. 26)

Ao ter a ilusão de que está criando o seio[13] a partir dos seus gestos espontâneos, o bebê pode se relacionar com os objetos de maneira pessoal, recebendo, assim, um "seio que faz parte dele mesmo" (idem).

O sentimento de estar vivo e de sentir-se real, fundamental para uma existência criativa, depende, então, do ambiente. Ao acolher o gesto espontâneo do bebê, favorecendo que seu verdadeiro si-mesmo entre em ação, o meio possibilita o surgimento da *ilusão de onipotência*, na qual o bebê experimenta a sensação de que é ele quem cria o mundo à sua volta na medida das suas necessidades e a partir das suas experiências pessoais.

> Um bebê é segurado, satisfatoriamente manejado e, isso aceito, é-lhe apresentado um objeto de tal modo, que sua experiência legítima de onipotência não seja violada. (WINNICOTT, 1975, p. 154)

O sentimento de onipotência é essencial para que o bebê possa fantasiar e viver num mundo inicial subjetivo. Se o meio não proporciona os cuidados adequados, o bebê é invadido pela realidade antes que tenha meios de lidar com ela, não tendo, assim, a oportunidade de integrar suas vivências. Para se sentir real, o bebê necessita de um ambiente previsível que se adapte às suas necessidades de modo que ele acredite estar criando a realidade à sua volta. Esta é a base psíquica inicial que possibilitará ao indivíduo sentir sua vida como real.

> Descobrimos que os indivíduos vivem criativamente e sentem que a vida merece ser vivida ou, então, não podem viver criativamente e têm dúvidas sobre o valor do viver. Essa variável nos seres humanos está diretamente relacionada à qualidade e à quantidade das provisões ambientais no começo ou nas fases primitivas da experiência da vida de cada bebê. (WINNICOTT, 1975 [1971], p.102 e 103)

---

[13] Com o termo 'seio', Winnicott designa a totalidade dos cuidados maternos.

Não podemos deixar de mencionar aqui que o próprio Winnicott chama a atenção para o lugar diferenciado da fantasia em sua obra.

> Ocorre-me que possa estar usando a palavra ‘fantasia’ de uma maneira que não é familiar a alguns de vocês. Não estou falando sobre o fantasiar, ou sobre a fantasia imaginada, mas sim pensando na totalidade da realidade psíquica ou pessoal da criança, certa parte dela consciente, mas a maior parte, inconsciente, e, ainda, incluindo aquilo que não é verbalizado, imaginado ou ouvido de maneira estrutural, por ser primitivo e próximo das raízes quase fisiológicas das quais brota. (WINNICOTT, 1994 [1961], p. 56)

Se a psicanálise ortodoxa havia entendido a fantasia como um sintoma neurótico de reação à frustração, Winnicott apresenta uma visão radicalmente diferente ao afirmar que a fantasia é anterior à realidade.

> Devemos considerar, portanto, que a fantasia não é algo criado pelo indivíduo a fim de lidar com as frustrações da realidade externa [...]. A fantasia é mais primária do que a realidade, e o enriquecimento da fantasia com as riquezas do mundo depende da experiência de ilusão. (WINNICOTT, 2000[1945], p. 228)

A fantasia não seria, então, oriunda da frustração, mas uma atividade psíquica fundamental para se alcançar a realidade compartilhada e a constituição de um si-mesmo unitário. Será justamente a partir dela que poderemos nos relacionar criativamente com o mundo.

> Assim, se o devaneio é uma criação do indivíduo para lidar com as frustrações da realidade externa, a fantasia é um elemento central na criação desta realidade pelo sujeito e para ele. A questão da fantasia se situa então no cerne da questão da emergência do ego e da constituição da subjetividade, permitindo a Winnicott avançar numa problemática que Freud reconhecia ter negligenciado. (PLASTINO, 2007, p.208)

A criatividade ocupa, então, um lugar central no processo de integração do bebê. Aos poucos, na medida em que este vai sendo capaz de suportar as falhas ambientais, o processo de desilusão tem seu início. Surge, então, uma área intermediária entre a criatividade primária e a percepção objetiva baseada no teste de realidade, ou seja, um espaço entre a realidade psíquica interna do bebê e aquilo que será objetivamente percebido por ele se tudo correr bem no seu processo de integração.

Neste espaço transicional surgem os objetos transicionais que não são oriundos nem da fantasia do bebê nem da realidade externa, se situando, então, nesta área de transição. Sobre

eles, o bebê, se pudesse falar, paradoxalmente diria: “Esse objeto faz parte da realidade externa e eu o criei” (Winnicott, 1994[1959], p.45).

Se tudo correr bem ao longo do processo de realização, o bebê irá progressivamente alcançar a sofisticada conquista de se relacionar com os objetos externos. Trata-se do estágio do uso dos objetos, no qual estes se tornam necessariamente reais, ou seja, fazem parte da realidade compartilhada. A passagem gradual da realidade subjetivamente concebida à realidade externa e compartilhada é essencial para que o bebê possa sentir suas experiências pessoais como reais.

O desenvolvimento das três tendências explicitadas acima – integração, personalização e realização – possibilita a integração do ser em uma unidade. A constituição da personalidade unitária culmina no momento em que, caso o bebê pudesse falar, diria “eu sou”. O estágio do EU SOU é caracterizado por uma sensação mais firme de sentir-se no seu próprio corpo, por um esquema corporal mais desenvolvido e complexo e, ao mesmo tempo, por uma realidade psíquica interna que é sentida como uma riqueza pessoal que reside dentro de si. (Winnicott, 2005[1963], p. 114).

Por não se tratar de um progresso linear, o amadurecimento emocional ocorre num “ir-e-vir”.

> Na vida normal do bebê ocorrem longos períodos de tempo nos quais o bebê não se importa em ser uma porção de pedacinhos ou um único ser, nem se ele vive no rosto da mãe ou em seu próprio corpo, desde que de tempos em tempos ele se torne uno e sinta alguma coisa. (WINNICOTT, 2000[1945], p. 224)

Neste sentido, o ir-e-vir é considerado um processo natural a até mesmo saudável, na medida em que aponta para a existência de um ambiente favorecedor que permite esse deslocamento. “Na vida da criança normal, o descanso deve poder incluir o relacionamento e a regressão para a não-integração” (Winnicott, 1990b, [1954], p. 138).

Mesmo depois de ter alcançado algumas conquistas, o bebê pode regredir e voltar para um estágio anterior do seu desenvolvimento emocional e retomá-lo mais à frente. Isso acontece, por exemplo, quando ele passa por alguma enfermidade e o adoecer físico o fragiliza emocionalmente. Podemos notar, por exemplo, que uma gripe forte pode fazer com que o bebê se torne mais dependente emocionalmente de sua mãe suportando por menos tempo sua ausência. Se o ambiente é favorável, o bebê pode viver momentos regressivos sem o medo do colapso para, posteriormente, avançar no sentido da constituição da personalidade unitária. Em outras palavras, na medida em que o ambiente, num momento de maior

fragilidade emocional do bebê, supre suas demandas, a confiabilidade é reforçada e ele pode avançar no seu processo maturacional mais fortalecido.

Apesar da ideia de amadurecimento emocional poder parecer algo inerente a qualquer indivíduo, o que Winnicott nos mostra claramente é que se trata de uma potencialidade e não de uma determinação. Para que a tendência à integração num si-mesmo unitário se atualize, é preciso um meio ambiente favorecedor, caso contrário, o desenvolvimento emocional não ocorre, ou ocorre de maneira insatisfatória. O bebê precisa que alguém o sustente, o acolha e, em última instância, junte seus pedaços, pois os cuidados com o bebê neste estágio inicial configuram o próprio ambiente.

2.2 **O psicossoma e a elaboração imaginativa das funções corpóreas**

A partir dos fundamentos da teoria do desenvolvimento emocional primitivo explicitados acima, podemos constatar que, para Winnicott, todas as experiências vividas pelo indivíduo, ao longo de sua vida, são psicossomáticas. A Psicanálise Winnicottiana é "essencialmente, e não apenas colateralmente, uma teoria da existência psicossomática" (Loparic, 2000b, p.365). É no corpo que ocorrem as experiências vividas pelo bebê durante o processo de integração egóica.

> Atividade imaginária e vida orgânica são, desde o início da vida, indissociáveis, constituindo processos atravessados por construções imaginárias, emoções e movimentos somáticos. Para compreender a riqueza desse complexo processo, Winnicott elabora um conceito fundamental: o psicossoma. (PLASTINO, 2014, p.27)

Para alcançar um si-mesmo espontâneo e pessoal, o bebê precisa de um ambiente que lhe permita experimentar a *continuidade de ser*, continuidade esta que se dá por meio dos cuidados corporais contínuos e previsíveis que a mãe oferece a ele. No início da vida, os cuidados físicos são, ao mesmo tempo, os cuidados psicológicos dos quais o bebê necessita.

> Gradualmente, os aspectos psíquico e somático do indivíduo em crescimento tornam-se envolvidos num processo de mútuo inter-relacionamento. Essa interação da psique com o soma constitui uma fase precoce do desenvolvimento individual. (WINNICOTT, 2000 [1949], p. 335)

O soma é entendido como ‘corpo vivo’, ou seja, “um aspecto do estar vivo do indivíduo”. “Da vitalidade deste, como pessoa, fazem parte intrínseca a respiração, a temperatura, a motilidade, além da vitalidade dos tecidos” (Dias, 2003, p.104). A psique, por sua vez, seria tudo o que não é soma, inclusive a mente. “A natureza humana não é uma questão de corpo e mente – e sim uma questão de psique e soma inter-relacionados, que em seu ponto culminante apresentam um ornamento: a mente” (Winnicott, 1990b [1954], p. 44).

Para Winnicott, psique significa “elaboração imaginária dos elementos, sentimentos e funções somáticos, ou seja, da vitalidade dos tecidos” (2000 [1949]: 333), cabendo à psique a elaboração imaginativa das experiências somáticas responsável pela inter-relação mútua entre psique e soma.

Winnicott pleiteia:

> Todo um período inicial em que o trabalho da psique, via elaboração imaginativa, leva a uma esquematização do corpo, ou seja, a uma apropriação pessoal do sentido da anatomia, das sensações, dos movimentos e do funcionamento corpóreo em geral, sem a participação da mente. (DIAS, 2003, p. 108)

A importância dada ao corpo por Winnicott é indiscutível. É no corpo do bebê que o processo de integração se inicia. A *elaboração imaginativa das funções corpóreas* é, neste sentido, um processo fundamental para o desenvolvimento emocional. Ao longo do processo de tornar-se um indivíduo, ou da conquista do EU-SOU, o bebê precisa elaborar as experiências que ocorrem no seu corpo. Elaborar as partes do corpo, funções, sensações e excitações primitivas constitui o que Winnicott chama de *elaboração imaginativa das funções corpóreas.* Elaborar seria, então, integrar as experiências vividas ao ser ainda incipiente de modo a favorecer a organização da trama psicossomática.

> O que é elaborado psiquicamente não é a máquina fisiológica, mas esse corpo vivo, capaz de mover-se, entrar em repouso, respirar, ficar tenso, mamar, digerir, evacuar, ter coordenação motora, tônus muscular, ficar excitado, ereto, andar e assim por diante. O soma winnicottiano não é o corpo físico, é o corpo vivo personalizado. (LOPARIC, 2000b, p. 365)

A teoria da elaboração das funções corporais traz em si a ideia de que o ser humano nasce com a potencialidade de se constituir psicossomaticamente, mas que tal processo depende de uma série de fatores. Será o ambiente suficientemente bom que permitirá que o psicossoma se torne uma unidade psicossomática ao fim do processo de integração do bebê.

Quando levamos o conceito de psicossoma elaborado por Winnicott para o campo da Psicomotricidade, progredimos na compreensão da estreita relação entre corpo e psiquismo.

No primeiro capítulo, explicitamos a importância da transformação epistemológica ocorrida no interior da Psicomotricidade no que diz respeito a esta relação. Se, num primeiro momento histórico, corpo e psiquismo eram visto como parelhas (paralelismo psicomotor), num segundo momento da história da Psicomotricidade o ser humano passa a ser compreendido como uma totalidade ou uma 'unidade psicotônica'.

O termo winnicottiano 'unidade psicossomática' se difere em muitos aspectos do termo unidade psicotônica. Para Winnicott, tornar-se uma unidade psicossomática é uma potencialidade, e não uma determinação. O bebê já é um psicossoma ao nascer, mas precisará de todo o processo de integração para vir a se tornar uma unidade. O movimento, tema central da Psicomotricidade, será fundamental neste processo de integração psicossomática. O modo como o ambiente recebe a motricidade do bebê será crucial para a constituição da personalidade unitária.

Consideramos válido apresentar a já citada definição adotada pela Sociedade Brasileira de Psicomotricidade (SBP), desde 1982, "a Psicomotricidade é uma ciência que tem como objeto de estudo o homem através do seu movimento e sua relação com o mundo interno e externo". Em termos winnicottianos, no início da vida, ainda não há um mundo interno e um mundo externo para o bebê se relacionar. A criação destes mundos é uma aquisição que depende da integridade cerebral, mas também de fatores ambientais. Para se estudar o ser humano com relação aos seus aspectos psicossomáticos, é necessário estudar o processo de constituição da unidade psicossomática. Pensar o movimento humano necessariamente requer pensar o movimento em sua gênese, ou seja, num momento do desenvolvimento do bebê em que ainda não há o interno e o externo. E Winnicott tem nos mostrado ser um excelente autor para isto.

2.3 **As falhas ambientais**

Ao postular o paradigma do adoecer humano não nas neuroses, mas nas psicoses, Winnicott afirmou seu diferencial. Enquanto Freud desenvolveu sua teoria a partir do estudo dos relacionamentos edípicos e, portanto, triangulares, Winnicott demostrou que, muito antes de chegar neste estágio, o ser humano deve passar por um longo caminho na direção da integração psicossomática do seu ser. As questões edípicas e, portanto, psiconeuróticas –

desenvolvidas teoricamente e tratadas clinicamente pelo pai da psicanálise – não levam em conta a qualidade do processo de desenvolvimento emocional do bebê. Enquanto que para Winnicott, como apenas um indivíduo integrado pode chegar a desenvolver questões edípicas tratáveis em análise, faz-se necessário que o analista esteja sempre atento para os aspectos primitivos do desenvolvimento emocional do paciente. Quando o indivíduo não teve a oportunidade de passar por um processo de integração unitária de maneira satisfatória, apenas uma análise que considere as falhas ambientais iniciais poderá ter sucesso.

O fracasso ambiental, no período inicial de vida do bebê, ou seja, antes da constituição da sua unidade, pode ocasionar sintomas psíquicos ora evidentes, ora latentes. Dependendo da frequência e da durabilidade das falhas ambientais, elas podem causar quadros graves de doenças psíquicas. A etiologia das psicoses – esquizofrenia latente, autismo, esquizoidia, psicoses depressivas e personalidade falso-self – está nos estágios primitivos (Winnicott, 1983 [1962]: 57). Não estamos nos referindo aqui às falhas relativas à vida cotidiana as quais toda mãe está fadada a cometer, mas às falhas constantes e que não são corrigidas a tempo pelo ambiente. Para Winnicott, são estas as falhas, consideradas como um verdadeiro fracasso ambiental, as responsáveis pelos distúrbios psicóticos.

Além da frequência e da durabilidade das falhas, a gravidade de cada distúrbio está intimamente relacionada com a precocidade em que o ambiente falha. No início da vida, o bebê vive um estado de dependência absoluta. A ausência ou a má qualidade de contato humano por muito tempo e de forma recorrente faz com que o bebê vivencie o que Winnicott nomeou de *agonias impensáveis*.

O medo de “cair para sempre”, bem como o de se desintegrar, o de falhar na vivência de estar no corpo, o de perder a capacidade de se relacionar com os objetos, o de perder o senso do real, fazem parte dos traumas primitivos sofridos pelos bebês que não tiveram a felicidade de encontrar um ambiente favorável durante o seu processo de integração. Esses traumas são chamados de impensáveis porque o bebê não possui uma realidade psíquica pessoal capaz de abarcar tais situações.

No início da vida, o bebê é um “ser imaturo que está continuamente a pique de sofrer uma ansiedade inimaginável” (Winnicott, 1983 [1962]: 57). Sua inerente imaturidade faz com que ele necessite de uma assistência satisfatória que o impeça de viver esses sentimentos terríveis. A maioria dos bebês, por ter suas necessidades básicas satisfeitas e sua dependência reconhecida, passa pelo processo de integração “sem ter, jamais, estas experiências” (Winnicott, 2006 [1970]).

As mudanças derivadas do nascimento são inevitáveis no que tange às sensações de ser envolvido. O bebê não só perde a segurança física do meio intra-uterino, como também inicia a intensa experiência de ser "empurrado para baixo" pela lei da gravidade. Para lidar com estas experiências, o bebê conta com o ambiente.

> Uma das mudanças provocadas pelo nascimento é a de que o recém-nascido precisa adaptar-se a algo absolutamente novo, a vivência de estar sendo empurrado de baixo para cima, em vez de ser contido em toda a sua volta. O bebê muda da condição de ser amado por todos os lados para a condição de ser amado somente de baixo para cima. As mães reconhecem este fato pela maneira como seguram seus bebês. (WINNICOTT 1990 [1954], p. 151)

No entanto, se, sistematicamente, o bebê não for sustentado, se a mãe for extremamente insegura, se o colo for precário, ele tem o sentimento de poder despencar e sentirá a agonia de "cair para sempre". Mais uma vez Winnicott evidencia a importância do ambiente para que o bebê não experimente ansiedades *impensáveis.*

Como o ambiente não é capaz de suprir todas as demandas do bebê na fase de dependência absoluta, as falhas sempre existem em algum grau. Porém, se não são recorrentes, ou seja, se não se tornam um padrão ambiental, as falhas, num ambiente suficientemente bom, não atingem os fundamentos da personalidade que estão sendo constituídos. O fato das ameaças de aniquilação não chegarem a se cumprir faz com que o bebê não precise reagir bruscamente, adquira confiança e possa apenas, em termos winnicottianos, *ser*.

Com o tempo, na medida em que o bebê vai sendo capaz de suportar as falhas, o ambiente suficientemente bom vai naturalmente falhando. Desta forma, se o bebê necessita de algo e a mãe retarda, mas não demasiadamente em vir na sua direção, o bebê pode transformar as agonias impensáveis em experiências positivas.

> Ser feito aos pedaços, por exemplo, passará a ser uma sensação de relaxamento e repouso se o bebê estiver em boas mãos; cair para sempre se transformará na alegria de ser carregado, e no entusiasmo e prazer que decorrem do movimento; morrer e morrer e morrer passa a ser a consciência deliciosa de estar vivo, e , quando a constância vier em auxílio da dependência, a perda da esperança quanto aos relacionamentos se transformará numa sensação de segurança, de que, mesmo quando a sós, o bebê tem alguém que se preocupa com ele. (WINNICOTT, 2006 [1970], p.76)

Em termos de integração psicossomática, podemos afirmar que o bebê não se importa de ser um monte de pedacinhos desde que de quando em vez tenha alguém que lhe junte os pedaços. No entanto, se há invasões constantes do ambiente, o bebê, que ainda não está

suficientemente integrado para suportar tais falhas, acaba por experimentar as ansiedades inimagináveis e o inevitável colapso (*breakdown).*

A enfermidade psicótica é uma organização defensiva contra o retorno das agonias primitivas. Ela ocorre após o trauma, na medida em que o indivíduo precisa de uma organização defensiva para sobreviver. O que jaz por trás dessas defesas é o colapso do estabelecimento ainda muito precário do estatuto unitário. Sendo assim, a psicose não deve ser pensada como um colapso, mas como uma organização defensiva posterior às agonias impensáveis e ao colapso.

> É errado pensar na enfermidade psicótica como um colapso; ela é uma organização defensiva relacionada a uma agonia primitiva, e é geralmente bem-sucedida. [...] Afirmo que o medo clínico do colapso é o medo de um colapso que já foi experimentado. Ele é um medo da agonia original que provocou a organização de defesa que o paciente apresenta como síndrome de doença. (WINNICOTT, 1994 [1963], p. 72).

A psicose é a defesa criada pelo indivíduo para nunca mais experimentar a ansiedade impensável que se acha na raiz da sua enfermidade.

2.4 **Aspectos psicóticos**

Muitas foram as enfermidades psicóticas tratadas e descritas por Winnicott, a saber: autismo, esquizofrenia latente, esquizoidia e personalidade falso-self. Os pacientes autistas e esquizofrênicos possuem comportamentos específicos que, de maneira geral, são rapidamente percebidos pelo terapeuta. Já o paciente com personalidade falso-self, por escamotear sua fragilidade emocional e não demonstrar suas questões primitivas, requer cuidados específicos. Como no início da vida, caracterizado pela dependência absoluta, o ambiente falhou, o bebê não teve outra saída a não ser operar uma cisão e isolar o núcleo espontâneo do si-mesmo. É a imaturidade emocional desta fase anterior à integração que faz com que o bebê não tenha escolha. O falso-self, criado a partir de então, vai lutar defensivamente para não repetir a experiência traumática. E o núcleo do verdadeiro self ficará para sempre escondido[14].

---

[14] A não ser que o indivíduo encontre uma segunda oportunidade num ambiente suficientemente bom que lhe fique disponível para que ele adoeça, isto é, faça uma regressão à dependência, conforme veremos a seguir.

Com o tempo, o bebê cresce, se torna uma criança e depois um adulto, mas não chega a ter uma *personalidade unitária* no sentido winnicottiano. A constituição da personalidade é postiça, impostada e constituída de adaptações e mimetismos. Esse "indivíduo" é uma prótese, sustentada por um falso-self. O indivíduo, se é que podemos chamá-lo assim, não se tornou uma *pessoa total.* Ele passa toda a sua vida se protegendo da ameaça de aniquilação do ser, pois não possui amadurecimento emocional suficiente para viver a partir de si-mesmo. O falso-self é falso porque, apesar das aparências, não chegou a se constituir como uma pessoa total. Trata-se de um dos tipos de paciente *borderlines* que Winnicott descreveu.

> Na experiência clínica com bebês e suas mães, Winnicott pôde olhar para a realidade psíquica na perspectiva de sua constituição, ao passo que sua experiência clínica com as psicoses e com os casos que foram denominados de borderlines familiarizou-o com os fracassos ambientais precoces subjacentes a essas modalidades de sofrimento. (PLASTINO, 2014, p. 25)

Ao longo de sua obra, o psicanalista inglês enumerou diversos casos nos quais os pacientes tinham um falso-self bem sucedido e não apresentavam, aparentemente, nenhum problema psiquiátrico. O núcleo psicótico encontrava-se tão velado que o indivíduo até parecia ser, nas palavras do autor, "uma pessoa real". Não raras vezes, eram pessoas capazes de lidar com as exigências da realidade externa, podendo ser, inclusive, bastante competentes profissionalmente. No entanto, possuíam sentimentos de "não terem começado a existir", de irrealidade, de falta de sentido na vida, além de constante medo de uma dissociação.

Sentir-se real faz parte das potencialidades humanas que carecem de um meio adequado para se realizarem. Na falta de alguém que apresente o mundo para o bebê na medida certa em que ele possa lidar, o lactente se vê invadido por eventos para os quais ainda não está pronto. A mãe que não proporciona ao bebê a ilusão de que é ele quem cria o mundo à sua volta, não permite que o bebê integre suas experiências e as sinta como suas. Se o bebê não pode apenas ser e viver seus estados excitados e tranquilos e se vê obrigado a reagir, o sentimento de realidade de si mesmo não se desenvolve, ou se desenvolve de maneira insuficiente. Nesses casos, a cisão e isolamento do verdadeiro self se tornam a única opção de sobrevivência para o indivíduo.

Winnicott (2000 [1954], p. 374) costumava afirmar que era necessário perceber de que tipo de paciente se tratava, antes de se empreender um processo psicanalítico mais profundo. Em função disto, classificou, de maneira genérica, três tipos de pacientes. No primeiro grupo, os pacientes que padecem das neuroses clássicas e que podem lucrar com uma análise nos moldes da psicanálise tradicional. Trata-se de pessoas que gozaram a sorte de possuírem um

ambiente inicial suficientemente bom, mas que têm dificuldades inerentes à instintualidade no quadro das relações interpessoais[15]. No segundo grupo, estariam os pacientes cuja personalidade recém- começou a integrar-se. Em termos de tratamento psicanalítico, a técnica pode ser clássica, mas frequentemente deve ser deixada de lado para se priorizar o manejo clínico. E, finalmente, no terceiro grupo estariam os pacientes cuja análise deve percorrer os estágios iniciais do desenvolvimento e, consequentemente, a ênfase terapêutica recai frequentemente no manejo.

O autor sempre frisou o fato de que há pacientes que parecem pertencer ao primeiro grupo, mas na verdade pertencem ao terceiro (Winnicott, 2000, [1954], p. 375). Nestes casos, para que o tratamento seja efetivo, é necessária uma regressão em busca do verdadeiro eu, processo lento e, muitas vezes, doloroso para o paciente e penoso para o terapeuta.

Apesar dessa divisão apresentada e reafirmada em diferentes trechos da obra de Winnicott, faz-se necessário lembrar o limiar tênue que separa um grupo do outro. Será que de fato ainda poderíamos supor a formação de uma neurose pura? Claire Winnicott, ao escrever sobre a obra de Winnicott, afirma: "[...] sua principal contribuição, provavelmente, mostra-se no estudo dos relacionamentos iniciais e a aplicação dele à etiologia das psicoses e *dos mecanismos psicóticos em todos nós*"[16].

Neste sentido, nos diz o próprio Winnicott 1994, [1965], p.96:

> [...] uma certa experiência de loucura, seja o que for que isto possa significar, é universal, e isto quer dizer ser impossível pensar em uma criança que tenha sido tão bem cuidada em sua primeiríssima infância que não houve ocasião para uma tensão excessiva de sua personalidade, tal como se achava integrada em determinado momento. (WINNICOTT, 1994, p.96)

Se todo paciente apresenta mecanismos psicóticos, em maior ou menor grau, oriundos de falhas ambientais primitivas, o trabalho de qualquer terapeuta deve ser extremamente cuidadoso. É sempre possível que ao longo de um processo terapêutico, o paciente regrida aos estágios primitivos, cuja característica mais marcante é a dependência absoluta com relação ao ambiente.

---

[15] Não temos intenção de nos aprofundarmos nesta temática, mas consideramos importante dizer que, mesmo que o método de interpretação dos conflitos reprimidos preconizado pela psicanálise freudiana seja usado no tratamento dessas pessoas, a compreensão da neurose a partir da perspectiva winnicottiana é outra e exige um tratamento diferenciado, na medida em que sempre leva em conta a qualidade do desenvolvimento emocional primitivo.

[16] Winnicott, 1994, p.2, grifo nosso.

> Na análise em que ocorre a regressão a uma dependência mais profunda, dentro da situação analítica e da relação de transferência, o paciente se torna um bebê em certos momentos, ou em determinadas fases. (WINNICOTT, 1990b, [1954]).

Na relação mãe-bebê, o ambiente é a mãe e todos os cuidados que ela tem com ele. Quando se trata de um paciente em regressão, o ambiente é o terapeuta e o manejo clínico. Nesses casos, o terapeuta passa a funcionar como um meio que sustenta o paciente[17]. Na regressão, o processo analítico do paciente é equivalente ao processo maturacional do lactente e da criança. (Winnicott, 1983, [1963], p.172)

Em alguns casos, regredir é a única saída possível em direção à saúde. Quando o indivíduo não possui sentido de realidade, quando não sente que possui um corpo, quando lhe falta coexistência psicossomática, o único caminho para a saúde é a regressão. "A experiência original da agonia primitiva não pode cair no passado a menos que o ego possa primeiro reuni-la dentro de sua própria e atual experiência temporal e do controle onipotente agora". (Winnicott, 1994 [1963], p. 73)

O medo do colapso que destrói a vida do paciente é o medo do colapso que já aconteceu. O colapso acontecido não pôde ser experenciado no início da vida devido à imaturidade egóica. A *coisa temida* precisa ser experenciada. Será pela transferência, pelo uso do ego auxiliar do analista, que isto poderá ocorrer. "A única maneira de 'recordar', neste caso, é o paciente experenciar esta coisa do passado pela primeira vez no presente, ou seja, na transferência" (Winnicott, 1983 [1963]: 73).

A imaturidade egóica do bebê faz com que as agonias impensáveis e o colapso não sejam possíveis de ser experimentados pelo bebê. Ambos, apesar de serem um acontecimento na vida do bebê, não podem ser experenciados, pois não há integração do ego capaz de abranger tais fatos. O ego é imaturo demais para reunir este tipo de fenômeno dentro da área da onipotência pessoal (idem).

Quando o paciente regride aos seus aspectos psicóticos, a análise se torna muito difícil, tanto para o analista quanto para o paciente. Trata-se de um momento delicado e que exige muito cuidado por parte do profissional, pois ele estará lidando com os "aspectos mais profundamente perturbados das personalidades" dos seus pacientes (Winnicott 1994, [1965], p.96). Todo paciente possui um fragmento enfermo, "e ele é tão enfermo quanto possível" (1994 [1964], p. 80).

---

[17] Conforme desenvolveremos no quarto capítulo, na terapia psicomotora o paciente também pode regredir e, consequentemente, "se tornar um bebê".

Quando a regressão se dá, o atraso ou a falha na integração primária predispõe o paciente à experiência da desintegração. (Winnicott, 2000 [1945], p.224). Trata-se de uma experiência assustadora de irrealidade psicossomática. O indivíduo perde a sensação de coesão psicossomática. De fato, o paciente que regride nunca teve um psicossoma unitário.

Os estados regressivos se diferenciam em muito da experiência de não-integração, a qual pode acontecer mesmo na vida adulta. Em vivências de relaxamento profundo, pode-se experimentar momentaneamente o estado de não-integração. Trata-se, como veremos no quarto capítulo, de uma vivência saudável na qual o indivíduo pode por alguns instantes devanear e perder a orientação espaço-temporal. A possibilidade de viver a não-integração sem o medo do colapso é critério de saúde emocional. Já a perda da integração característica dos estados regressivos não é uma experiência prazerosa; trata-se de uma desintegração psicótica.

2.5 **O uso da regressão na Psicanálise Winnicottiana**

Conforme vimos anteriormente, a base para o estabelecimento do ego é um suficiente ‘continuar a ser’ do bebê. Para que isto ocorra, é preciso que o bebê não seja constantemente interrompido por reações às intrusões ambientais. Se o ambiente proporciona uma adaptação suficientemente boa, a linha de vida da criança é pouco perturbada por reações à intrusão, o que permite que ela se constitua a partir do si-mesmo. No entanto, se a falha ambiental é frequente e duradoura, uma das alternativas que o bebê encontra é realizar um *congelamento da situação traumática*. O indivíduo lida com as falhas ambientais de diversas maneiras; uma delas Winnicott chamou de congelamento da situação da falha. (Winnicott, 2000 [1954], p. 378)

Presume-se que o paciente que tem a possibilidade de regredir e descongelar situações traumáticas possui dentro de si uma organização egóica mínima junto a uma ameaça de caos. Ao mesmo tempo em que há no indivíduo um congelamento da situação traumática, há uma esperança inconsciente de experimentar, no futuro, uma situação na qual a falha possa ser descongelada e revivida. Sob este ponto de vista, regredir faria parte de um processo de cura que só pode ser realizado se o indivíduo tem a sorte de encontrar um ambiente suficientemente bom no presente.

> A organização que torna a regressão produtiva tem essa característica que a distingue das outras, qual seja, a de trazer dentro de si a esperança por uma nova oportunidade de descongelar a situação congelada, e uma oportunidade também para o ambiente, no caso o ambiente atual, de realizar uma adaptação ainda que tardia. (IDEM, p. 380)

Para corrigir a falha adaptativa ao longo de um processo de regressão realizado num espaço terapêutico, são necessários muitos elementos. Em primeiro lugar, o terapeuta precisa possuir uma esperança na natureza humana e no processo de desenvolvimento emocional; o que é facilmente percebido pelo paciente. É preciso que esta esperança do terapeuta vá ao encontro da esperança inconsciente do paciente em encontrar um ambiente favorável que o permita regredir.

É preciso também que o contexto terapêutico reproduza as técnicas de maternagem característicos da primeira infância e dos estágios iniciais saudáveis. Desta forma, o paciente poderá experimentar os cuidados que não foram possíveis de ser vividos devido às falhas ambientais. Será a confiança do paciente com relação ao contexto terapêutico que possibilitará um período de regressão à dependência. Desta forma, o fornecimento de um ambiente especializado acoplado à regressão do paciente permitirá que o paciente realize o descongelamento da situação da falha original.

A duração da regressão é variável; ela pode ser experimentada num curto espaço de tempo, sendo inclusive momentânea, ou total e envolvendo toda a vida do paciente por um período maior de tempo. Há casos de pacientes que regridem em determinado momento da sessão e depois voltam ao estágio do amadurecimento em que se encontravam no início. São pessoas que numa mesma sessão variam de idades emocionais. Por outro lado, há pacientes que regridem à dependência e permanecem neste estado por um longo período de tempo. Nesses casos, além do terapeuta será necessário que o ambiente em torno do paciente esteja preparado para lidar com esta situação. Winnicott dá como exemplo casos como a de uma paciente que se mantinha bastante bem, apesar de muita ansiedade e falta de sono, mas que, ao encontrar uma “boa e confiável governanta”, regrediu e pode permanecer dependente desse ambiente suficientemente bom por meses (Winnicott, 1994 [1967], p. 154). Por outro lado, há, em sua obra, exemplos de pacientes que necessitaram de internação depois de entrar num longo período de dependência absoluta.

De maneira geral, a regressão é extremamente dolorosa para o paciente[18]. Não há motivos para o terapeuta querer que o paciente regrida (Winnicott, 2000 [1954], p. 388). "Um retorno a um estágio de dependência mais primitivo implica em sofrimento e numa sensação de precariedade inerente ao depender" (1990b [1954], p. 179). A regressão não representa um perigo em si; o perigo é o terapeuta não estar pronto para lidar com ela. A delicadeza da situação deriva do fato do paciente tornar-se absolutamente dependente do terapeuta ao longo do processo regressivo, quer este dure um instante ou semanas. Durante os estados regressivos, o paciente fica muito sensível à qualidade da presença do analista. Uma pequena desatenção é notada, é sentida.

> Na doença, ou no curso de uma psicoterapia, pode ocorrer a regressão, mas a regressão a estados infantis só adquire um caráter terapêutico se os intensos sofrimentos associados à dependência experimentados na regressão puderem ser suportados. As toscas habilidades do psicoterapeuta, se o compararmos com a mãe real, faz com que seja inconcebível – mesmo na terapia mais cuidadosamente controlada – uma regressão à dependência vivida com prazer. (IDEM).

Existem determinados pacientes para os quais a regressão é inevitável. Na medida em que a confiança no terapeuta, que nesse caso é o próprio ambiente, vai se estabelecendo, a dependência vai se instalando. Se o ambiente terapêutico for suficientemente bom, as demandas do pacientes se tornam frequentes e exigentes. Trata-se de um trabalho tão difícil, que exige tanto do terapeuta que, de modo geral, é recomendável que se tenha somente um paciente regredido de cada vez (Winnicott, 1994 [1964] p. 80). No caso do analista não puder suportar a regressão à dependência, é melhor que interrompa aí o processo terapêutico.

> [...] gradualmente, ao se tentar atender às necessidades do paciente do tipo que estou descrevendo, as exigências feitas ao analista tornam-se muito grandes e chega um momento em que o paciente diz ao analista algo mais ou menos assim: – Está na hora de você decidir se quer ir comigo até o fim ou desistir. Não me importo que diga que não pode fazê-lo, mas se for adiante, estarei lhe entregando algo de mim, tornando-me perigosamente dependente e seus erros vão ter uma importância grave. Com frequência, neste ponto, trata-se de uma questão de vida ou morte e o analista sábio interrompe a análise, sabendo e reconhecendo abertamente que é incapaz de fazer a parte seguinte, que é o que o paciente queria. Este último não o culpará por isto. (IDEM, p.78)

No entanto, se o terapeuta pode ser um ambiente suficientemente bom para o paciente, ele permite que a confiabilidade passe a ser uma crença para o paciente. A *experiência de*

---

[18] Há uma observação interessante de Winnicott (2000 [1954] p. 388) de que, "em termos restritos, a experiência de dependência [durante a regressão] pode proporcionar uma extrema satisfação". Abordaremos tal assunto no quarto capítulo.

confiabilidade é algo que vai sendo construído na relação terapêutica e requer tempo e sensibilidade por parte do terapeuta. Será a partir dela que o paciente poderá introjetar o aspecto ambiente do terapeuta. Para isto é preciso que o profissional possa apreender o paciente a partir da sua existência psicossomática. Para tornar real o caráter potencialmente psicossomático do paciente, faz-se necessário que o terapeuta o compreenda psicossomaticamente.

Assim como na relação com o bebê, na qual a mãe comunica confiabilidade de maneira silenciosa, o mesmo se faz necessário na relação do terapeuta com o paciente regredido. As habilidades do terapeuta – por mais que sejam toscas se comparadas com as capacidades da mãe suficientemente boa – precisam ser pautadas na mesma experiência de confiabilidade. A citação abaixo sobre a comunicação mãe-bebê nos permite refletir sobre a necessidade do terapeuta em apreender o paciente a partir da sua existência psicossomática ao longo do período de regressão.

> Não é verdade que a mãe comunicou-se com o bebê? Ela disse: 'Sou confiável – não por ser uma máquina, mas porque sei do que você está precisando [...]. este tipo de comunicação é, porém, silencioso. O bebê não ouve ou registra a comunicação, mas apenas os efeitos da confiabilidade; é algo que se registra no decorrer do desenvolvimento. (WINNICOTT, 2006 [1968], p.87).

Da mesma forma, o terapeuta que tem em suas mãos um paciente regredido precisa comunicar confiabilidade silenciosamente. Não há como o profissional aprender um comportamento padronizado para tais situações. É preciso que para além da técnica e da teoria, ele tenha percorrido a linha do seu próprio desenvolvimento emocional de maneira sadia. Se não pode fazê-lo quando bebê, é preciso que o próprio terapeuta tenha tido uma segunda oportunidade num ambiente suficientemente bom e disponível de modo que tenha experimentado uma regressão à dependência. Apenas um terapeuta que tenha realizado um amadurecimento emocional satisfatório poderá ser o ambiente necessário para a constituição da personalidade unitária de um paciente em regressão. É neste sentido que afirmamos que somente um terapeuta integrado psicossomaticamente poderá fornecer as bases para tornar real o caráter potencialmente psicossomático de seu paciente.

2.6 **Da dependência absoluta ao estágio do concernimento**

A regressão, em Winnicott, nada mais é do que a regressão à dependência, mais especificamente, uma regressão à dependência absoluta. Abordaremos sucintamente as etapas do desenvolvimento emocional – da dependência absoluta ao estágio do concernimento – experimentadas pelo paciente regredido.

Em termos de desenvolvimento emocional, no estágio de dependência absoluta, o bebê saudável está iniciando os seus processos, ainda incipientes, de integração, personalização e realização. Iniciam-se também as chamadas temporalização e espacialização do bebê. Numa terapia em que ocorre a regressão à dependência, o ambiente suficientemente bom, que é o próprio terapeuta e o manejo clínico, possibilita que o paciente retorne a esta fase do desenvolvimento emocional na qual deveria ter realizado tais conquistas, mas que não pôde fazê-lo devido às falhas ambientais. A regressão se torna, assim, a possibilidade do paciente ir, lentamente, realizando a constituição da personalidade unitária.

Na regressão à dependência absoluta, o paciente tem a oportunidade de experimentar todos os estágios presentes na linha do desenvolvimento emocional. No início, ele irá percorrer muitas experiências de estar dependente. Só depois poderá viver algo da fase da transicionalidade; será o início da criação de um espaço entre a realidade psíquica interna e a realidade externa compartilhada. Em termos de desenvolvimento emocional do bebê, Winnicott chama de espaço transicional a área intermediária de experimentação na qual o bebê não vive mais somente aquilo que é subjetivamente percebido, nem tão pouco é capaz de ter uma percepção objetiva baseada no teste da realidade. A percepção de que há um lugar no qual objetos externos aparecem e desaparecem é o início da construção infantil de uma ideia de realidade externa. Trata-se de um fenômeno que reside entre a realidade interna e a vida externa, no qual o bebê tem a possibilidade de viver uma experiência ilusória.

Posteriormente, o bebê será capaz de fazer uso dos objetos. No caso dos pacientes regredidos, o primeiro objeto a ser usado será o analista. Nesta fase, o paciente é capaz de perceber o analista como real, ou seja, fazendo parte da realidade compartilhada, e não mais como uma projeção da sua realidade interior. Somente depois de ter percorrido todo este processo, o paciente poderá, em seguida, experimentar, em termos winnicottianos, ser ele

mesmo. Poderíamos, então, dizer que, pela primeira vez, o indivíduo realiza uma integração num si-mesmo unitário[19].

Após a conquista da personalidade unitária, o paciente retorna da regressão e pode, pela primeira vez, viver o estágio do concernimento[20]. Para Winnicott, estágio do concernimento é um termo usado para designar uma conquista salutar que teria sido feita pelo indivíduo caso seu desenvolvimento emocional tivesse se dado normalmente: a conquista da capacidade para o *concern*. *Concern*, traduzido aqui por concernimento, diz respeito à capacidade do bebê de se preocupar com o outro.

No que tange ao desenvolvimento emocional do bebê, o concernimento tem como condição a estabilização da experiência de integração do bebê. A emergência do sentimento de eu se dá concomitantemente à conquista do sentimento de alteridade. Quando o bebê diferencia o "eu" do "não-eu", ele percebe que o outro é um objeto externo, não criado por ele, em suma, um *objeto objetivo* segundo a terminologia winnicottiana.

Neste estágio, a criança começa a perceber que a mãe-objeto – atacada por seus impulsos destrutivos durantes os estados excitados – é a mesma mãe que cuida dela durante os estados tranquilos. Se a maternagem for suficientemente boa e a mãe sobreviver por um período de tempo, o bebê poderá integrar a cisão entre o ambiente dos cuidados maternos e o ambiente excitante (Winnicott, 2000 [1954-5], p. 362). Na medida em que a mãe-objeto e a mãe-ambiente são integradas no interior do bebê, ele passa a perceber a alteridade da mãe enquanto um *objeto objetivo.*

> [...] a criança começa a perceber não só que ela é uma única e mesma pessoa, quer esteja excitada quer esteja tranquila, como também que a mãe que cuida dela, trocando-a e mimando-a nos estados tranquilos, é a mesma pessoa que ela vivamente ataca durante os estados excitados. (DIAS, 2003, p. 259)

Podemos dizer que o desenvolvimento emocional percorrido pelo bebê saudável ao longo do seu amadurecimento é semelhante ao ocorrido com o paciente regredido que tem a possibilidade de descongelar seus traumas e se desenvolver. Entre a vivência da dependência absoluta e a constituição unitária há um longo percurso terapêutico a ser realizado. Após

---

[19] Pelo fato de que o processo realizado pelo bebê desde a fase de dependência absoluta até a constituição do si-mesmo já ter sido abordado anteriormente, nos determos, agora, na descrição do estágio do concernimento.

[20] O estágio do concernimento foi reescrito por Winnicott, em sua própria linguagem, a partir do conceito de posição depressiva de M. Klein. A criação do neologismo "concernimento" foi realizada pela Escola de São Paulo, mais especificamente pela Professora Elsa Dias e pelo Professor Loparic, no intuito de nos aproximarmos mais do sentido original de *concern*, palavra inglesa que não possui tradução precisa na língua portuguesa (Dias, 2003, p. 258).

alcançar sua unidade, o paciente poderá viver o estágio do concernimento e desenvolver a capacidade sadia de sentir culpa e responsabilidade.

3 O FAVORECIMENTO DA INTEGRAÇÃO PSICOSSOMÁTICA: A PSICOMOTRICIDADE À LUZ DA PSICANÁLISE WINNICOTTIANA

> Não existe senão um só templo no universo, e é o corpo do Homem. Curvar-se diante do homem é um ato de reverência diante desta Revelação da Carne. Tocamos o céu quando colocamos nossas mãos num corpo humano.
>
> *Novalis*

3.1 **Uma ciência em construção**

A partir da década de cinquenta, ao receber influências da Pedagogia, da Psicologia e da Psicanálise, a Psicomotricidade foi se transformando. No diálogo com essas ciências, a Psicomotricidade ganhou novos horizontes e a prática psicomotora, consequentemente, se ampliou, num processo dialético que perdura até os dias de hoje.

> Em razão do seu próprio objeto de estudo, isto é, o indivíduo humano e suas relações com o corpo, a Psicomotricidade é uma ciência encruzilhada ou, mais exatamente, uma técnica em que se cruzam e se encontram múltiplos pontos de vista, e que utiliza as aquisições de numerosas ciências constituídas (biologia, psicologia, psicanálise, sociologia e linguística). (COSTE, 1981 [1977], p. 9)

Como vimos no capítulo um, podemos dizer que a prática psicomotora, a partir da segunda metade do século XX, começa a poder ser subdividida, ainda que com limiares tênues, em terapia e educação psicomotora. Enquanto a primeira foi se configurando como uma terapia de mediação corporal, a segunda foi se apresentando como uma prática educativa de promoção do desenvolvimento infantil saudável, tendo ambas como base o desenvolvimento psicomotor do indivíduo.

Podemos dizer que a virada paradigmática ocorrida no interior da Psicomotricidade e apresentada no primeiro capítulo aponta para uma mudança na maneira como o corpo é compreendido. Se numa primeira fase o corpo para a Psicomotricidade é um instrumento para se tratar determinados sintomas – no caso, os sintomas psicomotores – num segundo momento, ele começa a ser visto e entendido como uma unidade tônico-emocional. Nesta perspectiva, o corpo é compreendido em sua globalidade: movimento, afeto e cognição.

As tentativas de superação da dicotomia corpo-mente feitas no campo da Psicomotricidade podem ser percebidas, por exemplo, em afirmações como a de Coste[21]: “Em sua prática, a Psicomotricidade empenha-se em superar essa oposição: o homem é o seu corpo – mostra-nos ela – e não o homem e seu corpo” (Coste, 1981, p. 9). Ou em definições como a adotada pela Sociedade Brasileira de Psicomotricidade (SBP) desde 1982 e citada anteriormente:

> Psicomotricidade é a ciência que tem como objeto de estudo o homem por meio do seu corpo em movimento e em relação ao seu mundo interno e externo. Está relacionada ao processo de maturação, onde o corpo é a origem das aquisições cognitivas, afetivas e orgânicas. É sustentada por três conhecimentos básicos: o movimento, o intelecto e o afeto. Psicomotricidade, portanto, é um termo empregado para uma concepção do movimento organizado e integrado, em função das experiências vividas pelo sujeito cuja ação é resultante de sua individualidade, sua linguagem e sua socialização. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOMOTRICIDADE, 1982).

Seguindo esta mesma linha de evolução da Psicomotricidade enquanto ciência, dirá Fonseca[22]:

> Em Psicomotricidade, o psíquico e o motor não são uma consequência linear um do outro, mas são os dois componentes, complementares, solidários e dialéticos, da mesma totalidade sistêmica. (FONSECA, 2002).

Tais afirmações são algumas demonstrações da tentativa da Psicomotricidade em se afirmar, na atualidade, enquanto uma ciência e uma prática que compreenda o corpo e, mais especificamente, o movimento, numa perspectiva menos dicotômica da que vinha sendo predominantemente desenvolvida na primeira metade do século passado.

Tendo como objetivo neste capítulo descrever a Psicomotricidade à luz da Psicanálise Winnicottiana, não podemos deixar de apresentar aqui de que modo o termo ciência, presente na definição de Psicomotricidade segundo a SBP, é usado na obra de Winnicott para se referir à Psicanálise:

> Talvez vocês estejam começando a perceber que existe certo sentido em transformar o estudo da natureza humana numa ciência, num processo caracterizado pela observação de fatos, pela criação de teoria e testagem desta teoria, e pela modificação da teoria de acordo com a descoberta de novos fatos. [...] Numa ciência a verdade total nunca é atingida. O que é importante na ciência é a construção de um caminho satisfatório para a verdade. (WINNICOTT, 1997 [1945], p. 32)

---

[21] Autor francês que escreveu, na década de setenta, um relevante livro para a área chamado “A Psicomotricidade”.

[22] Autor português de relevância mundial para o campo da Psicomotricidade.

Pensar e afirmar a Psicomotricidade como uma ciência é fundamental para a consolidação do seu campo de pesquisa e, consequentemente, de sua prática. O modo como Winnicott encara o estudo da ciência ao propor que esta seja observada e submetida a uma construção teórica passível de transformações nos parece frutífero à Psicomotricidade. Enquanto ciência, a Psicomotricidade não pode ser desenvolvida a partir de um estudo hermético. O movimento humano, objeto de estudo central da Psicomotricidade, deve ser compreendido nas suas diferentes abordagens. A expansão e a consolidação da Psicomotricidade enquanto ciência e prática terapêutica e educacional dependem de um processo de constante elaboração teórica a partir de observações sensíveis.

A mudança epistemológica ocorrida na Psicomotricidade após os anos cinquenta adveio da possibilidade de se construir uma teoria não só a partir de estudos teóricos e da avaliação técnica dos resultados obtidos com testagens psicomotoras padronizadas, mas também por meio da observação sensível do movimento em cada indivíduo. A singularidade do movimento corporal se tornou fator central para se pensar e se realizar a prática da Psicomotricidade tanto em escolas quanto no âmbito terapêutico.

Os eixos que, até hoje, norteiam a Psicomotricidade – coordenação motora, organização espaço-temporal, lateralidade, esquema corporal, domínio tônico e equilíbrio – deixam de ser compreendidos sob o ponto de vista puramente motor. O movimento, elemento central da Psicomotricidade, ganha novos enfoques. O foco passa a ser *o movimento singular de cada pessoa.* Tal mudança é sutil e radical.

Se traçarmos um paralelo com a clínica proposta por Winnicott, diríamos que a teoria do desenvolvimento emocional é o eixo que a norteia, mas o foco é o paciente, que possui uma história única e se encontra em algum momento da linha do desenvolvimento emocional. O paciente nunca deve ser adaptado à teoria, é a teoria que se adapta a ele.

A Psicomotricidade, a partir das décadas de cinquenta e sessenta, também inicia uma prática voltada para a singularidade de cada paciente e/ou aluno, passando a ter uma proposta terapêutica e/ou educativa mais flexível. A comprovação da teoria psicomotora, nos dias de hoje, vem se dando na prática, na medida em que resultados satisfatórios são obtidos em suas áreas de atuação. É a observação sensível de cada indivíduo unida a um embasamento teórico consistente que possibilita que a Psicomotricidade enquanto ciência seja continuamente desenvolvida. Esta é a maior transformação epistemológica ocorrida no interior da

Psicomotricidade. Na medida em que esta se abriu para a experiência pessoal do paciente ou do aluno, novas constatações teóricas e construções metodológicas se tornaram possíveis.

Pensar a construção e o desenvolvimento das ciências como Winnicott lança luz sobre a Psicomotricidade. Se, como citamos anteriormente, numa ciência a verdade total nunca é atingida, a Psicomotricidade pode se abrir para outras perspectivas teóricas que falam do processo de integração psicossomática de uma maneira consistente, como acreditamos ser o caso da Psicanálise Winnicottiana.

Superar a dicotomia mente-corpo presente no pensamento ocidental ainda é algo distante. Nosso modo de pensar e, consequentemente, nosso modo de ser e estar no mundo são atravessados por uma cultura que, se não reforça, também não diminui esta separação milenar.

As páginas iniciais de alguns livros importantes da Psicomotricidade[23] apresentam um breve histórico da noção do corpo no mundo ocidental. Filósofos como Platão e Descartes, bem como a religião judaico-cristã são apresentados como grandes influenciadores de uma cultura que antagoniza o corpo à mente. A Psicomotricidade, nestes livros, aparece, então, como uma tentativa de superação desta dicotomia.

Quando aceitamos que nenhuma ciência atinge uma verdade total, nos preparamos com maior naturalidade para os desafios que aparecem. No caso da Psicomotricidade, nos preparamos para as questões que surgirão tanto na prática, quanto na construção de uma teoria psicomotora consistente que possa de fato compreender o indivíduo na sua globalidade e não como um corpo na sua inter-relação com o psiquismo. Nossa intenção nesta tese e, mais especificamente, neste capítulo é a de pensarmos a Psicomotricidade à luz da Psicanálise Winnicottiana com o intuito de colaborarmos para o desenvolvimento da ciência em questão.

Levantamos a hipótese de que o estudo do movimento, objeto de pesquisa e atuação da Psicomotricidade, ganha novos sentidos na medida em que ele é pensado como essencial no processo de integração psicossomática. Por se tratar de uma nova perspectiva, estamos cientes de que algumas lacunas teóricas podem surgir, mas esperamos que tais lacunas sirvam como um incentivo para futuros desbravamentos.

Winnicott, ao se referir à Darwin, autor pelo qual nutria larga estima, e à primeira leitura que fez de “A Origem das Espécies”, nos diz:

---

[23] Podemos citar como exemplo os livros “A Psicomotricidade” de Jean-Claude Coste, “A Clínica Psicomotora” de Esteban Levin e “Da Psicomotricidade Relacional à Análise Corporal da Relação” de Andre Lapierre. Todos presentes na bibliografia da tese.

> Na época, eu não sabia bem porque ele era tão importante para mim, mas agora vejo que o principal é que ele mostrava que as coisas vivas podiam ser examinadas cientificamente, com o corolário de que as lacunas no conhecimento e no entendimento não precisavam me apavorar. Para mim, esta nova ideia significou uma grande redução de tensão e consequentemente uma liberação de energia para trabalhar e brincar. (WINNICOTT, 1997 [1945], p. 34)

Em nossa opinião, foi a partir da "redução de tensão" e da "liberação de energia para trabalhar e brincar" que Winnicott pode propor novas elaborações teóricas por meio de suas observações sensíveis. Por não ter medo das lacunas do conhecimento inerentes a qualquer ciência é que o psicanalista inglês pode criar sua teoria singular. No presente trabalho, nos valemos da teoria do desenvolvimento emocional do psicanalista inglês, bem como do seu modo de ser e trabalhar criativo, para nos inspirarmos e aprofundarmos, assim, o campo teórico e prático da Psicomotricidade.

A partir das premissas aqui explicitadas, propomos nos debruçar sobre as temáticas do movimento, do diálogo-tônico e da respiração, para nos aprofundarmos no campo da Psicomotricidade a partir da perspectiva winnicottiana.

3.2 **O movimento**

O movimento humano é um tema amplo e complexo. Podemos pensá-lo a partir de diferentes perspectivas: biomecânica, neuromotora, psicológica, antropológica, artística, etc. Cada uma dessas perspectivas traz em si conhecimentos que juntos se entrelaçam e formam um mosaico que amplia a compreensão do movimento humano na atualidade.

Especificamente no campo da Psicomotricidade, na medida em que tal ciência foi evoluindo, dialogando com novas áreas do saber e tendo a sua prática transformada, a compreensão do movimento humano foi se expandindo. Tal expansão derivou em diferentes ramos da Psicomotricidade influenciados por perspectivas diversas como a neuromotora, a psicanalítica ou psicológica, a cognitiva, a artística, etc.

Dentro da Psicomotricidade, há linhas atuais que focam, por exemplo, o aspecto neuromotor do movimento e pensam o psiquismo não só na dimensão psicológica, mas principalmente na neurológica e na motora. Nessa perspectiva, o movimento é o resultado de

uma integração neuromotora. Os aspectos cognitivos e afetivos também são considerados, mas o aspecto central é a neuromotricidade.

Por essa ótica, a teoria da corticalização neuronal do cérebro do bebê se torna central para se compreender a importância do movimento para o desenvolvimento integral da criança. O processo de corticalização – a construção e a modificação do córtex cerebral do bebê a partir dos estímulos ambientais principalmente durante a fase fetal e os seis primeiros meses de vida – depende de um meio ambiente favorecedor para se realizar. O movimento do bebê também é essencial para que este processo ocorra de maneira satisfatória. A capacidade motora humana evolui em função da corticalização progressiva do cérebro, ao mesmo tempo em que esta última depende da motricidade para se desenvolver. De fato, a sofisticação do movimento evolui em função do processo de desenvolvimento cerebral e vice-versa, mas muitos outros aspectos também devem ser levados em conta. Para essas linhas de Psicomotricidade, o movimento humano é fruto de uma integração neuromotora na qual os aspectos emocionais do desenvolvimento também estão incluídos.

O aspecto neuromotor do movimento e sua relação com o psiquismo é bastante desenvolvido na atualidade, por exemplo, nas pesquisas e publicações de Vitor da Fonseca – psicomotricista português de relevância internacional. O modo como ele pensa o desenvolvimento psicomotor nos parece interessante de ser apresentado aqui, pois realça os aspectos neurocognitivos e neuroafetivos do desenvolvimento do bebê na sua relação com o movimento, caracterizando uma abordagem bastante específica e bem fundamentada da Psicomotricidade na atualidade.

> O estudo do movimento na gênese do comportamento humano é extremamente complexo, dado que a sua significação total se encontra profundamente inter-relacionada com a corticalização progressiva e, por outro lado, porque constitui o suporte de toda a estruturação da atividade psíquica. (FONSECA, 1998, p. 162)

A partir deste ponto de vista, não se pode pensar e descrever uma teoria psicomotora que não se debruce também sobre os aspectos psiconeurológicos do movimento. Nesta perspectiva, o movimento – ou a motricidade – está na base de todo o processo de conhecimento inicial que o ser humano obtém. Será a partir dela que as atividades psíquicas – incluindo aí os aspectos cognitivos como a atenção, a memória, o raciocínio lógico e abstrato, etc. – se desenvolverão e se estruturarão. “A motricidade repousa em infraestruturas biológicas e neurológicas, sem as quais não podemos entender as suas relações com os princípios da vida mental” (Fonseca, 1998, p. 164).

Segundo Fonseca (1998, p.260), a motricidade no recém-nascido começa de forma elementar, descontínua e difusa. As suas primeiras manifestações, segundo o autor, são destituídas de objetivo. No entanto, assinala o autor, mesmo quando o bebê se movimenta de maneira não intencional, sua atividade é enriquecedora para o seu desenvolvimento sensório-motor.

Consideramos importante tecer aqui uma comparação entre a ideia de que as primeiras ações do recém-nato são difusas e destituídas de objetivo e o conceito winnicottiano de *gesto espontâneo* durante a chamada *primeira mamada teórica*.

Winnicott chama de primeira mamada teórica o conjunto das primeiras mamadas do bebê, ou seja, o primeiro encontro deste com o seio e também o acúmulo de experiências vividas ao longo de algumas mamadas. O seio, para o autor, é muito mais do que uma parte do corpo; é todo o processo de maternagem que o bebê experimenta.

Durante a primeira mamada teórica, o bebê realiza ações que mesclam a exigência instintual com o impulso para a motilidade. Ele vive a exigência instintual da fome e o impulso para mover sua boca em direção ao seio. "O bebê está preparado para encontrar algo em algum lugar, mas sem saber o quê" (Winnicott, 1990b [1954], p. 120). Esta frase de Winnicott ilustra o seu pensamento sobre a motilidade inicial do bebê; ele está pronto para o encontro com o seio ao mesmo tempo em que não sabe o quê de fato encontrará. De forma mais ampla, diríamos que o bebê está preparado para encontrar toda a maternagem (ser ninado, aquecido, banhado, acariciado, etc.), mas sem saber o que encontrará.

O que nos parece relevante afirmar é que ao encontrar o seio ou qualquer experiência de maternagem vivida num ambiente suficientemente bom, o bebê dá início às suas primeiras integrações parciais. Sendo assim, por mais que a motilidade inicial apresente certo caráter difuso e sem objetivo, ela apresenta também a possibilidade inerente do bebê de iniciar seu longo processo rumo à integração. Neste sentido, o potencial humano de se desenvolver emocionalmente se faz presente desde o primeiro instante de vida do bebê. A motilidade inicial do bebê já traz em si a necessidade dele de encontrar algo e a possibilidade dele ter a ilusão de que é ele próprio quem criou aquilo que encontrou.

Tanto no ato de mamar quanto nas demais ações motoras, a motilidade do bebê é descrita por Winnicott como um gesto espontâneo, ou seja, como um movimento que coloca o si-mesmo em ação[24]. O gesto é espontâneo por ser um impulso criativo do bebê, mesmo que, neste início, o impulso criativo ainda dependa da instintualidade para acontecer.

---

[24] Sobre o termo si-mesmo, como ele é usado ao longo da obra de Winnicott de duas maneiras distintas, consideramos relevante pontuar que estamos usando-o aqui como o resultado de qualquer experiência que resulte

A mãe suficientemente boa é aquela que naturalmente oferece o seio no momento em que o bebê se movimenta em busca de algo. Ela acolhe o gesto espontâneo do bebê e permite que este viva a ilusão de onipotência. Se o bebê vai atrás de algo e o ambiente responde de maneira favorável, o bebê tem a ilusão de que é ele quem cria o mundo à sua volta e inicia, assim, suas experiências integrativas parciais. A amamentação num ambiente suficientemente bom gera no bebê uma convergência aglutinadora do si-mesmo num todo. Nesses casos, a amamentação ou qualquer outro movimento que o bebê realize a partir do si-mesmo torna-se um gesto espontâneo. Para compreendermos ainda mais esta perspectiva winnicottiana de que, num ambiente suficientemente bom, a motilidade inicial do bebê já se configura como um gesto espontâneo, discorreremos agora sobre o conceito de *experiência de mutualidade*.

A importância do ambiente, a qual perpassa toda a obra winnicottiana, se evidencia na necessidade do bebê ter, nos seus estágios mais primitivos, seus impulsos respondidos a partir de uma sustentação confiável. No ato de mamar, a confiabilidade materna se expressa no modo como ela amamenta o bebê, o sustenta e o envolve. No entanto, esta mesma confiabilidade também é expressa na capacidade da própria mãe de se sentir alimentada pelo bebê, numa experiência que Winnicott nomeou de *experiência de mutualidade.*

> O bebê olha para o rosto da mãe e a sua mão se levanta, de maneira que, de brinquedo, ele está amamentando a mãe por meio de um dedo que coloca na sua boca. [...] O bebê dá de comer e a experiência dele inclui a ideia de que a mãe sabe o que é ser alimentada. (WINNICOTT, 1994 [1969], p. 198)

No momento em que a mãe alimenta seu bebê de modo a sentir-se também alimentada, não só o ato de mamar, por parte do bebê, é um gesto espontâneo, mas também o ato materno de amamentar o bebê. Mamar só será vivenciado como um gesto espontâneo para o bebê na medida em que a mãe acolhe este gesto espontaneamente. É necessário que o gesto da mãe frua na direção do bebê para que o gesto do bebê seja espontâneo.

A experiência de mutualidade permite que a emergência instintual (fome) mais o impulso para a motilidade do bebê transformem o ato de mamar num gesto que favorece a aglutinação do si-mesmo do bebê num todo. Será o modo como a mãe recebe os gestos espontâneos do seu bebê que permite que eles continuem sendo espontâneos. A mãe suficientemente boa é aquela que acolhe o gesto do bebê, ou seja, ela não invade o bebê com os seus próprios gestos. Ela também não abandona os gestos de bebê, deixando-os sem resposta. Ela se faz presente. Ela mantém um ritmo e um modo de ser que faz com que ele

---

numa integração momentânea. Neste sentido, o termo si-mesmo não é apenas usado como o resultado final e posterior do processo de integração que culmina na fase do EU SOU, mas como toda forma de integração, por mais incipiente que seja, a partir da não-integração. (Dias, 2003, p. 144)

mantenha a sua *continuidade de ser*. Poeticamente, podemos dizer que, num ambiente suficientemente bom, a amamentação é como uma dança, na qual mãe e bebê experimentam-se mutuamente e dançam juntos a unidade mãe-bebê.

A manutenção do sentimento de continuidade de ser é a principal tarefa da mãe suficientemente boa, sem que ela, obviamente, saiba disto. A única coisa que o bebê necessita neste movimento é *ser*, sem ter que reagir. A partir de um ambiente suficientemente bom, o bebê pode *ser a partir do seu si-mesmo*, ou seja, a partir das pequenas e parciais integrações que ele vai realizando.

Consideramos importante tecer essas observações sobre o conceito winnicottiano de gesto espontâneo por ele não se restringir à amamentação, mas por dizer respeito a todo movimento que o bebê realiza em busca de algo. Neste sentido, toda a motricidade do bebê poderia ser pensada a partir desse ponto de vista, inclusive na Psicomotricidade.

Vitor da Fonseca, ao afirmar que o movimento inicial do bebê é difuso e sem objetivo, dá continuidade ao pensamento de Ajuriaguerra – psiquiatra franco-espanhol de importância fundamental para a história da Psicomotricidade – o qual afirma que a motricidade do recém-nato se apresenta de forma "difusa e indiferenciada com uma reatividade global de início" (Ajuriaguerra, 1980, p. 210).

Na língua portuguesa, entende-se por difuso aquilo que se espalha por todos os lados e por isso não tem contorno bem definido. De fato, o bebê vem ao mundo assim, espalhado e necessitando de alguém que lhe junte os pedaços. Mas, uma das contribuições que a teoria winnicottiana traz para a Psicomotricidade é a compreensão de que os gestos iniciais do bebê são espontâneos e criativos na medida em que são acolhidos pelo ambiente suficientemente bom.

3.3 **O diálogo-tônico e a compreensão da experiência psicossomática**

No item anterior, "O movimento", mostramos a importância que os aspectos neuromotores do movimento têm para determinados autores da Psicomotricidade e de que forma podemos relacionar esses aspectos com conceitos da Psicanálise Winnicottiana. Agora mostraremos como as emoções são fundamentais para a compreensão da motricidade humana na perspectiva da Psicomotricidade, especialmente a partir do conceito de diálogo-tônico. A

articulação com a teoria winnicottiana aponta para semelhanças entre as duas ciências, mas também evidencia tensões conceituais.

A motricidade humana está intimamente relacionada com a função muscular, ou mais especificamente com a musculatura estriada (esquelética), na qual se distinguem dois tipos de atividades complementares: a função ciônica e a função tônica. A primeira, base de toda atividade cinética, diz respeito ao alongamento e ao encurtamento simultâneo das miofibrilas componentes de cada músculo. A função ciônica diz respeito aos aspectos fisiológicos do movimento e da sensação provocada por este.

> [...] entre o movimento e a sensibilidade há uma constante e incessante reciprocidade, justificando definitivamente o binário funcional entre a contração muscular e a sensação provocada. A contração muscular, por meio da qual o movimento é possível, suporta-se mutuamente com a sensação que origina no próprio indivíduo. (FONSECA, 1998, p.222).

A função tônica mantém em todos os músculos do corpo uma pequena tensão de suporte ao seu esforço, de modo a manter o músculo com um grau de tensão ótimo que se ajuste a cada ação. Esta tensão varia de acordo com as dificuldades de execução do movimento, das condições fisiológicas próprias de cada um e dos aspectos emocionais do indivíduo.

Sabemos que o tônus, grau de tensão involuntária presente em todo músculo do corpo humano, diminui nos estados de relaxamento muscular (hipotonia) e se eleva quando a musculatura se tenciona (hipertonia). No início da vida do infante (Fonseca, 1998, p.227), observamos uma hipertonia muito presente em todo o corpo. Os membros superiores e inferiores do bebê estão em contínua flexão: ele parece estar constantemente golpeando e chutando o ar. Durante os primeiros meses de vida, as capacidades motoras do recém-nascido são freadas pela hipertonia e pela falta de maturação, o que impossibilita as dissociações de movimentos. A motricidade irá evoluir de acordo com o desenvolvimento das possibilidades maturativas, como o desaparecimento dos reflexos primitivos. O movimento depende da corticalização cerebral e esta também depende do movimento. A hipertonia, característica desta fase, irá desaparecer entre os doze e dezoito meses, quando se instala uma hipotonia e, por fim, o tônus alcança uma normalidade (Ajuriaguerra, 1980, p. 210).

Para além dos aspectos de maturação tônica, ou seja, da tendência de todo bebê nascer hipertônico e paulatinamente apresentar um tônus mais normalizado, existem, no cotidiano do bebê, momentos de excitação e tranquilidade que possibilitam que ele transite entre diferentes estados tônicos. “A agitação global da criança é suscitada pelas necessidades, pelos estados de

bem ou mal-estar provocados por variações tônicas (hipo e hipertônicas) e pelas emoções" (Fonseca, 1998, p. 260).

A Psicomotricidade, desde o seu início histórico, sempre esteve voltada para a questão tônica. O tônus, que no início era visto apenas como uma variação de tensão muscular da qual dependia o equilíbrio e a coordenação motora, foi paulatinamente sendo compreendido também na sua dimensão psicológica. Como vimos no primeiro capítulo, Wallon teve papel fundamental nesse processo. Apesar de sua teoria ainda estar limitada à ideia de reciprocidade entre tônus e emoção, conforme veremos mais adiante, seu pensamento representou, em 1930, um avanço teórico considerável.

> A função tônica mantém, a todo o momento, o músculo na forma por ele assumida e lhe confere grau variável de consistência. Ao se exercer em todos os músculos do corpo, essa função regula, a todo instante, suas diferentes atitudes. Os estados de hipotonia, de hipertonia ou de espasmo, origem das emoções, são devidos às variações locais ou generalizadas do tono. Pois às modificações deste e das atitudes ligam-se as da sensibilidade afetiva. Entre ambas, existe reciprocidade de ação imediata. (WALLON, 1971 [1930], p. 127)

Para entendermos isso melhor, tomemos como exemplo o bebê excitado que vive o que a Psicomotricidade chama de *hipertonia de apelo*. Ele quer comer, ou quer se aquecer, ou quer simplesmente a mãe. Ele apela por algo e seus músculos naturalmente se tencionam. Em termos winnicottianos, ocorre um estado de coisas no qual o bebê precisa encontrar algo em algum lugar (Winnicott, 1990b [1954], p. 120) e realiza, então, um gesto espontâneo.

Se a mãe vem ao encontro do bebê e satisfaz o seu gesto, não abandonando o bebê no vazio e nem o invadindo, o bebê pode realizar sua tarefa de integrar-se – ainda que de forma incipiente. Posteriormente, já satisfeito, ele poderá voltar a relaxar e viver um momento de não-integração. Ele pode, em termos winnicottianos, voltar a ser um monte de pedacinhos porque há alguém que junta seus pedaços de quando em vez. Neste estado de não-integração, o bebê vive uma experiência que a Psicomotricidade vai chamar de *hipotonia de satisfação.* (Toledo, 2009, p. 200)

A alternância entre os estados de hipertonia de apelo e hipotonia de satisfação descrita pela Psicomotricidade nos parece ser um dos potencializadores do processo de integração descrito por Winnicott. As variações tônicas, se vividas de maneira harmônica, ou seja, num ambiente suficientemente bom, produzem sensações corporais no bebê que contribuem para a sua coesão psicossomática.

Neste sentido, envolver e sustentar o bebê são tarefas fundamentais do ambiente para que o bebê possa alternar entre um estado tônico e outro sem maiores sobressaltos de modo a possibilitar o desenvolvimento da sua capacidade de integração.

> [...] o bebê que não teve uma única pessoa que lhe juntasse os pedaços começa com desvantagem a sua tarefa de auto integrar-se, e talvez nunca o consiga, ou talvez não possa manter a integração de maneira confiante. (WINNICOTT, 2000, p.224).

Ao ser "juntado", o bebê tem a possibilidade de dar continuidade à sua tarefa de "auto integrar-se" para, em seguida, pode relaxar com segurança e viver a experiência da hipotonia de satisfação. Podemos, então, afirmar que entre os estados de hipertonia de apelo e hipotonia de satisfação descritos pela Psicomotricidade, há um período fundamental no qual o bebê realiza integrações parciais, integrações essas que tornam real o caráter potencialmente psicossomático da existência.

As reações tônicas da mãe ao manejar a criança também traduzem fielmente sua emoção e irão influir no tônus da criança. Para a Psicomotricidade, a mãe imprime suas emoções no corpo do bebê por meio do seu tônus e a criança responde a isso imediatamente e também transmite suas sensações por meio do seu corpo, num ciclo contínuo. A esse respeito dirá Aucouturier:

> Simultaneamente à transformação corporal do bebê, a mãe também se transforma. A sensorialidade, o tônus, as posturas, o ritmo dos gestos e as emoções mudam, bem como sua atitude psicológica. A mãe transforma o bebê respondendo às suas necessidades de um modo satisfatório, e este transforma a mãe por sua disponibilidade em receber e agir sobre ela. (AUCOUTURIER, 2007, P. 32).

A experiência do ciclo corpóreo que se inicia na fome e termina, caso haja um ambiente favorecedor na não-integração constitui no bebê o sentido de temporalidade. As vivências, em sequência cronológica, da *fome - hipertonia de apelo - leite - saciedade - hipotonia de satisfação - integração parcial - não-integração* contribuem para a temporalização. Visto que as etapas de integração e personalização descritas por Winnicott são imbricadas, a experiência dos ciclos de maneira completa e repetida permite que o bebê se integre temporalmente e psicossomaticamente.

Ainda nos debruçando sobre essa temática da motricidade, a Psicomotricidade possui um termo fundamental: o *diálogo–tônico*. Segundo esta teoria de Wallon, o bebê e sua mãe vivem, desde cedo, uma experiência tônica na qual seus corpos dialogam e se interferem mutuamente. O tônus da mãe transforma o do bebê e este, por sua vez, transforma o da mãe.

A tensão materna pode, por exemplo, provocar uma hipertonia de apelo no bebê. Assim também a entrega corporal da mãe simplesmente ao carregar o bebê pode gerar nele uma hipotonia de satisfação.

Para a Psicomotricidade, a mãe que se encontra hipertônica por excesso de tensão dá estímulos muito intensos e bruscos para o bebê, fazendo com que este tenha que se proteger quantitativamente desse excesso. Se esse for o padrão ao longo do processo de integração, o sentimento de continuidade de ser do bebê pode ser afetado. Já a mãe deprimida, voltada sobre si mesma, se encontraria num estado de hipotonia gerador de estímulos exógenos muito fracos para o bebê. Se isto se torna um padrão, o bebê passa a procurar constantemente estímulos endógenos, numa tentativa de compensação. Em ambos os casos, o bebê desenvolveria o que Esther Bick (in Anzieu, 1988, p. 225) chama de uma "segunda pele muscular". Esta seria uma exacerbação da musculatura do bebê – hipertonia – como um continente em substituição ao primeiro continente que por algum motivo falhou. "Vemos aqui a formação de um tipo muscular de auto-contenção – uma 'segunda pele' – em lugar de um continente apropriado" (Bick, 1968, p.196).

A teoria da formação da segunda pele muscular descrita por Bick demonstra evidente afinidade com a teoria psicomotora. Não poderíamos, no entanto, deixar de citar duas outras hipóteses que particularmente fazemos sobre a formação tônica diferenciada nos primeiros meses de vida. A primeira está relacionada aos bebês hiper-ativos ou muito sensíveis aos estímulos. Esses bebês tendem a reagir incessantemente por não conseguirem se fechar aos estímulos (Brazelton, 1994, p. 31). Eles desenvolvem uma musculatura mais hipertônica por conta de suas próprias particularidades. São bebês que vêm ao mundo já possuindo uma hipersensibilidade capaz de promover uma hipertonicidade.

A segunda hipótese diz respeito à possibilidade do tônus hipotônico de uma mãe deprimida gerar um tônus também hipotônico na criança. Tal acontecimento deriva do fato de que, cansado de reagir e procurar estímulos endógenos, o bebê acaba por desistir de buscar algo e "se abandona". Se isto se torna um padrão na vida do bebê, ele desenvolve uma hipotonia característica de um quadro de inibição psicomotora. Esta última hipótese nos faz refletir sobre o papel do gesto espontâneo no desenvolvimento emocional do bebê. Se o gesto não é acolhido pelo meio e isso se torna um padrão, o bebê sente como se o seu gesto fosse abandonado no vazio. Se não há resposta ao gesto, se não há uma oposição, o bebê pode ir, paulatinamente, desistindo de mover-se a partir do si-mesmo, passando a apenas reagir às circunstâncias. Tanto na formação de uma segunda pele muscular quanto nos quadros de inibição psicomotora podemos dizer que, em termos winnicottianos, o processo de *coesão*

psicossomática ficou tão seriamente comprometido que foi inevitável o estabelecimento de um padrão tônico alterado.

Como a evolução da motricidade em cada indivíduo é profundamente complexa, para podermos entendê-la de forma mais aprofundada, propomos entendê-la a partir da perspectiva winnicottiana da *experiência psicossomática.* Pensar o tônus como experiência psicossomática nos faz compreender, ente muitas outras coisas, que este não pode ser explicado apenas pela anatomia, fisiologia e biomecânica sem levar em conta a relação do indivíduo com o meio que o cerca. Propomos que o conceito de diálogo-tônico, fundamental da Psicomotricidade, possa ser ampliado a partir da compreensão do conceito de experiência psicossomática. Com isso, podemos ir além da ideia de reciprocidade tônico-emocional desenvolvida pela Psicomotricidade e compreender as variações tônicas como uma experiência psicossomática em si. A partir desta perspectiva, não é o tônus que influencia as emoções e vice-e-versa, mas tônus e emoção se transformam simultaneamente numa experiência psicossomática que acontece no corpo do indivíduo.

Se observarmos a unidade mãe-bebê, veremos que o tônus da mãe se confunde com o do bebê e vice-e-versa. Não se trata exatamente de um diálogo na medida em que não há duas pessoas. Como diria Winnicott em sua célebre frase durante um debate na Sociedade Britânica em 1940: “Não existe isso que chamam de bebê”. Propomos, então, compreender o chamado diálogo-tônico como uma experiência psicossomática vivida pela unidade mãe-bebê.

Quando o diálogo-tônico, entendido aqui como uma experiência psicossomática, ocorre de maneira satisfatória, ele colabora com o processo de integração psicossomática do bebê. Os ciclos corpóreos de fome e saciedade – vivenciados a partir de uma hipertonia de apelo seguida por uma hipotonia de satisfação – gradativamente possibilitam que o bebê vá se integrando temporalmente. A forma previsível com a qual o bebê é alimentado pela mãe suficientemente boa facilita o seu processo de integração unitária. Como exemplo, podemos pensar no bebê que chora de fome e, em seguida, é atendido por uma mãe que cantarola uma canção, troca-lhe a fralda e pega-lhe no colo de modo a aconchegá-lo em seus braços e amamentá-lo. A mãe suficientemente boa não é aquela que o fará assim todas às vezes, mas aquela que fará isso na maioria das vezes, desenvolvendo, assim, no bebê, uma tranquilidade tal que ele nem ao menos saberá da existência do ambiente. Esta mãe se faz presente de forma previsível e constante, de modo a não atrapalhar a continuidade de ser do bebê.

Em todas as ações citadas há uma experiência psicossomática vivida pela unidade mãe-bebê. Podemos pensar, por exemplo, que assim que a mãe canta, o bebê balbucia; enquanto ela troca a fralda, ele geme; quando ela o acolhe, ele sorri; enquanto ela amamenta,

ele a olha. Cantarolar, trocar as fraldas, sustentar o bebê e alimentá-lo se tornam assim uma experiência psicossomática integradora na vida desse bebê. Trata-se de um diálogo tônico do ponto de vista do observador que vê dois seres interagindo, mas do ponto de vista do bebê só há a unidade mãe-bebê.

Importantes autores da Psicomotricidade há tempos iniciaram suas aproximações com a teoria psicanalítica. São psicomotricistas que, sem abrir mão de uma prática voltada para as questões relativas ao movimento humano – seja na área da educação, seja na área da terapia –, também bebem nas fontes da Psicanálise. Um destes psicomotricistas de relevância mundial é o Bernard Aucouturier já citado anteriormente.

Em seu último livro, há um trecho no qual Aucouturier apresenta de forma clara e simples o modo como podemos perceber os primeiros momentos de vida do bebê e sua mãe:

> Assim, quando o bebê tem fome e a mãe lhe dá o seio ou a mamadeira, ele se acalma e, quando o ritmo da sucção se desacelera, ele se sente saciado, rejeita o mamilo ou o bico da mamadeira com a língua, para de sugar e deixa escorrer tranquilamente o leite para fora da boca. Simultaneamente a transformação corporal do bebê, a mãe também se transforma. A sensorialidade, o tônus, as posturas, os ritmos dos gestos e as emoções mudam, bem como sua atitude psicológica. A mãe transforma o bebê respondendo a suas necessidades de um modo satisfatório, e este transforma a mãe por sua disponibilidade em receber e agir sobre ela. (AUCOUTURIER, 2007 [2005], p. 32)

Este trecho ilustra os conceitos winnicottianos de experiência de mutualidade e de experiência psicossomática. A transformação, nos diz claramente Aucouturier, acontece no corpo do bebê e no corpo da mãe, transformação essa que na fala do autor é corporal e também psicológica. Em termos winnicottianos, trata-se de uma experiência que é psíquica e somática ao mesmo tempo. Nem haveria, de fato, essa diferenciação, pois a existência, para Winnicott, é potencialmente psicossomática. Essas experiências psicossomáticas colocadas com naturalidade por Aucouturier – sugar, saciar, ‘deixar o leite escorrer tranquilamente’ – só ocorrem dessa maneira prazerosa e transformadora na chamada experiência de mutualidade, na qual mãe e bebê se sentem mutuamente alimentados.

Neste sentido, podemos de fato ampliar o sentido do termo diálogo-tônico ao nos debruçarmos sobre a teoria do desenvolvimento emocional como um todo e, mais especificamente, sobre o conceito de experiência de mutualidade mãe-bebê. Pensar em experiência, ao invés de diálogo, nos parece muito mais profícuo para a Psicomotricidade. Como dissemos no início deste capítulo, a Psicomotricidade não deve ser encarada como uma ciência fechada, com suas verdades absolutas. Devemos ter o olhar aberto para as

contribuições que outras áreas de conhecimento, como a Psicanálise Winnicottiana, podem nos trazer.

Além disso, muitas transformações psicossomáticas ocorrem na unidade mãe-bebê para além da questão tônica. Há mudanças no olhar, no timbre da voz, além das demais transformações metabólicas – dentre as quais a mudança tônica está inserida. A ideia de experiência de mutualidade permite, então, que ampliemos a noção de transformações tônicas para as demais transformações psicossomáticas.

3.4 **A respiração**

Os conceitos de psicossoma e de elaboração imaginativa das funções corpóreas em muito podem contribuir para a Psicomotricidade. Em termos de experiências que ocorrem no interior do corpo do bebê, ou seja, em termos das funções corpóreas que serão paulatinamente elaboradas por este, a respiração é bastante significativa para o campo de pesquisa da Psicomotricidade.

A partir de uma perspectiva winnicottiana, podemos afirmar que a respiração é uma das experiências corpóreas que ajuda o bebê no fortalecimento de sua existência psicossomática. Isso se dá porque o bebê, ao longo do seu processo maturativo, *elabora imaginativamente* o ato de respirar.

Antes mesmo de nascer, o bebê já se relaciona com a respiração materna, pois é capaz de perceber, ainda no ventre, os movimentos abdominais e as mudanças rítmicas de pressão e ruído (Winnicott, 1990b [1954], p. 168). Neste sentido, ainda no ventre, o bebê já dá início ao seu processo de elaboração imaginativa das funções corpóreas, mesmo que de maneira rudimentar.

Etimologicamente, a palavra *pneuma*, em grego antigo, pode ser traduzida por ‘respiração’ e também por ‘espírito’ ou ‘alma’. O fato da respiração ser a premissa básica do ‘estar vivo’ atribuiu, na Grécia Antiga, um caráter espiritual à palavra *pneuma*, ou seja, à respiração. Já a palavra psique, *psyché* em grego antigo, significa, primordialmente, vida, incluindo aí a vida animal. Apenas numa segunda instância ela pode ser traduzida como alma, como referência à suposta imortalidade do ser humano. Apesar de Winnicott nunca ter explicitado o motivo pelo qual escolheu usar a palavra *psique* ao longo de sua obra, ao invés

dos termos mais usuais na psicanálise como aparelho psíquico, sujeito e outros, é provável que sua escolha advenha, pelo menos parcialmente, do significado primordial do vocábulo grego (Loparic, 2010). Psique significa, acima de tudo, vida. Na filosofia clássica, tanto *psique* quanto *pneuma* podem ser traduzidas por 'sopro de vida', sendo, então, a respiração aquilo que dá vida ao corpo.

Ao falar de psicossoma ou de parceria psicossomática, Winnicott se refere ao próprio existir e à vida humana em sua essência. Quando afirma que só podemos precisar o início da natureza humana na própria concepção, visto que, ao nascer, o bebê já possui uma "marcante individualidade", o autor nos aponta para a existência de um psicossoma anterior ainda ao próprio nascimento. Ou seja, em algum momento, ainda no útero, o corpo biológico se torna psicossoma.

O modo como a elaboração psicossomática se daria no bebê na fase intrauterina não é diretamente abordado ao longo de sua obra. Mas o autor nos dá algumas pistas sobre o modo como pensava tal assunto ao descrever a percepção que o bebê possui da respiração da mãe mesmo antes de nascer. Ao afirmar que, no início de sua vida, os bebês em muito se beneficiam quando podem reatar o contato com as funções fisiológicas da mãe, sendo repousados, por exemplo, em cima do abdômen desta, Winnicott complementa:

> [...] é possível que a sequência seja a seguinte: percepção (awareness) intrauterina da respiração da mãe; percepção extrauterina da respiração da mãe; e a percepção da própria respiração. (WINNICOTT, 1990b [1954], p. 168)25

Tanto a percepção intrauterina quanto a extrauterina são fundamentais para o processo de integração do bebê. O contato íntimo com o corpo da mãe, ao longo das primeiras semanas, permite que o bebê ajuste sua respiração a partir da respiração da mãe, reencontrando, por assim dizer, seu ritmo inicial (idem, p. 168). Caberá à psique realizar a elaboração imaginativa da função de respirar. O respirar faz parte do estar vivo, e acontece no corpo vivo do bebê, ou seja, no soma. A integridade neuronal do bebê associada ao ambiente facilitador permitirão que a experiência de respirar favoreça o processo de integração do ser, na medida em que produz sensações corporais que poderão ser *elaboradas imaginativamente.*

---

[25] O termo "percepção" (*awareness)* usada por Winnicott diz respeito, neste contexto, à possibilidade de experimentar e não de "tomar consciência" da respiração. Sabemos que nesta fase, o feto ou o recém-nascido ainda não tem o que Winnicott denomina de mente, não se tratando, portanto, de uma percepção mental. Neste caso, o autor está usando a palavra 'percepção' como um sinônimo para elaboração imaginativa da respiração da mãe e, posteriormente, da própria respiração.

Em termos fisiológicos e biomecânicos, muitas são as experiências vividas pelo bebê, após o nascimento, provenientes do ato de respirar. Podemos citar a experiência das diferentes temperaturas do ar entrando e saindo das narinas, a expansão e a contração dos pulmões, além do consequente movimento da caixa torácica e das cadeias musculares responsáveis pela respiração. Certamente, o bebê ainda não *sabe* ou *tem consciência* que, ao inspirar, o ar passa pelas narinas com uma temperatura um pouco inferior do que na expiração. Mas ele já *vive* ou, em termos winnicottianos, já *experimenta.* O mesmo se dá em relação aos movimentos de expansão e contração da caixa torácica. O bebê ainda não é capaz de *ter consciência* sobre a expansão dos pulmões em direção às costelas, nem tampouco sobre o movimento da caixa torácica e cintura escapular[26]. No entanto, ele já é capaz de experimentar a movimentação óssea e muscular provenientes do ato de respirar.

Fazemos aqui, propositalmente, uma diferenciação entre *experimentar* e *tomar consciência*, na qual *experimentar* é a base para que no futuro o indivíduo possa *tomar consciência*. Não apenas porque para tomar consciência é preciso se ter um aparato cognitivo que o bebê ainda não possui, mas porque o primeiro saber diz respeito ao "saber de si". Na medida em que o bebê ainda não sabe de si, ele não sabe que possui um corpo. Ele apenas sente, ou em termos winnicottianos, experimenta psicossomaticamente a realidade. Tomar consciência da respiração será um passo muito posterior.

Consideramos relevante atentarmos para a experiência da respiração porque, na Prática Psicomotora de Base Winnicottiana, que será descrita no próximo capítulo, os exercícios respiratórios são usados com frequência. A respiração acontece no corpo e é diretamente influenciada pelas emoções, bem como as emoções influenciam a respiração. Práticas psicomotoras simples como tomar consciência do ato de respirar ou respirar profundamente já são suficientes para produzirem efeitos terapêuticos nos pacientes. Movimentos associados à respiração também são experimentados com frequência na Psicomotricidade. Respirar com consciência e de maneira mais profunda colabora no processo de coesão psicossomática dos pacientes.

[26] Em termos de esqueleto ósseo, a caixa torácica é formada pelas costelas, o osso externo e as vértebras dorsais. Já a cintura escapular é formada pelas escápulas e clavículas.

3.5 **O favorecimento da integração psicossomática: a Psicomotricidade numa perspectiva winnicottiana**

Como vimos no primeiro capítulo, etimologicamente a palavra Psicomotricidade é formada por dois termos de raízes diferentes: a palavra grega *psyché,* que costuma ser traduzida por "alma" ou psiquismo, e a palavra latina *motorius,* traduzida, geralmente, por "que tem movimento". Apesar de esta ser a maneira habitual de se descrever a etimologia da palavra Psicomotricidade, gostaríamos de lembrar o outro significado possível para a palavra *psyché* apresentado anteriormente. Tal significado pode trazer uma perspectiva interessante para a compreensão do que seja a ciência da Psicomotricidade*:*

> Em grego antigo comum, psyché significa primeiramente vida, inclusive vida animal, e só secundariamente alma imaterial ou imortal, si-mesmo consciente ou pessoa enquanto centro de emoções, desejos e afetos. (LOPARIC, 2010, p. 7)

A partir dessa perspectiva etimológica, podemos compreender o termo psiquismo não só como o "si-mesmo" – centro de emoções, desejos e afetos – mas como a própria "vida humana". Se levarmos em consideração esse significado etiológico da palavra *psyché* para refletirmos sobre o campo de estudo da Psicomotricidade, veremos que esta é uma ciência que estuda a vida humana em movimento. Com isso queremos dizer que a Psicomotricidade pesquisa o movimento humano na sua dimensão vital. A Psicomotricidade não se referiria, então, ao estudo do movimento humano na sua relação com o psiquismo. Não se trata de uma relação, porque relação é sempre dual. Quando pensamos em *psyché* como vida humana nos abrimos para a possibilidade de compreensão do ser humano como uma existência psicossomática. Esta perspectiva winnicottiana da existência psicossomática facilita uma compreensão monista da existência humana. Nesta perspectiva, a Psicomotricidade não se debruça sobre a questão do movimento na *relação com* o psiquismo. Nosso objeto de pesquisa e atuação é o movimento *intrínseco a uma existência humana essencialmente psicossomática*.

Como vimos anteriormente, a Psicomotricidade possui uma prática bastante diversificada. Os campos de atuação são amplos e abrangem tanto a educação quanto a saúde. O fato de a Psicomotricidade ser fundamentada em diferentes referenciais teóricos fez com que ela se subdividisse em linhas terapêuticas distintas. Grosso modo, podemos dizer que há linhas de terapia "mais cognitivistas", "mais fisicalistas" ou "mais psicológicas". Em todas

elas o objetivo é a promoção do desenvolvimento psicomotor por meio do movimento corporal. No entanto, o desenvolvimento psicomotor é compreendido sobre diferentes perspectivas dependendo da linha em questão, como veremos a seguir.

As linhas “cognitivistas” se debruçam sobre as questões cognitivas que se entrelaçam com a motricidade. Elas são focadas no desenvolvimento dos aspectos cognitivos (como a atenção, o raciocínio lógico e abstrato, o pensamento e a linguagem) por meio do movimento. Nelas, as etapas de evolução do movimento são evidenciadas no plano cognitivo.

As linhas “fisicalistas” focam no desenvolvimento neuromotor do indivíduo. Nelas, evidenciam-se as etapas de evolução do movimento no plano neuromotor. Em sua prática, têm como objetivo potencializar a motricidade humana, sem se absterem das questões afetivas.

Já as linhas “psicológicas” se debruçam sobre as questões afetivas que podem ser observadas e tratadas por meio do movimento corporal. A influência da Psicologia e da Psicanálise sobre estas linhas é evidente, mas nelas o movimento é compreendido na sua dimensão simbólica e não psicossomática, como propomos na presente tese.

Em certo sentido, ao pensarmos o movimento numa perspectiva winnicottiana nos aproximamos do pensamento presente nas linhas de Psicomotricidade que chamamos aqui de “psicológicas”, pois, certamente, a Psicanálise Winnicottiana não se debruça sobre os aspectos cognitivistas ou neuromotores do desenvolvimento humano; ela se debruça sobre as questões emocionais e, principalmente, sobre o desenvolvimento emocional primitivo. No entanto, quando propomos relacionar a teoria winnicottiana à Psicomotricidade, propomos uma abordagem que se difere em muito das teorias psicomotoras “psicológicas”, na medida em que o movimento não é compreendido a partir de uma perspectiva simbólica. Quando pensamos a Psicomotricidade à luz da Psicanálise Winnicottiana, compreendemos o movimento a partir da perspectiva da experiência psicossomática. É justamente essa diferença que nos faz acreditar num encontro profícuo entre essas duas ciências, conforme estamos vendo ao longo desta tese.

Ao pensarmos a Psicomotricidade a partir da perspectiva winnicottiana podemos observar a importância diferenciada que o movimento ganha. Ele passa a ser compreendido como elemento essencial no processo de integração psicossomática do indivíduo.

> Podemos dar neste sentido uma ênfase especial ao exercício físico, especialmente àquele realizado de forma espontânea. Hoje em dia reconhece-se o valor positivo do pequenino prazer que o bebê usufrui ao ser deixado deitado, nu e esperneando. (WINNICOTT, 1990 [1954], p. 144)

O exercício físico a que Winnicott se refere neste texto é o movimentar-se do bebê. Os movimentos espontâneos realizados pelo bebê são, segundo o autor, fundamentais no seu processo de coesão psicossomática. A partir desse ponto de vista, acreditamos que o movimento do bebê resulta e é resultado do processo de desenvolvimento emocional primitivo. Em outras palavras, é preciso que o bebê se movimente de modo a colocar o seu si-mesmo em ação para que o seu desenvolvimento emocional primitivo ocorra de maneira satisfatória. Ao mesmo tempo, é preciso que os processos de integração e personalização ocorram satisfatoriamente para que o bebê viva o seu gesto espontâneo. Todos esses processos imbricados configuram a existência humana como potencialmente psicossomática. Nascemos com a possibilidade de habitarmos nosso corpo, de nos integrarmos psicossomaticamente, mas para isto dependemos do ambiente. É preciso que tudo corra bem para que o bebê se integre e viva seu potencial psicossomático.

Para a Psicomotricidade, as vivências de hipotonia de satisfação e hipertonia de apelo, descritas anteriormente, são consideradas fundamentais para o desenvolvimento psicomotor do bebê.

> O comportamento do recém-nascido oscila entre um estado de insatisfação e um estado de quietude, os quais estão ligados às reações tônicas e viscerais. O aumento de necessidade alimentar é paralelo a descargas tônicas cada vez mais importantes, que se traduzem por um estado de exuberância motora. A relaxação muscular que se observa no sono aparece depois da satisfação alimentar. As oscilações do sono representam um verdadeiro meio de expressão muito importante para a criança, que é totalmente dependente do ambiente humano. Elas representam índices precisos, na medida em que é através das oscilações tônicas que o recém-nascido tem sua vivência afetiva. (LE BOULCH, 1982 [1981], p. 47-48)

Pata tal ciência, a variação tônica, como vimos anteriormente, é parte de um diálogo-tônico entre a mãe e o bebê. Será ela a responsável pelo início da vivência afetiva do bebê.

Já em termos winnicottianos, será a sustentação confiável da mãe que permitirá que a coesão psicossomática do bebê se dê ao longo das experiências dos estados tranquilos e excitados. Sobre a importância de tais experiências para a constituição unitária, Winnicott afirma que:

> Muito do que foi escrito sobre a integração aplica-se também à localização da psique no corpo. As experiências tranquilas e excitadas dão cada qual a sua contribuição. O processo de localização da psique no corpo se produz a partir de duas direções, a pessoal e ambiental: a experiência pessoal de impulsos e sensações da pele, de erotismo muscular e instintos envolvendo a excitação da pessoa total, e também tudo aquilo que se refere aos cuidados do corpo, à satisfação das exigências instintivas que possibilita a gratificação. (WINNICOTT, 1990 [1954], p. 144).

Neste sentido é que propomos que o diálogo-tônico teorizado pela Psicomotricidade possa ser pensado como uma experiência psicossomática vivida pela unidade mãe-bebê. Desta forma, não devemos considerar que o bebê, no início da vida, seja uma unidade tônico-emocional. Para se tornar uma unidade psicossomática – termo winnicottiano apresentado como mais adequado – o bebê depende de um ambiente suficientemente bom. A unidade psicossomática, ou a constituição do si-mesmo unitário, é um potencial a ser realizado.

4 A REGRESSÃO COMO EXPERIÊNCIA PSICOSSOMÁTICA: UMA NOVA PERSPECTIVA PARA A PSICOMOTRICIDADE

Dentro de nós há uma coisa que não tem nome, essa coisa é o que somos.

José Saramago

4.1 **A prática psicomotora de Lapierre e Aucouturier: uma vivência simbólica**

Como dissemos anteriormente, o objetivo da presente tese é desenvolver a ideia de regressão na Psicomotricidade a partir da perspectiva da Psicanálise Winnicottiana. Ao fazer isto, não estamos desmerecendo outras construções teóricas da Psicomotricidade a respeito do tema da regressão. O que intencionamos é aprofundar o campo teórico da ciência em questão introduzindo uma nova perspectiva.

Neste sentido, nos parece relevante abordar o surgimento do tema da regressão no interior da Psicomotricidade. Como tal surgimento se deu a partir das obras de Lapierre e Aucouturier, apresentaremos, então, de maneira sucinta, a Prática Psicomotora por eles preconizada. Apresentaremos também como compreendiam o fenômeno da regressão e os desdobramentos dessa compreensão nos trabalhos que realizaram, posteriormente, já separados.

Dentro do campo da Psicomotricidade, o tema da regressão se tornou presente a partir do livro "Simbologia do Movimento", escrito em 1976, por Lapierre e Aucouturier. Tal livro representou um marco no campo da Psicomotricidade e marcou a transformação que esses psicomotricistas franceses fizeram no modo como pensavam e praticavam a Psicomotricidade. Foi nesta fase que a influência da Psicanálise começou a ser evidenciada no trabalho deles. Em suas obras, eles se apropriavam de alguns conceitos psicanalíticos e, a partir dessa apropriação singular, embasavam teoricamente o trabalho chamado de "Prática Psicomotora" [27] que vinham desenvolvendo.

A influência, especificamente, da Psicanálise Lacaniana é evidenciada pela centralidade que os temas relativos ao *simbólico* e ao *imaginário* possuem ao longo de suas

[27] Optamos por grafar o termo Prática Psicomotora com letras maiúsculas para diferenciar este trabalho específico desenvolvido por Lapierre e Aucouturier das demais práticas psicomotoras que abrangem as mais diferentes teorias.

obras. Sabemos que tais termos foram introduzidos na Psicanálise, sob a forma de substantivos masculinos, por Lacan. Foi ele quem distinguiu no campo da Psicanálise três registros essenciais: o simbólico, o imaginário e o real (Laplanche e Pontalis, 2012). O uso desses conceitos lacanianos na explicitação da Prática Psicomotora é feito concomitantemente à ideia freudiana de pulsões e à ideia winnicottiana de objeto transicional. Tal diversidade conceitual faz com que o arcabouço teórico da Prática Psicomotora seja muito distinto do da teoria winnicottiana do desenvolvimento emocional primitivo. Tal distinção se fará evidente ao longo deste capítulo.

No livro "A Simbologia do Movimento – Psicomotricidade e Educação", Lapierre e Aucouturier propuseram um trabalho que, segundo eles, agiria no plano simbólico presente no movimento espontâneo. Tratava-se de uma Prática Psicomotora que procurava "evidenciar as etapas de evolução do movimento, não no plano neuromotor ou cognitivo, como já foi feito várias vezes, mas no plano simbólico do movimento vivenciado" (Lapierre e Aucouturier, 2004 [1976], p. 39).

Já no livro "Fantasmas Corporais e Práticas Psicomotoras" [28], eles desenvolveram uma prática e uma teoria psicomotora que propunham uma intervenção que, na opinião deles, agia no "nível do simbólico e da fantasmática corporal" (Lapierre e Aucouturier, 1984, p. 54):

> Nossa obra anterior29 se situava no nível simbólico; esta tenta atingir o nível do imaginário no sentido lacaniano do termo, isto é, os fantasmas inconscientes que subentendem tanto o comportamento quanto à linguagem. [...] Tentamos, pois, definir na presente obra uma Prática Psicomotora baseada na dimensão fantasmática do corpo e do modo de agir. (IDEM)

Neste último livro que lançaram juntos, Lapierre e Aucouturier afirmavam que os desejos inconscientes se manifestavam no movimento do paciente ou do aluno a partir dos chamados *fantasmas corporais.* Sobre o uso da palavra *fantasma*, explicam numa nota de rodapé:

> Parece bastante útil precisar o sentido que damos, neste livro, ao termo 'fantasma'. Na linguagem corrente, essa palavra designa, em geral, uma produção imaginária consciente, uma espécie de sonho diurno. Não é este o sentido que mantemos. Entendemos por fantasma, uma produção imaginária inconsciente, isto é, capaz de motivar comportamentos sem que o indivíduo tenha deles consciência. Ao contrário da pulsão que é pré-formada, ligada ao biológico, o fantasma se estrutura em

[28] Entre os livros "A Simbologia do Movimento" e "Os Fantasmas Corporais e a Prática Psicomotora", os psicomotricistas escreveram "Bruno – Psicomotricidade e Terapia". Conforme dissemos no primeiro capítulo, tal livro relata um atendimento clínico, feito por Aucouturier, de uma criança com necessidades especiais por meio da Terapia Psicomotora. Nele todo um processo terapêutico é apresentado de modo a evidenciar um método de trabalho baseado nas questões simbólicas do movimento.

[29] Referência ao livro "A Simbologia do Movimento – Psicomotricidade e Educação".

> referência a uma experiência vivida. Essa experiência, do tipo emocional (prazer ou desprazer), é anterior ao aparecimento da consciência e não pode ser registrada senão no inconsciente. Constitui o quadro de referência da recusa ou de desejos inconscientes. É assim que entendemos os fantasmas de devoração, de castração, de fusão, etc. Assim, o fantasma, que é da ordem do imaginário, só pode ser expresso através do simbólico. (IDEM, p.8)

Segundo os autores, na medida em que era proporcionado um espaço terapêutico ao paciente no qual ele pudesse agir livremente com seu corpo em contato com objetos, o corpo do outro e o corpo do terapeuta, os fantasmas corporais inconscientes poderiam ser simbolizados. Naquela época, ao comparar a Psicanálise à Prática Psicomotora, afirmavam:

> Escolhemos um outro caminho que é o do simbolismo direto da ação não mediatizada pelo discurso. Porém, não nos contentaremos em analisar as falhas dos comportamentos racionais; criamos deliberadamente situações das quais são excluídos todos os objetivos racionais, situações onde 'não há nada a fazer', nada a realizar e onde no entanto se age. Desembaraçados de seu suporte racional, os comportamentos tomam, então, toda a sua significação simbólica. É através deste simbolismo que os fantasmas originais podem ser revelados, não apenas ao terapeuta, mas, o que é mais importante, à própria pessoa que os vive. (LAPIERRE E AUCOUTURIER, 1984, p. 63)

Vivências de contato corporal, momentos de agressividade ou de procura de "fusionalidade" (nas palavras dos autores) eram vividos nas sessões de Prática Psicomotora. Objetos como tecidos, cordas e bambolês eram usados livremente, de modo a tornar o contato com o corpo do outro e com os objetos, como veremos no exemplo abaixo, passível de simbolização. A Prática Psicomotora se afirmou, então, como uma prática terapêutica de mediação corporal que investigava os processos inconscientes que apareciam no corpo na forma de gestos e jogos simbólicos. O trabalho se transformou e passou a ser compreendido como *vivência*. Nessas vivências, o indivíduo tinha, na visão dos autores, a possibilidade de vivenciar seus fantasmas corporais e elaborar seus traumas. Tais vivências poderiam ser realizadas com crianças ou adultos, individualmente ou em grupo. A título de exemplo, reproduzirei um episódio relatado pelos autores:

> Um grupo de aproximadamente quarenta adultos brinca com cordas, um jogo livre, a princípio agressivo (pegar, amarrar, puxar...) que evolui numa luta de trações multidirecionais da qual todo o grupo participa. Em seguida, a convite do terapeuta, há uma procura de equilíbrio nessas tensões que permite uma imobilização na qual cada um está em desiquilíbrio, estando o grupo em equilíbrio. Nesta situação simbólica [diz o psicomotricista]: 'é a resistência dos outros que permite a você se equilibrar. Os outros são responsáveis por seu equilíbrio, mas você é responsável pelo deles'.
>
> Essa situação é profundamente vivenciada em um acordo tônico de complementaridade, num silêncio total; os olhos se fecham, a imobilidade se instala, modulada por um ligeiro balançar. De repente, C., uma mulher de quase 30 anos,

> explode em soluços e deixa a sala. No decorrer da discussão [sempre realizada após as vivências], ela nos explicará que tivera repentinamente a sensação insustentável de manter sozinha todo o grupo. Um esforço desmensurado que originou uma angústia irreprimível. Ela também nos dirá que esta é a sensação que sente na vida familiar e profissional onde sempre tem a impressão de sustentar, de 'carregar todo o mundo nas costas', o que a esgota e a deprime. É neste momento que ela acaba de compreender que 'os outros' são bem capazes de se equilibrar sem ela e que ela se esgota inutilmente no que apenas é um fantasma. (IDEM, p.64)

A Prática Psicomotora tinha, então, como característica as atividades livres nas quais as crianças ou os adultos podiam entrar em contato com suas emoções e desejos inconscientes, de modo a vivenciá-los na relação corporal com o psicomotricista ou com o grupo. Nessas práticas, o psicomotricista não dava mais quase nenhum comando, ele vivenciava as relações corporais lúdicas, de prazer e de agressividade com o grupo, de acordo com o encaminhamento natural de cada encontro. Durante as sessões de Psicomotricidade, diferentes objetos eram usados para mediar a relação entre o psicomotricista e as crianças: cordas, bolas, bambolês, lençóis. Além dos objetos, o próprio corpo do psicomotricista, sua voz, seu olhar também eram usados na mediação.

4.2 **A regressão na prática psicomotora de Lapierre e Aucouturier**

O tema da regressão é compreendido de maneira muito diferente na Prática Psicomotora – a partir das obras de Lapierre e Aucouturier – e na teoria winnicottiana. Para os autores franceses, a regressão é mais do que uma possibilidade a ser vivenciada em seus trabalhos clínicos; ela é uma necessidade para se alcançar resultados terapêuticos consistentes ao longo de um tratamento psicomotor. Ainda segundo eles, crianças e adultos regrediriam espontaneamente ao longo das sessões de Psicomotricidade. Regredir seria reviver *simbolicamente* etapas emocionais mal vivenciadas, uma evocação, "no nível inconsciente dos primeiros contatos, do diálogo tônico com a mãe" (2004 [1976], p. 28).

Já para Winnicott, regredir é uma *experiência psicossomática* caracterizada pela possibilidade de se voltar ao estado de dependência absoluta com relação ao ambiente. Consideramos esta discussão fecunda para a teoria psicomotora, porque, na medida em que a regressão é compreendida à luz da Psicanálise Winnicottiana, uma nova perspectiva se apresenta para a prática da Psicomotricidade.

No nosso entendimento, o fenômeno clínico da regressão descrito por Lapierre e Aucouturier encontra-se dentro de um arcabouço teórico muito distinto da perspectiva por nós apresentada nesta tese. Os registros do simbólico e do imaginário propostos por Lacan e desenvolvidos de uma maneira particular na Prática Psicomotora de Lapierre e Aucouturier não possuem interface com os conceitos winnicottianos aqui desenvolvidos. De fato, a Psicanálise Lacaniana se difere em muito da Psicanálise Winnicottiana. A regressão é entendida por Winnicott como a possibilidade de experimentar fatos que deveriam ter ocorrido no início do desenvolvimento emocional do indivíduo, mas que não ocorreram por falhas ambientais. Tal perspectiva nos parece enriquecedora para a Prática Psicomotora, em primeiro lugar porque coloca a experiência psicossomática no centro da questão regressiva, ao invés da questão simbólica. E em segundo lugar, porque nos faz perceber a delicadeza da situação regressiva e a necessidade de que sejamos um ambiente suficientemente bom para o paciente até que ele possa suportar as falhas do terapeuta.

A nosso ver, há disparidades, mas também há semelhanças entre a teoria winnicottiana e as ideias presentes na Prática Psicomotora. No livro "Bruno: Psicomotricidade e Terapia" (1989 [1977]), os autores, ao falar da relação inicial mãe-bebê, chamam-na de 'comunicação' e apontam a necessidade do paciente regredir a essa comunicação no processo terapêutico. Vejamos de que forma isto é apresentado:

> A primeira relação da criança com o mundo é uma relação afetiva que passa pelo contato e tensões tônicas de seu corpo com o outro e com o objeto, contato e tensões geradores de prazer e desprazer. Esta é a primeira 'comunicação. (AUCOUTURIER, 1989 [1977], p.41)

A esta primeira comunicação os autores dão o nome de diálogo-tônico. Nele o bebê e a sua mãe vivem uma experiência tônica na qual seus corpos dialogam e se interferem mutuamente. O tônus da mãe transforma o do bebê e este, por sua vez, transforma o da mãe.

Para Winnicott, a primeira comunicação do bebê também se dá em termos físicos:

> [...] a sustentação confiável de um bebê é algo que precisa ser comunicado, e isto é questão das experiências do bebê. Exatamente aqui a psicologia envolve a comunicação em termos físicos, dos quais a linguagem é a mutualidade na experiência. (WINNICOTT(1994 [1969]: 202)

Como vimos nos capítulos anteriores, para a Psicanálise Winnicottiana a comunicação se dá por meio da experiência. Se o ambiente é suficientemente bom, o bebê poderá confiar e viver a *experiência de confiabilidade.* Neste sentido, a mãe comunica-se com o bebê a partir

dessa *experiência de confiabilidade*. Evidentemente, o bebê não tem conhecimento dessa comunicação, ele apenas vive os efeitos da *confiabilidade*.

Pensar em termos de *experiência de confiabilidade* imprime outro olhar sobre a questão da comunicação entre o meio e o bebê também no que tange à questão da regressão. O ponto que aqui sustentamos é que a regressão realizada por um paciente em terapia é sempre uma regressão em termos de experiência. O paciente se torna, mesmo que momentaneamente, dependente do ambiente. Ele regride ao estágio no qual só havia a *experiência* e os efeitos da existência ou da falta da *confiabilidade.*

Já para Lapierre e Aucouturier, desde a década de setenta, quando ainda trabalhavam juntos, o tema da regressão na terapia é visto como a possibilidade de reviver simbolicamente a primeira comunicação vivida entre a mãe e o bebê. Dessa época, extraímos o seguinte texto dos autores sobre a comunicação inicial entre mãe e bebê e a regressão a esta comunicação:

> Se esta primeira comunicação estiver perturbada, segue-se uma perturbação em cadeia de todas as possibilidades ulteriores de comunicação. É preciso remontar às fontes para remover o obstáculo. [...] Esta necessidade inconsciente de regressão sem dúvida nasce da necessidade de viver ou reviver etapas da evolução que foram mal ou insuficientemente vividas. Quando estas tiverem sido simbolicamente revividas, com toda a duração e intensidade necessárias, a evolução poderá retomar seu curso, liberada dos obstáculos situados a montante. (AUCOUTURIER, 1989 [1977], p.42, grifo nosso).

Para Lapierre e Aucouturier, haveria, no início da vida, uma comunicação ‘corporal, psicomotora e psicotônica’ entre a mãe e o bebê, comunicação essa passível de ser retomada na relação terapêutica. Segundo eles, “é esta regressão em direção a modos de comunicação arcaicos que constitui o princípio fundamental da terapia psicomotora” (Lapierre e Aucouturier, 1984, p. 57).

Na teoria winnicottiana, a regressão significa voltar à dependência absoluta. Ora, sabemos que nesta fase inicial de vida existe uma comunicação específica entre o bebê e o meio. O parágrafo acima nos mostra que Lapierre e Aucouturier compreendiam tal comunicação como corporal, psicomotora e psicotônica. Nesta tese, apresentamos, desde o capítulo anterior, uma nova perspectiva: a de pensarmos a comunicação não como um diálogo entre mãe e bebê, mas sim como uma experiência psicossomática. O que a mãe comunica é a confiabilidade materna ou a falta dela.

Após a separação entre Aucouturier e Lapierre, este último deu continuidade ao uso do termo *regressão* até o seu último livro – “Da Psicomotricidade Relacional à Análise Corporal da Relação” – escrito em 2002. O conceito de regressão permanece inalterado até os dias de

hoje. Mesmo após o falecimento de Lapierre, suas ideias e sua prática continuaram sendo difundidas por seus seguidores.

Já Aucouturier, em seu último livro, publicado em 2005, "O Método Aucouturier"[30], opta pelo uso da palavra 'détour', que foi traduzida para o português por 'retorno', para designar a experiência da regressão.

> A Prática Psicomotora favorece um retorno, por uma via indireta, ao período onde o tônus, a emoção e os fantasmas são intensamente ligados e fundam o psiquismo. As estratégias de détour pela via da brincadeira e das ressonâncias tônico-emocionais promovem a atualização dos fantasmas, atenuando as angústias e desencadeando uma abertura ao prazer de existir e viver em relação. (CARNÉ, 2010a, p. 68)

Neste retorno, as angústias arcaicas seriam simbolizadas no espaço terapêutico que funciona como "metáfora do corpo da mãe". (Aucouturier, 2007 [2005], p. 155). A ideia da existência de angústias arcaicas é desenvolvida por Aucouturier e embasada teoricamente em psicanalistas como Tustin, Anzieu, Esther Bick, Haag, Lacan e no próprio Winnicott. Em determinado trecho, Aucouturier descreve as angústias existenciais de um indivíduo "mal consigo mesmo"[31] como tendo raízes nas suas angústias arcaicas, as quais o impediriam de ter "o prazer de ser ele mesmo". Dirá o autor:

> [...] qualquer angústia existencial de um indivíduo 'mal consigo mesmo' teria suas raízes em um núcleo de angústias arcaicas [...] que impediria o prazer de ser ele mesmo. (AUCOUTURIER, 2007, p. 54 e 55)

Há duas ideias nesta frase de Aucouturier que possuem proximidade com o pensamento winnicottiano: a ideia de angústias arcaicas e a de ter "prazer de ser ele mesmo". Para Winnicott, o lactente, por ser um "ser imaturo que está continuamente a pique de sofrer uma ansiedade inimaginável" (Winnicott, 1983 [1962]: 57), vive momentos que o autor denomina de agonias impensáveis. Como foi descrito anteriormente, fazem parte dessas agonias o medo de "cair para sempre", de se desintegrar, de falhar na vivência de estar no corpo, de perder a capacidade de se relacionar com os objetos, bem como o de perder o senso do real. Tais medos, se vividos constantemente, impedirão que bebê não só tenha "o prazer de ser ele mesmo", mas o impedirão de *ser*. Quando a experiência das angústias arcaicas é frequente e duradora, o bebê tem a sua *continuidade de ser* interrompida.

---

[30] Tal obra representou um marco, pois, após um longo hiato sem nenhuma publicação, o autor escreveu seu primeiro livro sozinho e nele explicitou detalhadamente o seu método. O livro foi lançado no Brasil em 2007.

[31] Segundo a nota do tradutor, a expressão francesa utilizada por Aucouturier é "*mal dans as peau*", o que em termos literais significaria 'mal em sua própria pele'.

Para Winnicott, *ser* é uma conquista. É nos primórdios que se encontra a base para o sentimento de *ser real*. Sem esta, o indivíduo pode existir sem nunca *ter sido*. No início da vida, as experiências do bebê são psicossomáticas; ainda não há um funcionamento mental operante. Na medida em que, a partir de um ambiente suficientemente bom, os processos de integração parciais vão ocorrendo, o bebê pode vir a ser a partir do si-mesmo. Mas, se o ambiente falha, ao invés de *ser*, o bebê vai ter que reagir.

> Se o ambiente falha na sua função de facilitador no campo destas conquistas fundamentais, há risco da psicose, uma vez que, não sendo ainda um eu, o bebê não tem como defender-se da falha ambiental sem ser aniquilado. (DIAS, 2011, p. 17).

Nestes casos extremos, não estamos nos referindo à falta de prazer de ser ele mesmo, mas à impossibilidade de *ser*.

4.3 **A revolução do conceito winnicottiano de psicossoma**

Tanto a concepção da regressão como uma experiência, na ótica inspirada na concepção winnicottiana, quanto a proposta pelos autores franceses citados anteriormente – Lapierre e Aucouturier –, que concebem a regressão como uma experiência simbólica, pensam e compreendem a experiência na perspectiva de concepções antropológicas específicas e radicalmente diferentes entre si. A concepção que privilegia a experiência regressiva como um processo simbólico, atribuindo a transformação operada ao sucesso da operação de captura da experiência no registro simbólico, é claramente tributária da concepção dualista cunhada por Descartes no século XVII e que passou a constituir o núcleo da concepção antropológica do paradigma da modernidade. Como se sabe, entre essas duas partes constituídas por substâncias diferentes, cabe ao ‘cogito’ – constituído apenas por conteúdos representacionais conscientes ou recalcados – o monopólio na produção ou apreensão de sentido. No outro polo, o corpo, pensado como uma máquina movida a causas eficientes, é considerado incapaz de qualquer processo de percepção, registro e articulação emocional. Seria, então, o corpo incapaz de ter qualquer participação nas questões fundamentais do que é sentido e “faz” sentido (produz sentido). Na ótica dessas crenças sobre o ser, hoje totalmente desmentidas por múltiplas experiências, qualquer experiência transformadora operada pelo processo regressivo deve passar necessariamente pela mediação

representacional. Com a transformação operada pela “virada linguística”, a mediação representacional foi substituída pela linguagem significante, mantendo, portanto, o protagonismo no terreno do simbólico. A denominada “virada linguística” transformou a concepção da linguagem, porém manteve intocado o dualismo da sua concepção antropológica.

A superação da perspectiva dualista foi operada por Winnicott. Ele exprime a profunda transformação da concepção antropológica por meio do revolucionário conceito de psicossoma. Pensado como sendo inicialmente um organismo biológico dotado de capacidade de elaboração imaginária, o homem passar a ser um psicossoma no qual o corpo não se opõe ao psiquismo. Ambos formam inicialmente uma mesma coisa, capaz de desenvolver mais tarde uma mente racional. As experiências de percepção, registro e produção de sentido acontecem desde o início. Há diversos níveis dessas experiências: os que não acessam o registro simbólico, os que são profundamente inconscientes embora não sejam recalcados, os que são vivenciados em processos dotados de sentido, embora não de significados. Exemplo de questões fundamentais de sentido que escapam completamente ao campo das significações são, no pensamento de Winnicott, o sentimento (sentido) de que “a vida vale a pena de ser vivida” ou o sentimento (sentido) de continuidade na existência e ainda o de “ser”. Estas experiências tão primitivas têm a participação imprescindível do ambiente, ainda que não percebida pelo bebê.

A transformação operada na regressão, na ótica inspirada por Winnicott, também se sustenta na presença de um objeto (a pessoa do terapeuta e a relação terapêutica como um todo) que possibilita a experiência de regressão à situação de dependência absoluta no tratamento. No caso relatado pelos autores franceses, a transformação operada pela experiência regressiva é atribuída à compreensão dos significados, significados estes produzidos no registro simbólico da linguagem. Seria a compreensão consciente do significado dos processos vivenciados na regressão que teria operado os efeitos transformadores vividos pelo processo regressivo. Na ótica winnicottiana, essa compreensão consciente no nível do registro simbólico da linguagem não é imprescindível para que uma transformação profunda aconteça. Segundo esta ótica, se essa compreensão for recebida como uma comunicação sem ser atingida pelo próprio paciente – não sendo, portanto, uma experiência dele – ela não operaria transformações. Na ótica winnicottiana, ao experimentar novamente a situação de dependência absoluta, no contexto de uma relação terapêutica que forneça a suficiente confiabilidade e que evite comportamentos invasivos, a transformação profunda pode ser operada sem que ela seja formulada ao nível da consciência e do registro

simbólico. Sendo “uma experiência do indivíduo”, lhe permite retomar o viver espontâneo e seu desenvolvimento emocional. É nesse registro fundamental de sentidos não recalcados – porque nunca tiveram forma representacional – que operam os processos regressivos na ótica winnicottiana. (Plastino – Comunicação Pessoal). Por isso dito, o autor escreve que:

> A concepção teórica que qualifica como pré-psíquico o período que antecede à emergência do inconsciente recalcado é tributária da concepção dualista que assimila a natureza a uma máquina mecânica e atribui o monopólio de sentido ao registro de linguagem. (PLASTINO, 2014, p. 26)

4.4 **A terapia psicomotora de Base Winnicottiana**

Muitos alunos ou pacientes que procuram a Psicomotricidade possuem uma integração psicossomática precária. Algumas vezes, apresentam uma mente exacerbada, outras apresentam estereotipias ou um corpo “desengonçado”. Outros são portadores de alguma doença física ou mental, a qual afetou de maneira evidente o modo como percebem e usam o seu corpo. Há também, como abordamos no segundo capítulo, os pacientes falso-self. Como são indivíduos que mascaram sua fragilidade emocional, precisamos estar muito atentos a eles. São pacientes cuja constituição da personalidade é postiça e constituída de adaptações.

Em todos os casos citados acima, a falta ou a precariedade da integração psicossomática pode ser evidenciada numa rigidez corporal excessiva ou num quadro de inibição psicomotora. De modo geral, há uma incapacidade em deixar seu movimento fluir espontaneamente durante as propostas psicomotoras livres, ou seja, o que todos esses pacientes descritos acima apresentam em comum ao longo de uma prática psicomotora é a falta de espontaneidade na sua movimentação. Como poderíamos entender a falta de espontaneidade corporal numa perspectiva winnicottiana?

Para o psicanalista inglês, o *gesto espontâneo* é o verdadeiro *si-mesmo* em ação. No início da vida, podemos entender o gesto espontâneo do bebê como um movimento físico a partir do seu self. Tal movimento deve ser recebido pelo ambiente para que se perpetue como um gesto criativo.

> Periodicamente, um gesto do lactente expressa um impulso espontâneo: a fonte do gesto é o self verdadeiro, e esse gesto indica a existência de um self verdadeiro em

> potencial. [...] Ligo aqui a ideia de um self verdadeiro com a do gesto espontâneo. (WINNICOTT, 1983 [1960], p. 132-133)

Com o passar do tempo, se o ambiente é favorecedor, os gestos espontâneos dirão respeito a toda ação criativa expressa pelo indivíduo no mundo. O brincar na criança, o jogar, o trabalhar no adulto, o amar e, em última instância, o próprio viver se tornam um gesto espontâneo na medida em que se realizam a partir do si-mesmo. Mas, para isso, é necessário que o indivíduo tenha alcançado a integração psicossomática.

O trabalho do psicomotricista seria, então, criar um ambiente onde o indivíduo possa viver experiências psicossomáticas integradoras a partir do gesto espontâneo. Trata-se de uma nova perspectiva teórica que advém e resulta de uma terapia psicomotora que vem sendo por nós desenvolvida. Nela, o movimento, objeto central da Psicomotricidade, é compreendido a partir da ideia de experiência psicossomática.

Nesta parte da tese, então, voltaremos aos elementos teóricos descritos no capítulo três – a saber, o movimento, o diálogo-tônico enquanto experiência psicossomática e a respiração – de modo a apresentar uma terapia psicomotora na qual tais elementos aparecem integrados a partir de uma perspectiva winnicottiana. Para a presente tese, cunhamos o nome Terapia Psicomotora de Base Winnicottiana[32] para designar esta terapia psicomotora que vem sendo realizada por nós desde 2008.

A Terapia Psicomotora de Base Winnicottiana tem como objetivo central favorecer a integração psicossomática do indivíduo. Para isso, o psicomotricista possui um leque de propostas corporais que ele pode utilizar de acordo com a demanda do paciente. As propostas corporais incluem momentos denominados de Movimento de Entrega, Movimento Ascendente, Movimento Consciente e Movimento Espontâneo, conforme explicaremos mais à frente.

Na Terapia Psicomotora de Base Winnicottiana há dois pontos relevantes a serem observados. Em primeiro lugar, as propostas corporais presentes são sugestões que os pacientes recebem do psicomotricista. Não há nada que o paciente precise fazer se ele não estiver se sentindo bem ao realizar aquela proposta corporal. Com isso queremos dizer que não se trata de uma aula, mas de uma sessão de Psicomotricidade. O paciente tem a liberdade de, por exemplo, repetir uma prática de Movimento Consciente muitas vezes, assim como pode não querer fazê-lo. O segundo ponto a ser aqui considerado é que, como o próprio nome

---

[32] Como dissemos na introdução da tese, tal trabalho vem sendo realizado pela presente autora em consultório particular desde 2008 e na Escola Angel Vianna desde 2012. Nesta última recebe o nome da “Dança e Psicomotricidade”.

diz, a Terapia Psicomotora de base Winnicottiana possui a teoria do desenvolvimento emocional de Winnicott como embasamento teórico, e esta fundamentação transforma o olhar do psicomotricista sobre o paciente e, consequentemente, sua terapêutica.

A Terapia Psicomotora de base Winnicottiana não se destina ao atendimento de pacientes psicóticos, como os autistas, os esquizofrênicos ou os esquizóides. No entanto, os pacientes fronteiriços, que não possuem questões psíquicas tão evidentes, muitas vezes procuram este trabalho e necessitam de cuidados especiais. O trabalho de integração psicossomática será muito favorável para o desenvolvimento emocional desses pacientes, desde que o terapeuta saiba ligar com as questões delicadas que possivelmente surgirão, como veremos mais à frente.

Para a realização da Terapia Psicomotora de Base Winnicottiana é necessária uma sala ou um consultório que possua uma área livre, sem móveis ou objetos, a fim de que o paciente tenha espaço para deitar e se movimentar. Ela é realizada com adultos e pode ser feita individualmente ou em grupo. Com objetivo didático, dividiremos a sessão de Terapia Psicomotora de Base Winnicottiana em quatro momentos. Esta sequência foi formulada em função da pesquisa empírica realizada por nós nos últimos anos. Os termos winnicottianos outrora desenvolvidos serão utilizados aqui de modo a embasar teoricamente o trabalho.

4.4.1 Primeiro momento: o movimento de entrega

Antes do início da terapia, é sugerido que o indivíduo tire os seus sapatos para que possa experimentar os movimentos propostos com maior liberdade. No início das sessões, o paciente é convidado a deitar e sentir o contato do corpo com o chão[33]. A partir da fala do psicomotricista, o paciente vai sendo conduzido a soltar o corpo no chão e a respirar de maneira a liberar o ar pela boca num suspiro. O som liberado neste tipo de respiração remete a letra “a”. Os lábios ficam entreabertos e a imagem de um “leve sorriso” é sugerida pelo psicomotricista.

Algumas sugestões de auto-percepção são mencionadas pelo psicomotricista. Por exemplo:

[33] O chão de tábua corrida é o ideal para este trabalho. Como nem sempre isto é possível, podemos usar esteiras ou tapetes desde que cubram toda a área livre da sala ou consultório.

- A percepção de que o corpo possui frente, lados e costas, ou seja, que possui uma tridimensionalidade.

- A percepção de que todo o seu corpo é revestido pela pele.

- A percepção de que existe um eixo central que divide o seu corpo em duas partes praticamente idênticas.

- A percepção de que o corpo possui cinco extremidade: pés, mãos e cabeça.

É importante frisarmos que esta capacidade de perceber o corpo é algo que vai sendo gradativamente construída. Com o passar do tempo, essa parte inicial da terapia se torna cada vez mais importante em termos terapêuticos, na medida em que o paciente vai de fato percebendo e integrando todas essas percepções no corpo. As percepções da tridimensionalidade, do eixo corporal, das extremidades e da pele são trabalhadas ao longo da sessão e experimentadas ao longo das várias sessões realizadas pelo indivíduo. Sendo assim, as sugestões do psicomotricista começam a fazer cada vez mais sentido para o indivíduo, pois ele de fato começa a senti-las no corpo.

Alguns pacientes se sentem incomodados por permanecerem deitados por muito tempo neste período inicial da sessão. Para eles, este momento deve ser rápido ou até, nas primeiras sessões realizadas, nem existir. De modo geral, com o passar do tempo, este primeiro momento se torna uma experiência agradável, mas se isto não acontecer, devemos respeitar os limites de cada um e não insistir.

A respiração descrita anteriormente é essencial e vai ser utilizada em muitos momentos da sessão, mas especialmente neste. Ela permite que o paciente vá progressivamente aprendendo recursos para destencionar seu corpo e, consequentemente, tranquilizar suas emoções.

Ora, se pensarmos na respiração em termos winnicottianos, ou seja, como um acontecimento psicossomático, como uma experiência do corpo vivo que possui registros tão primitivos, compreenderemos a importância desses trabalhos na terapia psicomotora. Como discorremos no capítulo anterior, o ritmo da respiração vivido pelo indivíduo adulto traz em si memórias de uma cadência mais antiga, a vivida na relação mãe-bebê. A Terapia Psicomotora de Base Winnicottiana possibilita que o paciente respire com consciência e de maneira mais profunda, o que colabora no seu processo de coesão psicossomática. A entrega ao chão associada a uma respiração mais profunda possibilita que, ao longo das sessões, o paciente vá paulatinamente desenvolvendo a *capacidade de habitar o seu próprio corpo*. A sustentação confiável é sentida pelo paciente no contato com o chão. O terapeuta será responsável por proporcionar um ambiente acolhedor para que o trabalho se realize.

Este primeiro momento da sessão – caracterizado pela entrega do corpo ao chão – recebe o nome de Movimento de Entrega porque, mesmo quando imóvel, o corpo está em contínuo movimento. Na medida em que o paciente consegue se entregar a este momento inicial da sessão, ele abranda seus movimentos cardíacos e respiratórios e destenciona seus músculos de modo a entregar mais seu corpo na direção do chão. Todas essas transformações sutis fazem parte de uma movimentação de entrega do corpo.

4.4.2 Segundo momento: movimento ascendente

No segundo momento da sessão, é sugerido ao paciente que, a partir da entrega corporal realizada, comece a movimentar uma parte do seu corpo lentamente. Esta movimentação, que é inicialmente lenta, vai, aos poucos, ganhando velocidade e se expandindo por todo o corpo. O paciente permanecerá nesta experiência de movimento pelo tempo que lhe for aprazível. Ele experimentará o movimento no nível baixo (próximo ao chão), depois no nível médio (uma movimentação num nível intermediário entre o chão e o ficar de pé) e, finalmente, no nível alto. O movimento livre é incentivado pelo uso de músicas durante esta parte da sessão.

Na perspectiva da Terapia Psicomotora de Base Winnicottiana, a movimentação espontânea é um elemento central para o favorecimento da integração psicossomática. Tal movimentação, ao contrário de outras práticas da Psicomotricidade, não tem como objetivo evidenciar nenhum aspecto simbólico contido no movimento. Como assinalamos, anteriormente, nossos pressupostos teóricos são winnicottianos e não possuem nenhuma relação com as questões do simbólico e do imaginário presentes na teoria lacaniana. Portanto, a Terapia Psicomotora de Base Winnicottiana está inserida num arcabouço teórico que se difere completamente da Prática Psicomotora (desenvolvida por Lapierre e Aucouturier nas décadas de setenta e oitenta), bem como da Psicomotricidade Relacional e da Análise Corporal da Relação (ambas desenvolvidas, posteriormente, por Lapierre) e da Clínica Psicomotora desenvolvida por Esteban Levin – exemplos de linhas da Psicomotricidade que usam teorias psicanalíticas diversas para desenvolver e fundamentar suas práticas.

Na Terapia Psicomotora de Base Winnicottiana, o Movimento Espontâneo é estimulado no intuito de resgatar, ou criar pela primeira vez, no indivíduo o prazer de se movimentar. Na medida em que o paciente vai percorrendo o processo terapêutico, o primeiro

momento da sessão – denominado 'Movimento de Entrega' – vai se tornando a base para que o paciente comece o seu processo de integração psicossomática. Será a partir de uma experiência de integração psicossomática, ainda que parcial, que, progressivamente, o indivíduo poderá movimentar-se espontaneamente. Assim como será a possibilidade de vivenciar a movimentação espontânea que permitirá que o indivíduo possa habitar cada vez mais o seu corpo.

Nas sessões, o Movimento Espontâneo é vivido inicialmente no chão. É sugerido ao paciente que se mova no nível baixo durante uns dez minutos. A música, elemento fundamental neste momento, não deve conter letras para que o paciente não disperse sua atenção do seu próprio *mover*. A fala do psicomotricista, nas primeiras sessões, também é essencial. O terapeuta deve sugerir que o paciente experimente as laterais e a frente do corpo no chão, o deslizar dos membros sobre o chão e em contato com o ar, o arrastar, o rolar, etc. Tais solicitações servirão de base para que o indivíduo possa criar sua movimentação livre. No decorrer das sessões, o psicomotricista não precisará mais propor nenhum movimento, pois a riqueza psicomotora do paciente possibilitará uma movimentação cada vez mais diversa. A passagem para o nível médio é feita de maneira sutil e de acordo com o desejo do paciente. O psicomotricista propõe que ele vá paulatinamente se afastando do chão até que possa experimentar movimentos no nível médio. Após este momento, ele recebe a sugestão de que gradativamente seu corpo vá ganhando a verticalidade. As movimentações espontâneas continuam até que o próprio paciente finalize sua experimentação.

4.4.3 Terceiro momento: movimento consciente

Este terceiro momento da sessão de Terapia Psicomotora de Base Winnicottiana é caraterizado pela prática de exercícios que podem ser classificados como exercícios de Consciência Corporal[34]. Movimentos lentos e leves são propostos baseados numa percepção do esqueleto ósseo. Neste momento, conhecimentos básicos sobre tal esqueleto são transmitidos, muitas vezes com o auxílio de um esqueleto de plástico em miniatura.

[34] Como prática isolada, a Consciência Corporal tem por objetivo tornar o paciente mais consciente do seu corpo por meio do movimento e da sensibilização tátil. O principal método de Consciência Corporal utilizado neste momento da sessão é o método desenvolvido por Angel Vianna, "Consciência do Movimento". Para saber mais sobre este assunto, recomendamos os livros de Ana Vitória Freire, Letícia Teixeira e Klauss Vianna presentes na bibliografia da tese.

Na Terapia Psicomotora de Base Winnicottiana, a coluna vertebral é sempre a primeira parte do corpo a ser explorada, pois ela é, em termos esqueléticos, o nosso eixo central. Tal exploração pode demorar alguns meses dependendo da resposta do paciente ao trabalho. Mover a coluna sempre faz com que pelo menos uma outra parte do corpo se mova junto, como a bacia, a caixa torácica e/ou a cabeça. Independente disso, o foco do trabalho continua sendo a coluna nas primeiras sessões.

Há uma série de exercícios de Consciência Corporal que podem ser propostos. Também podem ser usadas bolinhas e escovas macias para uma conscientização da área do corpo em questão. Mas, o principal modo de proporcionar a consciência do corpo é o movimento. Neste momento da sessão, a movimentação é direcionada, mas o paciente tem livre escolha para realizar o movimento proposto – apenas se quiser e quantas vezes desejar. Mesmo quando o trabalho é feito em grupo, esta premissa é mantida. Trata-se da experimentação livre de uma conscientização corporal a partir de exercícios propostos.

Como dissemos, o trabalho realizado no momento do Movimento Consciente se inicia com o segmento da coluna vertebral. Algumas sessões são necessárias para que se possa passar para o próximo segmento e assim por diante. Trabalhamos com a ordem: coluna vertebral, cabeça, bacia, caixa torácica, pernas, pés, cintura escapular, braços e mãos.

4.4.4 Quarto momento: movimento espontâneo

No quarto momento da sessão, é solicitado ao paciente que experimente seu movimento livremente. Diferentemente do segundo momento chamado de Movimento Ascendente, neste não há mais uma proposta para que ele experimente os três níveis do espaço – do nível baixo até o alto. Agora o paciente pode deixar seu movimento fluir com liberdade alternando níveis, velocidades, ritmos, criando pausas e assim por diante. O psicomotricista pode sugerir algumas dessas experiências, mas o fato é que com o passar do tempo, o indivíduo vai se apropriando do seu movimento pessoal cada vez mais, não sendo necessário nenhum tipo de comando verbal. Essa apropriação diz respeito ao processo de integração psicossomática que se atualiza a cada sessão.

Algum material lúdico pode ser utilizado nesse momento. Filós, tecidos, bolas, bambolês e fitas são exemplos de objetos tradicionalmente usados pela Psicomotricidade. Objetos não usuais também podem ser utilizados: palitos coloridos, penas, canudos

descartáveis, etc. Todos são usados com a finalidade de promover o contato do corpo com objetos de diferentes texturas, tamanhos, pesos, cores e formas. Além disso, o uso de material estimula o próprio movimento. O paciente pode lançar os canudos para o ar e senti-los caindo; em outro dia, pode assoprar as penas e mover-se junto com elas buscando a mesma qualidade fluida de movimento; numa outra sessão, pode pisar e saltar sobre os palitos, chutá-los, arremessá-los; pode lançar as fitas de cetim colorido e rodopiar com elas pelo espaço. Ressalta-se que não necessariamente em toda sessão seja usado algum objeto.

A música, neste momento, também é um estímulo essencial. Alguns pacientes possuem, logo de início, muita criatividade para mover-se espontaneamente usando os objetos e a música como estímulos, mas nem sempre é assim. Em alguns casos, cabe ao psicomotricista propor movimentações seja verbalmente, seja se movimentando ele próprio com auxílio dos objetos e/ou da música. No caso do trabalho em grupo, é proposto que o paciente perceba a movimentação das outras pessoas e estabeleça alguma forma de comunicação, desde que haja vontade.

Retomando a sequência das sessões aqui descrita, o paciente tem a possibilidade de, em primeiro lugar, entregar seu corpo ao chão podendo experimentar uma sustentação confiável. Num segundo momento, ele inicia seus movimentos lentos e contínuos para, com muita calma, se movimentar nos três níveis do espaço até ficar de pé. Trata-se de um movimento espacial ascendente. No terceiro momento, ele tem a oportunidade de realizar práticas de Consciência Corporal para, finalmente, no quarto momento poder mover-se espontaneamente a partir de um corpo mais integrado e consciente.

O movimento espontâneo e, ao mesmo tempo, consciente que vemos surgir no quarto momento não se refere a um saber intelectual da existência do corpo. O primeiro saber, como dissemos no capítulo anterior, é o saber de si. Quando o bebê alcança, ao longo do seu desenvolvimento emocional primitivo, a constituição do si-mesmo unitário, ele passa a ‘saber de si’. Ele se reconhece como uma unidade a partir de um saber que não é racional, mas uma experiência psicossomática.

Ao longo da Terapia Psicomotora de Base Winnicottiana, possibilitamos que as experiências de integração e personalização aconteçam no corpo do indivíduo, o que favorece sua existência psicossomática. Com o caminhar do processo terapêutico, o paciente é capaz de experimentar cada momento da sessão de forma mais espontânea.

4.5 **A regressão à não-integração: uma experiência satisfatória**

Não podemos deixar de mencionar que, em casos graves, a regressão à dependência absoluta nos moldes descritos por Winnicott pode acontecer. Portanto, o psicomotricista deve estar muito atento ao tipo de paciente que está atendendo para saber lidar com possíveis situações delicadas e difíceis. Algumas vezes, a regressão que o paciente realiza na direção do seu núcleo verdadeiro pode ser extremamente difícil para ele e para o terapeuta. A relação de dependência que o paciente estabelece com o psicomotricista exige que este não falhe durante certo tempo. Não falhar significa, dentre outras coisas, não faltar aos atendimentos, ser pontual e estar realmente presente, ou seja, estar integrado psicossomaticamente ao longo do atendimento. Isso nos remete ao cuidado de que fala Winnicott:

> Na parte do trabalho como analistas a que estou me referindo, não há do que fazemos que não esteja relacionado com o cuidado do lactente e da criança. Nesta parte do trabalho podemos na verdade aprender o que fazermos por sermos pais, por termos sido crianças, por observar mães com bebês muito pequenos ou que ainda não nasceram. (WINNICOTT, 1983 [1963], p.227)

Consideramos que esta perspectiva da regressão como uma experiência psicossomática faz com que estejamos muito mais atentos aos processos emocionais pelos quais determinados pacientes passam. No entanto, em nosso trabalho, o descongelamento das situações traumáticas descrito por Winnicott nem sempre se faz necessário. A regressão aos estados de não-integração pode ser um caminho de cura psíquica sem que o paciente precise passar por experiências tão dolorosas, conforme veremos a seguir.

Encontramos, em alguns casos, um obstáculo para a Terapia Psicomotora de base Winnicottiana: mover-se de forma espontânea pode ser algo impossível para algumas pessoas. Quando são solicitadas neste sentido, elas apresentam um desconforto corporal intenso. Não se trata de uma questão de timidez. Trata-se de uma incapacidade de agir de maneira espontânea, de perceber seu corpo e de fluir por meio do movimento.

Os pacientes falso-self são um exemplo disto. A suposta integração egóica que apresentam num primeiro momento é facilmente desmascarada ao longo das primeiras sessões. O desconforto corporal se evidencia em gestos desarmônicos ou, em alguns casos, em movimentos que podem até ser belos, mas que não possuem naturalidade. Como no início de sua vida o ambiente falhou e não houve outra opção se não isolar o núcleo espontâneo do si-mesmo, a fragilidade emocional desse paciente é evidenciada logo nas primeiras sessões.

Para ele, a experiência da movimentação espontânea não ocorrerá naturalmente porque ele desconhece o que seja, em termos winnicottianos, uma *experiência*. Em sua vida, ele reage ao que acontece à sua volta, mas não sabe ser a partir do seu *si-mesmo*. O mesmo se dá em relação aos movimentos corporais. O paciente responde às demandas do psicomotricista e pode vir a realizar um movimento, mas não há experiência psicossomática nessa movimentação.

A partir da perspectiva winnicottiana de regressão como experiência, ousaremos desenvolver, neste trecho da tese, um tema controverso: a possibilidade do paciente viver uma regressão como uma experiência satisfatória. Sobre a regressão, destacamos um trecho que Winnicott diz: "trata-se de algo que é sempre extremamente doloroso para o paciente" (Winnicott, 2000 [1954], p.388). Mas, em seguida, afirma:

> Não o digo a fim de negar que, em termos restritos, a experiência da dependência pode proporcionar uma extrema satisfação. Tal satisfação não é de natureza sensual. Refere-se ao fato de que a regressão alcança e fornece um ponto de partida, o que eu chamaria de um lugar de onde é possível operar. (IDEM)

Com o desenvolvimento da Terapia Psicomotora de Base Winnicottiana, pudemos constatar que esta extrema satisfação experimentada a partir dos momentos regressivos pode de fato acontecer. Por meio de uma técnica terapêutica absolutamente diversa da Psicanálise Winnicottiana, o paciente pode regredir momentaneamente e encontrar extrema satisfação. As técnicas de maternagem características de um ambiente suficientemente bom permitem – quando reproduzidas na relação terapeuta-paciente – que o paciente regrida às etapas inicias do seu desenvolvimento emocional.

Postulamos, aqui, a possibilidade de uma regressão ao estado de não-integração experenciado pelo paciente quando ele era um bebê. Acreditamos que, assim como é possível, a partir da confiabilidade desenvolvida na relação paciente/terapeuta, regredir às situações traumáticas e descongelá-las, também é possível, a partir dessa mesma confiabilidade regredir aos momentos de não-integração para, em seguida, realizar o início de um processo de integração psicossomática.

Em termos do desenvolvimento emocional primitivo, é importante salientar que, embora a integração seja um processo a ser desenvolvido na vida do bebê, as flutuações entre momentos de integração e de não integração são esperadas e consideradas saudáveis. "Na vida da criança normal, o descanso deve poder incluir o relaxamento e a regressão para a não-integração" (Winnicott, 1990, p.138). Mesmo na fase adulta, a possibilidade do indivíduo

usufruir a experiência de não-integração é sinal de saúde psíquica. A esse respeito, Winnicott afirma:

> É frequente presumir-se que, na saúde, o indivíduo encontra-se sempre integrado [...]. No entanto, muito do que chamamos sanidade é, de fato, um sintoma, carregando dentro de si o medo ou a negação da loucura. (WINNICOTT 2000 [1945], P. 225).

Esse tipo de regressão experimentada na Terapia Psicomotora de Base Winnicottiana é bem mais comum do que a regressão dolorosa que poderá ser usada para descongelar as situações traumáticas. No caso do ambiente ter sido suficientemente bom no início da vida do paciente, ele poderá regredir à fase de dependência absoluta sem maiores sobressaltos. Será uma regressão prazerosa que potencializará sua existência psicossomática. E, se o ambiente inicial falhou, o paciente encontrará, na terapia, a possibilidade de regredir ao estado de não-integração e experimentar sem sobressaltos seu processo de coesão psicossomática.

A experiência da não-integração durante as sessões de Terapia Psicomotora de Base Winnicottiana são consideradas não só um sintoma de saúde como também demonstram que o processo terapêutico está sendo bem encaminhado pelo psicomotricista.

> Para Winnicott, todo o indivíduo tem a capacidade de experimentar momentos de não-integração, de despersonalização ou perda de contato com o real – por meio do contato com a arte, por exemplo –; e a vida seria decididamente pobre e a saúde um sintoma sem a experiência dessas estados. (LAURENTIIS, 2011, p. 313)

4.6 **Um caso clínico**

Para darmos continuidade à ideia de regressão prazerosa ao estado de não-integração, consideramos relevante apresentar como exemplo um caso clínico. Trata-se de uma mulher que, ao longo do tratamento, apresentava uma dificuldade evidente de experimentar movimentos espontâneos. Sua movimentação era rígida e desprovida de qualquer naturalidade. Ela percebia isso e descrevia seu incômodo no final das sessões. Com o passar do tempo, ela passou a comparar a dificuldade de mover-se espontaneamente na terapia com a impossibilidade de ser espontânea de modo geral na vida. “Eu nunca sei como me portar”, disse certa vez. Isso já havia sido mostrado: o mover-se torna evidente aos olhos do

psicomotricista a capacidade ou a incapacidade do indivíduo, em termos winnicottianos, *ser a partir de si-mesmo.*

Depois de alguns meses de terapia, tal paciente faz uma colocação muito interessante sobre o momento do Movimento Ascendente que perpassa os três níveis do espaço. Ela diz que, em função do processo terapêutico, seus movimentos que até então eram 'bloqueados' estavam se tornando 'livres'. No entanto, esta liberdade, segundo ela, era experimentada mais na movimentação realizada no nível baixo. Ela verbaliza que o movimento vai perdendo parcialmente a espontaneidade na medida em que o corpo vai se verticalizando. Em seguida, ela própria associa isto ao fato da gravidade ter menos influência quando o corpo está deitado no chão, do que quando se está de pé; e que este deve ser o motivo de sua dificuldade em mover-se espontaneamente na medida em que gradativamente se afasta do chão.

Tal afirmação nos faz remeter á descrição de Winnicott sobre o segurar da mãe e, mais especificamente, sobre a sustentação confiável que ela deve proporcionar ao bebê, no início da vida, para que ele possa suportar os efeitos da gravidade. Ousaremos dizer que na Terapia Psicomotora de Base Winnicottiana, o chão, em muitos momentos, se torna um ambiente suficientemente bom no que diz respeito ao *holding*, ao sustentar. Quando um paciente é capaz de, durante a sessão de Terapia Psicomotora de base Winnicottiana, entregar o peso do seu corpo ao chão de modo a viver uma experiência de integração psicossomática, o chão sustenta seu corpo como uma mãe suficientemente boa o faria. Obviamente, o chão *não é* a mãe suficientemente boa, mas ele também *não a simboliza*. Trata-se de uma experiência psicossomática na qual o paciente experimenta a integração a partir desse contato num ambiente terapêutico específico. Dito de outra forma, se o indivíduo acha que o chão é a mãe dele, trata-se de um surto psicótico. Se o chão apenas simboliza a sua mãe, nada de fato está ocorrendo no seu processo maturativo. No entanto, se ele vive uma experiência corpórea, ou seja, psicossomática de integração pela via da sustentação confiável, o chão fez a vez de uma mãe suficientemente boa. Não é uma questão simbólica nem um delírio; é uma experiência integradora.

Ascender do nível baixo para o nível alto no espaço pode, então, ocasionar uma mudança não só espacial, mas emocional também. No dia-dia, levantar-se do chão não nos mobiliza emocionalmente. No entanto, num contexto terapêutico no qual o paciente vai, gradativamente, experimentando seu corpo em movimento, tal passagem de um nível a outro pode suscitar experiências mais arcaicas. A experiência da gravidade sob o bebê foi um tema já abordado no capítulo dois, mas que merece ser retomado aqui sob um novo ponto de vista. Há um trecho na obra de Winnicott em que ele, ao falar sobre este assunto, chama de 'era pré-

gravitacional' a fase na qual o bebê ainda se encontra dentro do útero. Em seguida aponta para o fato de que o bebê, após o nascimento, não se sente mais amado por todos os lados como o sentia na vida uterina. É preciso, então, que ele se sinta amado pela experiência psicossomática de estar sendo segurado por uma mãe suficientemente boa. Esta capacidade da mãe dedicada comum permite que o bebê lide com estas mudanças e o impede de experimentar as angústias impensáveis.

> A inabilidade [do bebê] em lidar com esta mudança da era pré-gravitacional para a da gravidade fornece a base para o sonho de cair para sempre, ou de estar sendo carregado para alturas infinitas. A partir da sintomatologia de pacientes adultos fica claro que, do ponto de vista do bebê, a mudança de uma etapa para a outra pode significar uma mudança do sentimento de estar sendo amado para o de estar sendo tratado com desleixo. (WINNICOTT, 1990[1954], p. 151-152)

Provavelmente, as mudanças positivas que a paciente relatou eram fruto de uma experiência psicossomática diferenciada que ela estava podendo experimentar ao longo da terapia. Nos momentos iniciais da sessão – o Movimento de Entrega – ela pode ir experimentando a possibilidade de entregar totalmente seu corpo sem ter que reagir ao ambiente. Segundo a perspectiva da Psicomotricidade, ela estaria vivendo, ao longo das sessões, momentos de hipotonia de satisfação caracterizados por um tônus rebaixado e por uma sensação de bem-estar. Em termos winnicottianos e sob a nossa perspectiva, ela estava podendo experimentar estados tranquilos que favorecem a integração psicossomática. Assim como o bebê, nos estados tranquilos, pode elaborar suas funções corpóreas experimentadas ao longo dos estados excitados, o adulto em terapia coloca a elaboração imaginativa em ação para experimentar sua integração psicossomática.

Os movimentos espontâneos que a paciente em questão realizava quando se movia no nível baixo foram possibilitando que ela vivesse momentos de integração psicossomática logo após o momento de não-integração experimentado durante a entrega do corpo ao chão.

4.7 **A conduta do psicomotricista**

A Terapia Psicomotora de Base Winnicottiana, a partir de suas práticas corporais, favorece a integração psicossomática. Da mesma forma que Winnicott afirma que só existe para o bebê aquilo que para ele adquiriu um sentido pessoal, podemos dizer que o mesmo é

verdade para o paciente; somente existirá para ele o que for vivido a partir de uma experiência pessoal. Para isto, é necessário que ele "seja", que ele tenha alcançado uma unidade. Quando isso não foi possível em seus primórdios, caberá ao terapeuta proporcionar, aos poucos, um espaço no qual ela possa viver experiências psicossomáticas integradoras.

Para que o psicomotricista crie uma relação terapêutica na qual o indivíduo possa viver tais experiências, é necessário que a compreensão das necessidades do paciente seja mais uma questão de psicossoma do que de mente. Compreender o paciente em suas necessidades e singularidades é função de todo terapeuta. É preciso acolher o sofrimento que o outro traz e compreendê-lo mais a partir de nossa própria existência psicossomática do que pelo entendimento racional. O conhecimento teórico que embasa qualquer prática clínica é essencial para um trabalho terapêutico, porém existe outro tipo de conhecimento tão importante quanto este e que diz respeito a uma compreensão sensível do outro. Da mesma forma que a mãe precisa ser uma pessoa total[35] para tornar a existência do bebê real, é necessário que o psicomotricista apreenda o paciente a partir de sua totalidade. As palavras de Winnicott (2000, [1945], p.224) sobre o atendimento psicanalítico nos iluminam a esse respeito: "ser conhecido significa sentir-se integrado ao menos na pessoa do analista". Para isto, além de preparo técnico, o terapeuta deve ter a capacidade de se identificar com o paciente.

Para realizar um trabalho eficaz, é necessário que o psicomotricista possua maturação emocional suficiente para acompanhar o paciente ao longo das experiências psicossomáticas integradoras. Em alguns casos, o paciente pode estar vivendo essas experiências pela primeira vez. É preciso, então, que o psicomotricista esteja atento e seja cauteloso, para que possa ajudar o paciente ao longo do processo terapêutico. É necessário que o psicomotricista tenha tido a oportunidade de passar por um processo terapêutico de Psicomotricidade que vise à integração psicossomática. Durante esse processo, ele terá a oportunidade de experimentar, de maneira profunda, a sua espontaneidade corporal.

Sobre a sua postura como analista, nos diz Winnicott: "Ao praticar psicanálise, tenho o propósito de: manter-me vivo; manter-me bem; manter-me desperto. Objetivo ser eu mesmo e me portar bem" (Winnicott, 1983 [1962], p. 152). Com essa declaração, Winnicott nos mostra a importância de sermos espontâneos em nossos atendimentos e de mantermos um estado de vivacidade. O princípio básico para que isto aconteça é que o próprio terapeuta tenha alcançado a constituição do si-mesmo unitário.

---

[35] A noção de pessoa total em Winnicott se opõe à ideia de objeto parcial no qual uma parte do indivíduo (física ou não) ocupa o lugar do todo. (Winnicott, 1990b [1954] p. 29)

Khan, na introdução do livro “Da pediatria à psicanálise”, diz que quando se lembra dos quase 20 anos de trabalho ao lado de Winnicott, a imagem que surge imediatamente em sua cabeça é a postura corporal relaxada e a suave concentração de Winnicott. Ele “prestava atenção com o corpo todo” e possuía “uma espontaneidade de criança [que] impregnava os seus movimentos” (Khan, in Winnicott, 2000, p.11). Essas palavras nos fazem refletir sobre o modo como a existência psicossomática de Winnicott era refletida em todos os seus gestos e no seu jeito de ser. Apenas um indivíduo integrado psicossomaticamente poderia ser capaz de criar um conceito tão revolucionário como o de *psicossoma*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conceito winnicottiano de psicossoma opera uma verdadeira revolução dentro da teoria psicanalítica. Trazer a perspectiva de experiência psicossomática para a Psicomotricidade só poderia ser de fato um ato transformador. Como vimos ao longo da tese, o modo como Winnicott compreende o psiquismo é bastante singular. Para ele, o processo de constituição do *si-mesmo* do bebê abrange toda a fase inicial do seu desenvolvimento emocional. Trata-se de um processo que se inicia com as integrações parciais dos primeiros momentos de vida e que continua até a fase na qual o bebê, se pudesse falar, diria "eu sou".

Para Winnicott, a vida orgânica e a atividade imaginativa do bebê são imbricadas desde o início. Para compreender essa existência rica e complexa é que o psicanalista inglês cria o conceito de psicossoma. Tal conceito se insere em frontal oposição ao dualismo cartesiano. Neste, a representação (ou o símbolo/linguagem) constitui a mediação imprescindível para que as experiências que no corpo só podem ser vivenciadas como o impacto bruto de instintos desprovidos de sentido. Para Winnicott, as emoções experimentadas pelo bebê, apesar de não possuírem qualquer representação linguageira, geram sentidos porque o bebê tem a capacidade inata de perceber seu ambiente e de tingir de sentido suas experiências com esse.

A compreensão da regressão como experiência psicossomática é tributária da formulação revolucionária de conceito do psicossoma. Se regredir é voltar à relação de dependência absoluta com o ambiente, essa regressão só pode se dar em termos de experiência, e não em termos simbólicos.

Quando a ideia de psicossoma é levada para a Psicomotricidade, ela opera uma mudança paradigmática no interior dessa ciência. Se, como psicomotricistas, pensamos o corpo na sua globalidade – afeto, motricidade e cognição –, mas continuamos entendendo o movimento como a produção simbólica de uma fantasmática, não nos damos conta da riqueza que é compreender o movimento como uma experiência psicossomática.

Sob a perspectiva winnicottiana do desenvolvimento emocional primitivo, o movimento do bebê é um gesto espontâneo na direção do ambiente, mesmo que o bebê ainda nem se dê conta de que existe algo além do estado de estar sendo. A comunicação que ele estabelece com o ambiente é desprovida de significados, mas repleta de sentidos. Não se trata de um diálogo, porque não há nada a ser transmitido; se trata de uma comunicação pela via da experiência.

Do seu início de vida até a integração em um si-mesmo unitário, o bebê terá que realizar muitas conquistas. A perspectiva winnicottiana de que tornar-se uma unidade é uma potencialidade humana que precisa de provisões ambientais para se realizar traz transformações para a Psicomotricidade. A partir desse ponto de vista, compreendemos que o ser humano não é uma unidade, ele *se torna* uma unidade. Os aspectos motores, afetivos e cognitivos se desenvolvem de maneira imbricada, mas é preciso que o indivíduo seja a partir do seu si-mesmo para que esse desenvolvimento se dê de uma maneira integrada e, portanto, saudável.

Como se sabe, para Winnicott, a regressão é uma experiência psicossomática. Na Terapia Psicomotora de Base Winnicottiana aqui proposta a regressão também é vista da mesma forma, ou seja, como uma experiência psicossomática. Regredir é voltar ao estado de dependência absoluta que o bebê tinha com relação ao ambiente. Em termos clínicos, isso só acontece quando o ambiente terapêutico é confiável e o terapeuta pode ser o ambiente suficientemente bom para o paciente. Desta forma, a regressão poderá ser usada de modo a favorecer o desenvolvimento emocional do paciente. Assim, ele poderá se integrar psicossomaticamente e constituir-se enquanto um si-mesmo unitário. Sob esta perspectiva, regredir é sempre uma experiência psicossomática.

A metodologia da Terapia Psicomotora de Base Winnicottiana aqui desenvolvida apresenta os momentos de Movimento de Entrega, Movimento Ascendente, Movimento Consciente e Movimento Espontâneo com embasamento na teoria do desenvolvimento emocional de Winnicott. Tal embasamento traz uma nova perspectiva para a Psicomotricidade ao possibilitar a compreensão do movimento como uma *experiência psicossomática* que se traduz como um *gesto espontâneo.*

A possibilidade de se viver o estado de não-integração na Terapia Psicomotora de Base Winnicottiana proporciona ao indivíduo a possibilidade de regredir ao estado de dependência absoluta de maneira prazerosa. Tal experiência clínica contribui para o processo de integração psicossomática que, paulatinamente, vai transformando a relação do indivíduo consigo mesmo. Trata-se de um ponto de vista que ousamos defender nesta tese em função das observações empíricas que desenvolvemos ao longo do nosso percurso profissional.

Acreditamos que os ganhos que a Psicomotricidade possa vir a ter no encontro com a teoria winnicottiana são inestimáveis. Optamos, nesta tese, por desenvolver essa ideia no que tange à regressão como uma experiência psicossomática. Apostamos que esta nova perspectiva virá a encorajar outros possíveis desdobramentos teóricos a partir deste encontro profícuo.

RERÊNCIAS

AJURIAGUERRA, J. **Manual de psiquiatria infantil**. São Paulo: Editora Masson, 1983.

AUCOUTURIER, Bernard. **O Método Aucouturier – Fantasmas de Ação e Prática Psicomotora.** Aparecida, SP: Idéias & Letras, 2007.

AUCOUTURIER, Bernard e LAPIERRE, Andre. **Bruno: psicomotricidade e terapia.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1989 [1977].

BÉZIERS, Marie-Madeleine e HUNSINGER, Yva. **O bebê e a coordenação motora: os gestos apropriados para lidar com a criança.** São Paulo: Summus, 1994.

BRAZELTON, T. Berry. **Momentos decisivos do desenvolvimento infantil**. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

CARNÉ, Silvia. **A formação do psicomotricista à luz da prática psicomotora Aucouturier.** in PRISTA, Rosa M.(org.) Revista Mosaico Edição Histórica - As formações Brasileiras em Psicomotricidade. São Paulo: All Print editora, 2010a.

COSTE, Jean-Claude. **A Psicomotricidade**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981 [1977].

DIAS, Elsa Oliveira. **A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott**. Rio de Janeiro: Imago, 2003.

_____, Elsa Oliveira. **Sobre a confiabilidade e outros estudos.** São Paulo: DWW Editorial, 2011.

FAUCHÉ, S. **Du corps au Psychism: histoire et épistemologie da la psychomotricé.** Paris: Puf, 1993.

FERREIRA, C. A. M. **Introdução** in FERREIRA, C. A. M. (Org.); HEINSIUS, A. M. (Org.). Psicomotricidade na Saúde. Rio de Janeiro: Wak, 2010.

FERREIRA, C. A. M. (Org.). **Psicomotricidade: Da Educação Infantil à Gerontologia.** São Paulo: Lovise, 2000.

_____, C. A. M. (Org.); HEINSIUS, Ana Maria (Org.). **Psicomotricidade na Saúde.** Rio de Janeiro: WAK Editora, 2010.

_____, C. A. M. (Org.); HEINSIUS, Ana Maria (Org.); BARROS, Darcymires Do Rego (Org.). **Psicomotricidade Escolar.** Rio de Janeiro: WAK Editora, 2008.

_____, C. A. M. (Org.); RAMOS, Maria Inês (Org.). **Psicomotricidade Educação Especial e Inclusão Social**. Rio de Janeiro: WAK Editora, 2009.

_____, C. A. M. (Org.); THOMPSON, Rita (Org.). **Imagem e Esquema Corporal.** São Paulo: Lovise, 2002.

FERREIRA, C. A. M. (Org.); THOMPSON, Rita (Org.); MOUSINHO, Renata (Org.). **Psicomotricidade Clínica.** São Paulo: Lovise, 2002.

FONSECA, V. **Psicomotricidade e investigação** in FERREIRA, C. A. M. (Org.). Psicomotricidade Clínica. Rio de Janeiro: Lovise, 2002.

_____, V. **Psicomotricidade: Filogênese, Ontogênese e Retrogênese.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

_____, V. **Psicomotricidade: perspectivas multidisciplinares.** Lisboa: Ancora, 2001.

FREIRE, Ana Vitória. **Angel Vianna – Uma biografia da dança contemporânea**.
Rio de Janeiro: Dublin, 2005.

GALVÃO, Izabel. **Henri Wallon: uma concepção dialética do desenvolvimento infantil**. Petrópolis: Vozes, 2008.

JERUSALINSKY, A. et al. **Psicanálise e Desenvolvimento Infantil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

KHAN, M. Masud R.. "Prefácio" a Winnicott Donald D.. **Da pediatria à Psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago, 2000, p. 11-54.

LACERDA, Yara. **Práticas holísticas: a contribuição dos relaxamentos na Psicomotricidade** in FERREIRA, C. A. M. (Org.); HEINSIUS, A. M. (Org.). "Psicomotricidade na Saúde". Rio de Janeiro: Wak, 2010.

LAPLANCHE E PONTALIS. **Vocabulário da Psicanálise.** São Paulo: Martins Fontes, 2012.

LAPIERRE, Andre. **Da psicomotricidade relacional à análise corporal da relação.** Curitiba: UFPR, 2002.

_____, Andre. **O adulto diante da criança**. São Paulo: Editora Manole, 1987.

LAPIERRE, Andre e AUCOUTURIER, Bernard. **A simbologia do movimento: Psicomotricidade e educação.** Curitiba: Filosofart, 2004, [1976].

_____, Andre e Aucouturier, Bernard. **Fantasmas corporais e prática psicomotora**. São Paulo: Manole, 1984.

LAURENTIIS, Vera Regina F. **A incerta conquista da morada da psique no corpo em D. W. Winnicott.** In DIAS, E. O. (Org.); Loparic, Z. (Org.) "Winnicott na Escola de São Paulo". São Paulo: DWW Editorial, 2011.

LE BOULCH, Jean. **O desenvolvimento psicomotor: do nascimento aos seis anos.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

LE CAMUS, Jean. **O corpo em discussão: da reeducação psicomotora às terapias de mediação corporal.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

LEJARRAGA, Ana Lila. **O amor em Winnicott.** Rio de janeiro: Garamond, 2012.

LEVIN, Esteban. **A clínica psicomotora: o corpo na linguagem.** Petrópolis: Vozes, 2001.
LOPARIC, Zeljko. **O 'Animal Humano'.** In: Natureza Humana, Revista de Filosofia e Psicanálise. São Paulo: Educ, Vol. II, n.2, 2010.

LORENZON, Agnes. **Psicomotricidade: teoria e prática.** Porto Alegre: Edições Est, 1995.

MENDONÇA, Maria Emília. **A psicomotricidade e a educação somática à luz da psicanálise winnicottiana.** 2007. 257 p. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

MORIZOT, Regina. **A história da Psicomotricidade** in PRISTA, Rosa M.(org.) Revista Mosaico Edição Histórica - As formações Brasileiras em Psicomotricidade**.** São Paulo: All Print editora, 2010a.

_____, Regina. **O itinerário da Psicomotricidade** – I Seminário Alagoano de Psicomotricidade. Outubro 2004.

_____, Regina. **Apresentação** in FERREIRA, C. A. M. (Org.); HEINSIUS, A. M. (Org.). Psicomotricidade na Saúde. Rio de Janeiro: Wak, 2010b.

PLASTINO, Carlos Alberto. Winnicott e seus interlocutores. In: BEZERRA, B. e ORTEGA, F. (Org.). **Winnicott: A fidelidade da heterodoxia.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2007.

_____, Carlos Alberto. **Vida, criatividade e sentido no pensamento de Winnicott**. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2014 (prelo).

PRISTA, Rosa Maria (org.) **Revista Mosaico Edição Histórica - As formações Brasileiras em Psicomotricidade.** São Paulo: All Print editora, 2010a.

SABOYA, Beatriz. **Bases Psicomotoras**. Rio de Janeiro: Trainel, 1995

SAMI-ALI. **Corpo real, corpo imaginário: para uma epistemologia psicanalítica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

SÁNCHEZ, Pilar. **A Psicomotricidade na educação infantil: uma prática preventiva e educativa**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

SCHILDER, Paul. **A imagem do corpo: as energias construtivas da psique**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOMOTRICIDADE. Disponível em: HTTP://www.Psicomotricidade.com.br Acesso em: 10/08/2007.

TEIXEIRA, Letícia. **Conscientização do Movimento: Uma prática corporal**.
São Paulo: Caioá, 1998.

_____, Letícia. Angel Vianna: a construção de um corpo. In PEREIRA, Roberto e SOTER, Silvia (orgs). **Lições de Dança 2**. Rio de Janeiro: Univercidade Editora,

2000.

TEIXEIRA, Letícia. Conscientização do Movimento. In CALAZANS, Julieta, CASTILHO, Jacyan e GOMES Simone (orgs). **Dança e Educação em Movimento**. São Paulo: Cortez, 2003.

TOLEDO, Sabrina. **A Expressão Corporal em Patricia Stokoe: uma abordagem psicomotora** in FERREIRA, C. A. M. (Org.); HEINSIUS, A. M. (Org.). "Psicomotricidade na Saúde". Rio de Janeiro: Wak, 2010.
(ISBN 978-85-7854-086-9)

_____, Sabrina. **Diálogo-tônico: a silenciosa comunicação mãe-bebê** in Cadernos de Psicanálise – CPRJ, Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro, ano 31, n.22, p. 193-205, 2009.

_____, Sabrina. **Há monstros dentro do armário? Uma experiência clínica à luz da teoria winnicottiana** in Rosa Reis (Org.). "O pensamento de Winnicott: a clínica e a técnica". São Paulo: DWW, 2011.

_____, Sabrina. **Integração, personalização e realização: a teoria do desenvolvimento emocional primitivo**. 2008. 96 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

_____, Sabrina. **Psicomotricidade e Expressão na educação infantil** in FERREIRA, C. A. M. (Org.); HEINSIUS, A. M. (Org.); BARROS, D. R. (Org.). "Psicomotricidade Escolar". Rio de Janeiro: Wak, 2008.
(ISBN 978-85-88081-89-5)

VECCHIATO, Mauro. **Psicomotricidade Relacional e terapia**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

VIANNA, Klauss. **A Dança**. In CARVALHO, Marco A. (col). São Paulo: Summus Editorial, 2º ed, 2005.

VIEIRA, J. Leopoldo. **Psicomotricidade Relacional: A teoria de uma prática.** Curitiba: Ciar, 2005.

WINNICOTT, Clare. **D. W. W. Uma Reflexão** in Winnicott. "Explorações Psicanalíticas". Porte Alegre: Artes Médicas, 1994.

WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise** [1958]. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

___ "A mente e sua relação com o psicossoma" [1949].

___ "A preocupação materna primária" [1956].

___ "A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal" [1954-5].

___ "Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico" [1954].

___ "Desenvolvimento emocional primitivo" [1945].

WINNICOTT, D. W. “Retraimento e regressão” [1954].

_____, D.W. **Explorações Psicanalíticas.** Porte Alegre: Artes Médicas, 1994.

___ “A experiência mãe-bebê de mutualidade” [1969].

___ “A importância do setting no encontro com a regressão na psicanálise” [1964].

___ “A psicologia da loucura: uma contribuição da psicanálise” [1965].

___ “Fisioterapia e relações humanas” [1969].

___ “Medo do colapso” [1963].

___ “Nada no centro” [1959].

___ “Notas sobre retraimento e regressão” [1965].

___ “O conceito de regressão clínica comparado com o de organização defensiva” [1967].

___ “O destino do objeto transicional” [1959].

___ “Psiconeurose na Infância” [1961].

___ “Sobre as bases para o self no corpo” [1970].

___ “Transtorno [*disorder*] Psicossomático” [1964].

_____, D.W. **Natureza Humana** [1954]. Rio de Janeiro: Imago, 1990b

_____, D.W. **O Ambiente e os Processos de Maturação** [1965]. Porte Alegre: Artes Médicas, 1983.

___ “A integração do ego no desenvolvimento da criança” [1962].

___ “A capacidade de estar só” [1958].

___ “Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos de certos opostos” [1963].

___ “Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo” [1963].

___ “Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica [1963].

___ “Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro self” [1960].

_____, D.W. **O Brincar e a Realidade** [1971]**.** Rio de Janeiro: Imago, 1975.

___ “A criatividade e suas origens”

WINNICOTT, D. W. “Objetos transicionais e fenômenos transicionais” [1953].

___ “O uso de um objeto e o relacionamento através de identificações” (1969).

_____, D.W. **O gesto espontâneo**. São Paulo: Martins Fontes, 1990a.

_____, D.W. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

___ “A amamentação como forma de comunicação” [1968]

___ “A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências” [1968]

___ “A mãe dedicada comum” [1966]

___ “A dependência nos cuidados infantis” [1970]

_____, D.W. **Pensando sobre crianças**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

___ “Para um estudo objetivo da natureza humana” [1945]

_____, D.W. **Privação e delinquência**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

___ "O desenvolvimento da capacidade de envolvimento" [1963].