

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
CETREDE – CENTRO DE TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOMOTRICIDADE

**A BIOENERGÉTICA COMO RECURSO NO CONTROLE DO TRANSTORNO
HIPERCINÉTICO**

GLÁUCIA BARBOSA OLIVEIRA

FORTALEZA – CEARÁ

2006

Gláucia Barbosa Oliveira

**A BIOENERGÉTICA COMO RECURSO NO CONTROLE DO
TRANSTORNO HIPERCINÉTICO**

Monografia apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Psicomotricidade, pela Universidade Federal do Ceará.

Fortaleza –Ce
2006

Esta monografia foi submetida como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Especialista em Psicomotricidade pela Universidade Federal do Ceará e encontra-se à disposição dos interessados na Biblioteca Central da referida Universidade.

A citação de qualquer trecho desta monografia é permitida, desde que seja feita de conformidade com as normas da ética científica.

Gláucia Barbosa Oliveira

Monografia aprovada em: ____/____/____

Gláucia Maria de Menezes Ferreira. L.D
Orientadora

A Deus, em primeiro lugar, por ter-me dado forças para realizar mais este sonho; à minha família pelo apoio e, em especial, à minha irmã Carla onde encontrei incentivo para concluir este trabalho.

À minha orientadora Prof^ª Gláucia
Maria de Menezes Ferreira, pelos ricos
momentos compartilhados.

O tato é uma das linguagens básicas de músculos, nervos, amor...

Ser segurado é sustento, ser tocado é contato, ser tocado com sensibilidade é ser cuidado...

Gunther

RESUMO

O presente estudo discute o transtorno psicomotor hiperkinético e a utilização da bioenergética como ferramenta no trabalho do profissional que lida com as questões corporais, o psicomotricista. Sobretudo, explora as informações obtidas em pesquisas sobre o corpo e faz um levantamento das principais contribuições clínicas e educativas do tema. Mediante a prática atual da psicomotricidade como mediadora da linguagem corporal do sujeito atrelado ao seu conteúdo psico-afetivo-cognitivo, traça um paradoxo entre a práxis motora do psicomotricista na tentativa de interagir com outros conhecimentos, e teorias afins na busca de tornar o sujeito hiperativo melhor ou mais próximo de sua consciência corporal.

Palavras – Chave: Psicomotricidade- Bioenergética- Transtorno Hiperkinético

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
1.1 A HISTÓRIA DO CORPO.....	11
1.2 CORPO E CORPORIFICAÇÃO.....	14
1.3 LEITURA CORPORAL SEGUNDO A PSICANÁLISE, BIOENERGÉTICA E PSICOMOTRICIDADE.....	16
2. O TRANSTORNO HIPERCINÉTICO NUMA ABORDAGEM PSICOMOTORA	
2.1 CARACTERIZAÇÃO DAS INSTABILIDADES.....	31
2.2 POSSÍVEIS FATORES ENVOLVIDOS NA GÊNESE.....	34
2.3 A INSTABILIDADE SOBRE O OLHAR DO OUTRO.....	35
3. UTILIZAÇÃO DA BIOENERGÉTICA NA PRÁTICA PSICOMOTORA	
3.1 O PAPEL DO PSICOMOTRICISTA.....	37
3.2 CARGA, DESCARGA, ENERGIA E MOVIMENTO.....	40
3.3 TRABALHO CORPORAL E SUA IMPORTÂNCIA.....	41
CONCLUSÃO.....	45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46

1. INTRODUÇÃO

Para responder às questões envolvendo o corpo, muitos teóricos buscaram na ciência, uma forma para explicar tais fenômenos. Entretanto, o pensamento da época era ainda muito pouco específico, pois fatores sócio-políticos e religiosos detinham a evolução das pesquisas nessa área.

Sobretudo, com as mudanças no final do séc. XIX muitos pensadores apostaram em leituras e teorias que relacionavam o corpo ao mecanismo de dissimulação das questões psíquicas da humanidade.

Faz-se referência neste trabalho às importantes contribuições de Freud (1909), Reich (1968), Lowen (1982), Levin (1995), Lapierre (2002), Le Boulch (1985), Ajuriaguerra (1994), Fonseca (1992) entre outros.

Este trabalho buscou ressaltar a importância da intervenção do psicomotricista na sua prática clínica, fundamentada nos conceitos bioenergéticos. Tendo em vista o surgimento de novas técnicas e metodologias, é feito um contraponto entre a atuação do terapeuta motor e a utilização dos conceitos de dinâmica corporal aplicados em bioenergética.

A psicoterapia corporal é um mecanismo facilitador nos processos de análise e expressão do corpo, introduz a nível energético o cliente em contato com o seu corpo, sua existência, promovendo um melhor conhecimento físico e emocional.

Através do processo de autoconhecimento, elaboração, expressão-dinâmica-corporal, o sujeito permanece em contato com seu corpo, seu eu, sua energia, e é neste jogo que se caracteriza a autodescoberta.

Nesta linha de trabalho encontra-se o psicomotricista, responsável por propor os exercícios e técnicas durante as sessões psicomotoras. O espaço lúdico-terapêutico se propõe a trabalhar todas as dificuldades e queixas do cliente, tornando-se um lugar de aproximação psico-afetiva, e de troca de informação, relacionando-as ao corpo.

O primeiro capítulo trata da história do corpo, sua conotação nas várias épocas, relacionando com o fator sócio-político-cultural, a distinção entre corpo e corporificação (tornar-se corpo), e conseqüentemente o estudo mais específico das teorias que de forma direta, contribuíram para a evolução das terapias do corpo.

O segundo capítulo se destina ao transtorno hiperkinético, focando suas causas, conseqüências e tratamento, numa visão psicomotora.

O terceiro e último capítulo se propõe a fazer um contraponto entre a utilização da bioenergética na prática psicomotora, contribuindo através dos exercícios bioenergéticos com o tratamento do paciente portador do transtorno hiperkinético (hiperativo).

Esta monografia é uma revisão bibliográfica das obras de autores e teóricos aqui citados, buscando contribuir de forma significativa para a compreensão do assunto.

1.1 A HISTÓRIA DO CORPO

“Neste intrincado, denso e úmido emaranhado de células que nos constitui (e não em algo imaginário atrelado a ele), encontra-se a essência de todo o amor e ódio, alegria e tristeza, análise realista e imaginação excitante que vivenciamos durante nossa passagem por este planeta. E é apenas porque algumas células emitem sinais químicos e elétricos, para se comunicar umas com as outras, que afinal somos capazes de pensar e sentir”.(KONNER, apud JOHNSON, 1990 p.55)

Durante a mudança do séc. XIX para o séc. XX houve um resgate na melhoria da vida corporal. Johnson (1990), destaca que este processo ocorreu devido à quebra de ideais democráticos, juntamente com a centralização do poder industrial. Concomitantemente, o papel da indústria criou um segmento de saúde individualista, onde o indivíduo não conseguia apropriar-se de seu corpo, suas emoções, sua experiência pessoal, isso fez crescer o que ele chamou de rede de “controles sociais”. Dentro da política de união entre o poder das grandes empresas e a medicina científica, o corpo, tornou-se algo valorizado no sentido das pesquisas para novas drogas e medicamentos.

Johnson (1990, p.43), remete ao dualismo proposto por Descartes dizendo que *“O dualismo entre corpo e mente que sustenta o autoritarismo é mais do que uma teoria verbal, explicitamente ensinada. Na verdade, tais doutrinas provavelmente teriam pouco efeito se não fossem reforçadas por uma grande variedade de técnicas de condicionamento corporal que educam as pessoas no sentido de buscarem instintivamente orientação fora de si mesmas”*. Observa-se que a medida do tempo somos treinados a obter condutas ou padrões de comportamento que se iniciam na infância e continuam na vida adulta. Para o referido autor, esse controle corporal está ligado ao que denominamos *Status quo*.

“Status vem da palavra latina que significa” posição”. Status quo refere-se a posição que a pessoa toma previamente, portanto manter o status quo quer dizer permanecer no mesmo lugar mesmo que tudo o mais tenha mudado. Treinar as pessoas para manter isso requer educá-las para permanecerem paradas.”(JOHNSON, 1990 p. 44)

Sistematicamente os mecanismos de controle da conduta aparecem nas mais diversas instituições ligadas ao treinamento e condicionamento humano. JOHNSON (1990), afirma que nas escolas, clínicas psiquiátricas, bem como no regime militar, o enfoque é dado ao controle dos impulsos, sensações, o que muitas vezes torna o indivíduo distante de si e de suas questões. Este auto-controle é criado desde a infância e repassado na escola através da postura, forma de falar, se expressar, permanecer “imóvel” na sala de aula, por exemplo. Quando o indivíduo, na vida adulta, faz parte de um sistema de recrutamento, também é confinado às suas emoções e aprende a conter-se diante das autoridades. Se o sujeito busca tornar-se autêntico, faz uso de seu magnetismo pessoal, ou simplesmente entra em contato com sua camada mais interna, expressando-se, foge à realidade, desvia-se da conduta ou norma social e é aprisionado dentro de si novamente por meio de drogas e medicamentos orientados por médicos e especialistas.

Sobretudo, na condição de “preso” é retirado do cenário da sociedade permanecendo nas casas psiquiátricas sem a liberdade a que lhe é de direito. O comportamento característico (idiossincrático) em geral é punido, de forma que muitas vezes, fatores externos tornam-se grandes influenciadores no descontrole orgânico. Johnson (1990) aponta que em alguns casos, situações de hiperatividade nas escolas, é causada por uma rigidez nos padrões e que as crianças não tem sua autonomia respeitada.

“A perversão de nossos valores em parte é causada por nossa educação, que nos encoraja a sentir que nossos pontos de vista e ideologias são uma coisa e nossos corpos uma outra” (JOHNSON, 1990 pg 56). Somente após a ruptura com o modelo “mecanicista” de corpo proposto por Descartes, surgiram idéias inovadoras de neuropsiquiatras, psicólogos gestaltistas, fenomenologistas e psicanalistas europeus contribuindo para uma visão mais co-ligada á relação emocional do sujeito e os distúrbios corporais.

Johnson (1990) faz referência a Henry Head onde argumentava que todo indivíduo tem uma imagem constante de seu corpo e das relações entre suas partes. Sigmund Freud em estudos sobre a histeria, observou a existência de alguma “distorção” na concepção que a pessoa tem de seu corpo ou da imagem de seu corpo.

O alemão Paul Schilder afirma que a visão que temos de nosso corpo abrange nossa história psicológica e sofre influência de fatores externos como dança, moda, ginástica e estilos de movimentos expressivos. Posteriormente, Freud contextualizou a maneira como o indivíduo organiza seu corpo de modo a se defender de um mundo eminentemente ameaçador. Wilhelm Reich, aluno de Freud, pesquisando sobre a dificuldade na função sexual de seus pacientes, ateve-se ao estudo da base neuromuscular da psicologia, descobrindo que a “doença mental” vinha sempre acompanhada de distúrbios na capacidade de se atingir o orgasmo, da mesma forma que a rigidez característica do movimento corporal corriqueiro de uma pessoa também está ligada ao desempenho sexual. O resultado de uma rigidez muscular, criada pelo indivíduo para inibir impulsos de medo e raiva se acumulava no que ele chamou de “couraça muscular”

“Eu comparava a estratificação do caráter a estratificação dos depósitos geológicos que também são história solidificada. Um conflito, combatido numa determinada idade, sempre deixa atrás de si um vestígio no caráter do indivíduo. Esse vestígio se revela como um enrijecimento do caráter. Funciona automaticamente e é difícil de ser eliminado. O paciente não o sente como algo estranho, mais freqüente, experimenta-o como uma rigidificação ou perda da espontaneidade. Cada uma das camadas da estrutura do caráter é uma parte da história da vida do indivíduo, conservada, e, ativa no presente. A experiência mostrou que os velhos conflitos podem ser facilmente reativados através da soltura dessas camadas. Se as camadas de conflitos enrijecidos eram especialmente numerosas e funcionavam automaticamente, se formavam uma unidade compacta e de difícil penetração, o paciente as sentia como uma “couraça” envolvendo o organismo vivo. Essa couraça podia estar na “superfície” ou na “profundeza”, poderia ser “macia como Uma esponja” ou “dura como uma rocha”. Sua função em todos os casos era proteger a pessoa contra experiências desagradáveis. Entretanto, acarretava também uma redução da capacidade do organismo de prazer” (REICH, apud JOHNSON, 1990 p.71-72)

Embora após anos de estudos e descobertas, a humanidade ainda acolhe métodos que nos ensinam a utilizar nosso corpo imposto à criança de modo a criar os corpos que conhecemos e diferentes de uma cultura à outra. A verdade é que diversas culturas têm diferentes estilos de uso e desenvolvimento do corpo.

Para Johnson (1990, p.104) *“A sociedade impõe modelos de corpos ideais, criando um sentimento de que podemos ser mais do que somos. Há muitos ideais que vão da boneca Barbie aos heróis musculosos. Nós o vemos em toda parte. Eles aparecem tanto na mídia eletrônica quanto na mídia comercial, na forma de modelos e superestrelas”*.

Este padrão acaba alienando as pessoas e distorcendo sua própria imagem corporal, ocasionando transtornos de ordem psíquica como é o caso da bulimia, onde o sujeito acarreta uma desordem orgânica e alimentar. *“Cada um de nós é influenciado por uma combinação única de ideais. Os que escolhemos dependem de vários fatores, como nosso sexo, posição social, status econômico e social, profissão e história psicológica”*.(JOHNSON, 1990 P.105)

1.2 Corpo e Corporificação

“Nós, os seres humanos, ao sermos captados pela linguagem, diferenciamos-nos do reino animal, deixamos de ser puro corpo e pelo ingresso ao universo simbólico podemos tê-lo e, portanto, sermos sujeitos com um corpo” (LEVIN. 1995 p.48)

Para Levin (1995) o que nos torna singular, sujeito único, é a capacidade de comunicação através do uso da linguagem e do pensamento. Este nos possibilita um apropriar-se deste corpo entrando em contato legítimo com suas questões. Na realidade, o corpo é o meio do homem se relacionar, interagir, presentificar suas experiências corporais, traduzindo-lhes um significado.

Santos (2003) nos apresenta a perspectiva de Heidegger *“todo existir, nossa relação é necessariamente corporal, mas não apenas. É corporal em si. Só que antes é preciso determinar o existir como relação com o mundo”*.(HEIDEGGER, apud SANTOS 2003 p.260).A relação que o sujeito estabelece com as coisas, os objetos, o meio ambiente, lhe possibilita, sentir, experimentar, perceber o mundo com seu próprio corpo.

Segundo Merleau – Ponty *“O corpo próprio se compreende como ser de situação, ser no mundo ou como um existir. Ele é expressão e manifestação de uma subjetividade, é a maneira de um sujeito estar presente ao mundo, aos outros e as coisas, bem como a maneira de como estas se tornam presentes para o sujeito”*.(MERLEAU - PONTY, apud CAPALBO, 2003 p.12)

Para o referido autor, através do corpo e sua linguagem, o sujeito torna-se acomodado a outrem e desta conduta se lança o olhar do outro sobre o indivíduo, o seu corpo e o seu corporar.

Todavia, este contato estabelece uma forma única de diálogo e interpretação. O “seu corpo” é visto e dessa forma há uma manifestação de cuidado do outro para com ele *“O ser humano vive o significado de sua vida por meio do cuidado, uma vez que o cuidar é um processo (interativo) de ajudar o outro ser a crescer e a se realizar”*. (MAYEROFF, apud CARVALHO 2003 p.237).

O corpo é sinônimo de vida, de vivência, expectativa sobre o mundo e seus objetos. É na manifestação do cuidar que se torna além de um ato, um momento de atenção, que o “cuidador” apropria-se das questões corporais do sujeito, formando um “elo” que permeia uma troca de informações entre o “cuidado” e o “cuidador”.

No entanto, para facilitar o contato e a interação no processo Carvalho (2003) Sugere que se utilize recursos de aproximação, observação rápida, postura e expressão corporal, a fim de que a pessoa cuidada perceba a presença do cuidador e seu toque de afeto.

“Mas cuidar não é tão simples. O que quero dizer é que antes de aprender a cuidar é necessário aprender a conhecer o corpo, suas respostas sensório – mentais, suas necessidades, tanto do corpo de quem cuida como do corpo de quem é cuidado”.(CARVALHO 2003 p.238).

Wilhelm Reich acrescenta *“O corpo é o inconsciente visível, é o nosso texto mais concreto, nossa mensagem primordial, a escritura de argila que somos. É também o templo onde outros corpos mais sutis se abrigam”.*(WILHELM REICH, apud CARVALHO 2003 p.239). Pressupõe –se que a prática corporal seja fundamentada na relação, no “ir” e “vir”, no sentir e no sentido.

O corporar é o significado da expressão livre do sujeito e sua inter-relação com o tempo e o espaço, não somente pôr em cena o corpo físico, mas também o corpo vivido onde se remontam as lembranças da primeira infância e também da vida adulta.

Para Carvalho (2001, p.239) é *“Descobrir o ser humano que existe no corpo, um corpo que se relaciona, que cria, que se expressa, que sofre repressões, que vibra, que se movimenta, um corpo às vezes tão esquecido por nós”.*

1.3 Leitura Corporal para a Psicanálise, Bioenergética e Psicomotricidade.

“Certas inadequações de nosso funcionamento psíquico e certas ações que são aparentemente involuntárias demonstram ser bem motivadas quando submetidas à investigação psicanalítica” (Freud, 1909 p. 152)

Por volta de 1892, Freud iniciava a elaboração da teoria da libido (energia sexual), postulando que era na presença da emoção associada à recordação que se produzia o efeito terapêutico.

Em 1894, Freud afirmou que a excitação sexual poderia se propagar como uma carga elétrica sobre a superfície do corpo, confirmando que a energia sexual (libido) poderia se concentrar não só nas partes genitais do corpo, mas também nas zonas erógenas. A partir de sua auto-análise, investigando minuciosamente os próprios sonhos e as motivações secretas de suas ações diurnas, Freud foi mergulhando na redescoberta de sua história libidinal até se deparar com a memória de seus próprios impulsos agressivos em relação ao pai, e eróticos dirigidos à mãe. A esse momento crucial do desenvolvimento do psiquismo humano, Freud chamou de Complexo de Édipo.

“Ao reportarmos as vicissitudes da enfermidade de um indivíduo às experiências de seus ancestrais, fomos longe demais; esquecemos que, entre a concepção e a maturidade de um indivíduo, há um longo e importante período da vida, sua infância, no qual se pode adquirir germes da doença posterior. E isso é o que efetivamente ocorre com a psicose”.(FREUD, 1996 p. 266)

De fato, os mecanismos do desejo, por um lado, e os do esquecimento, da repressão e do amortecimento da angústia relativos a esses impulsos, formam um complexo de forças extremamente complicado. A partir de suas experiências com pacientes histéricas, Freud acreditava que na relação terapêutica com o médico, repetia-se compulsivamente, o desejo sexual reprimido em relação à figura parental, e que toda a trama erótica da infância buscava expressão através dos sintomas. Os sintomas representavam uma forma anormal de descarga para determinadas quantidades de excitação, que não haviam sido descarregadas de outro modo.

Freud compreendeu prematuramente que se uma reação energética sob forma de descarga de sentimentos pudesse ser obtida de suas pacientes histéricas, seus sintomas melhorariam. *“O impulso sexual não é senão a lembrança motora de um prazer previamente experimentado”.* (FREUD, apud REICH, 1968, p. 54). No lugar da técnica inicial da hipnose, introduziu o princípio da livre associação, cuja regra principal consistia em que o paciente deveria relatar todos os pensamentos involuntários, mesmo que fossem perturbadores e repelidos. Desta forma nasceu a técnica terapêutica da Psicanálise.

A técnica da associação livre levou Freud rapidamente à descoberta do fenômeno da resistência, um obstáculo à análise sob forma de uma firme repressão de certas idéias e lembranças. Freud concluiu que as experiências esquecidas são o resultado de um processo que ele a princípio chamou de defesa e mais tarde, repressão.

Para Fadiman (1979) a essência da repressão consiste simplesmente em afastar determinado conteúdo do consciente, deixando-o longe por longo tempo. Sobretudo, a repressão desconsidera ao nível da consciência um acontecimento, fato ou uma emoção, que poderá gerar angústia ou desconforto, impossibilitando uma solução.

Por volta de 1910, Freud havia chamado a atenção para a necessidade de lidar com a resistência ao invés de diretamente com os sintomas. Contudo, a defesa surge como uma forma de controle por parte do ego à informação ameaçadora, formando a resistência. Freud denominou “conversão” o fenômeno no qual a emoção ou trauma sofrido pelo paciente é transformado em sintoma somático.

“Pois os acontecimentos e influências que estão na raiz de toda psicose pertencem não ao momento atual, mas a uma determinada época, eis por que o paciente nada sabe deles. Ele os esqueceu embora apenas em determinado sentido”.(FREUD, 1996 p. 255)

Para Silvadon e Fernandez-Zoila (1988), Freud implica o sexual no libidinal – afetivo enraizado no desejo. O corpo é investido no indivíduo (edipianização). Segundo ainda os autores, Freud coloca uma maneira de enfrentar as frustrações, construir formas de sublimação, relutando sob o sentir corporal. Os afetos – emoções se organizam na infância em torno dos *estágios pré-genitais* (oral, anal e fálico). Para Freud a criança sofre modificações nas formas de gratificação e nas áreas físicas de gratificação durante o seu desenvolvimento.

Fadiman (1979) aponta que na *fase oral* há uma necessidade de gratificação predominantemente em volta dos lábios, língua e posteriormente nos dentes. Sendo a boca a primeira área do corpo onde o bebê mantém seu controle, a maior parte da energia se acumula nessa área.

Sobretudo na *fase anal* por volta dos dois a quatro anos a criança apreende o controle esfinteriano. Nessa fase, a criança tem interesse pela micção e pela evacuação e seu controle é uma nova fonte de prazer.

A *fase fálica* se inaugura por volta dos três anos, é nesse momento do desenvolvimento infantil que estão voltadas a atenção da criança para a descoberta das áreas genitais do corpo. O menino descobre o “pênis” e a menina sente a falta de um. Freud chamou “castração” a angústia gerada pela falta de um “falo”, vivenciada pela criança. É na fase fálica que ocorre o Complexo de Édipo, o menino deseja estar próximo à sua mãe e seu pai assume a figura de um rival. Da mesma forma, para a menina que deseja inconscientemente seu pai, a mãe representa uma ameaça ao seu conteúdo libidinal.(amor ao pai). Na infância todo o complexo é reprimido, a essa tarefa se encarrega o *superego* (censura) em amadurecimento. O que ocorre posteriormente, é que de fato o indivíduo permanece na situação edipiana por um tempo indeterminado.

Ao iniciar a puberdade, após um período de latência, inaugura-se a *fase genital* onde sua característica principal é o retorno da energia pulsional (libido) aos órgãos genitais.

A concepção da psicanálise equacionada por Freud, procura desvendar as relações entre o soma e o psíquico, a partir das zonas do corpo (erógenas), que induzem processos libidinais vitais. Em contrapartida, infere a somatanálise de um “corpo emocional e intrapsíquico”.

Corpo e cérebro, motricidade e psiquismo, portanto, integram-se em co-interação mútua ao longo da ontogênese, um não é possível sem o outro, implicando daí a sua co-estabilidade.

É esse sentido de harmonia que ilustra a unidade psicossomática, algo que se pode dissociar nas perturbações psíquicas como a histeria, hipocondria, anorexia, catatonia, depressão, distímia, etc., a maioria das quais espelham uma linguagem do corpo própria.

Damásio (1995), evoca que o corpo e o cérebro encontram-se indissociavelmente integrados por circuitos neurais e bioquímicos reciprocamente dirigidos de um para o outro.

Para Garcia - Roza (1987, p.102) a liberação da sexualidade se dá não apenas mediante um estímulo externo sobre os órgãos sexuais ou de excitações internas emanadas desses órgãos, mas também a partir de idéias, isto é, a partir de traços de memória, paralela a descarga de energia da pulsão.

No entanto, a cada energia, se opunha uma força contrária, bloqueando as pulsões biológicas, para explicá-la, Freud apresentou as seguintes estruturas de personalidade. *Id, ego e superego*. O *Id* representa os instintos mais primitivos, organizados desde o nascimento, estabelecendo uma primeira expressão do psiquismo humano. O *ego*, na expressão de Freud significa:

“... Ele tem a tarefa de autopreservação. Com referência aos acontecimentos externos desempenha essa missão dando-se conta dos estímulos externos, armazenando experiências sobre eles (na memória), evitando estímulos excessivamente internos (mediante a fuga), lidando com estímulos moderados (através da adaptação) e, finalmente a produzir modificações no mundo externo, em seu próprio benefício (através da atividade). Com referência aos acontecimentos internos, em relação ao id, ele desempenha essa missão obtendo controle sobre as exigências dos instintos, decidindo se elas devem ou não ser satisfeitas, adiando essa satisfação para ocasiões e circunstâncias favoráveis no mundo externo ou suprimindo internamente as suas excitações. O ego se esforça pelo prazer e busca evitar o desprazer.”(FREUD, apud FADIMAN, 1979 p. 11)

Dessa forma, o *ego* é instituído pelo *Id* na tentativa de controlar seus impulsos baixando a tensão ocasionada. À medida que as estruturas se desenvolvem, elaborase o *superego* que nada mais é do que um “juiz”, controlador das atividades produzidas pelo *ego* na tarefa de criar uma “censura”. Suas funções são: consciência, auto-observação e elaboração de idéias.

Quando se refere ao objetivo da Psicanálise Fadiman (1979, p.16) diz “... O objetivo da psicanálise é liberar materiais inconscientes antes inacessíveis, de modo que se possa lidar com eles conscientemente”. E é desta forma que a terapêutica se faz, na análise, os sintomas tomam forma na histeria, nas convulsões, hipotonia, instabilidade e até mesmo na inibição psicomotora.

Na abordagem da bioenergética, sentimentos, atitudes e experiências passadas e atuais afetam as condições gerais de nosso corpo. O caráter de uma pessoa, tal como seu padrão típico de comportamento, também se revela a nível somático nas formas e movimento do corpo.

Segundo Reich (1968) as palavras podem mentir, mas a expressão nunca mente. Embora o indivíduo não tenha percepção quanto a isso, a expressão é a manifestação imediata do caráter.

A expressão corporal consiste na perspectiva somática de nossa expressão emocional típica, que a nível psíquico é o que definimos como nosso jeito de ser, assim a rigidez do corpo está relacionada com a rigidez psíquica. Ao observarmos nossas tensões corporais descobriremos como impedimos o fluxo de nossas emoções e como podemos ser percebidos pelos outros.

“... assim era necessário encontrar os mecanismos que inibiam as reações de ódio a fim de liberar a energia encravada. E nisto, a couraça de caráter, sob a forma de bloqueio afetivo, tornou-se o campo mais fértil de pesquisa” (REICH 1968, P. 142)

As tensões musculares crônicas, ou couraças musculares servem para manter a economia em equilíbrio, retendo a energia que não pode ser descarregada. O sujeito desde os primeiros anos de vida e com o passar do tempo esses bloqueios aparecem num corpo subcarregado, hipercarregado, cindido, sem expressão, sem harmonia etc.

Para compreender o que o nosso corpo expressa, vale observar nossa respiração, olhar, expressão facial, postura, andar, voz, estilo no vestir, sensações táteis, relação sexual etc.

Reich (1968) afirma que não é fácil dizer o que torna possível receber uma impressão direta da expressão corporal de uma pessoa, e encontrar a maneira correta para exprimir o que percebemos.

O interesse de Wilhelm Reich pela biologia e pelas funções naturais da vida, originou-se na infância. Reich, jovem médico do início dos anos 20, chega a Viena movido por seu fervor político, filia-se ao partido comunista austríaco em 1927. Em 1928, Reich fundou em colaboração com o partido comunista austríaco, a Associação Socialista para Consulta e Investigação Sexual.

Dentro dos partidos políticos desenvolveu um trabalho educativo, na tentativa de demonstrar que as causas reais da repressão dos impulsos instintivos naturais e da miséria humana estavam nas próprias ideologias da sociedade.

“O que já estava claro, entretanto, é que toda supressão dos impulsos sexuais provoca ódio, agressividade não dirigida (inquietação motora sem um objetivo racional) e tendências destrutivas”. (REICH, 1968 p. 140)

Em 1934, Reich foi excluído dos quadros da Associação Psicanalítica Internacional. Assim Reich deixou de ser membro desses dois movimentos aos quais ele se entregou completamente. Estabeleceu-se em Nova York, onde em 1942 implantou um laboratório com o nome de Orgonon.

A primeira contribuição importante de Reich à terapia psicanalítica foi a elaboração de uma técnica para lidar com a resistência à análise, acentuando que a principal resistência revelava-se não só através do que o paciente dizia ou fazia, mas sim do modo como dizia ou fazia.

Em uma referência feita por Reich (1968 p. 151), ele diz *“... lado a lado com o “que” da velha teoria freudiana, coloquei o “como”. Já sabia que o “como”, a forma do comportamento e das comunicações, era muito mais importante do que o que o paciente dizia ao analista.”*

Reich tem uma visão mais otimista, de que o homem só resiste à cura porque essas resistências estão profundamente ancoradas no organismo através daquilo que chamou de defesas caracterológicas e couraça muscular. Reich diz que a resistência está sempre fora do acesso consciente e sua expressão se dá através de atitudes características. A teoria analítica do caráter demonstrou clinicamente que a formação do caráter era produto do choque entre os impulsos naturais da criança e as frustrações impostas pelo meio. As atitudes do caráter haviam surgido como tentativas da criança de se defender da angústia gerada pelos impulsos conflitantes: realizar seus impulsos libidinais e ao mesmo tempo ser reconhecida pelos objetos primários de seu desejo, isto é a mãe e o pai.

Nas palavras de Reich (1968 p. 34-35) quando se refere a Freud, encontramos que *“Freud afirmou que não podemos compreender completamente o que seja o instinto. O que experimentamos são apenas derivados do instinto; idéias e sentimentos sexuais”*.

Assim, o impulso originalmente orgânico ao se deparar com um mundo carregado de valores, se adapta valendo-se de recursos orgânicos musculares, respiratórios, metabólicos que atingem o sistema nervoso autônomo, responsável pelo fenômeno excitatório do organismo. Instala-se o que Reich chamou de couraça muscular do caráter. Reich ao estudar as mudanças nas posturas corporais que acompanhavam o aflorar das emoções demonstrou que a couraça caracterial psíquica correspondia uma couraça muscular somática, e passa a lidar com as neuroses do ponto de vista somático. *“O espasmo da musculatura é o lado somático do processo de repressão e a base de sua contínua preservação”*.(Reich, 1968 p.256)

Reich ampliou a teoria da libido de Freud para incluir todos os processos biológicos e psicológicos básicos, acreditando que as energias vitais em condições normais regulam-se espontaneamente, sem a necessidade do dever compulsivo ou da moralidade também compulsiva. A teoria do orgasmo partiu da diferenciação entre as neuroses atuais e as psiconeuroses elaboradas por Freud. Reich definiu sua nova técnica como vegetoterapia caractero-analítica ou simplesmente vegetoterapia que se

desenvolve através do trabalho de liberar as energias emocionais reprimidas, juntamente com a análise do caráter.

Dando continuidade as idéias de Reich, Alexander Lowen em 1945 atua como terapeuta reichiano, permanecendo assim até 1953. Lowen acredita que traumas psíquicos se manifestam em tensões físicas que bloqueiam o fluxo natural da energia vital, cria a Bioenergética que procura integrar corpo e mente, através da liberação de bloqueios corporais e da compreensão analítica dos processos energéticos.

O objetivo do tratamento para Reich era desenvolver no paciente sua capacidade de se entregar totalmente aos movimentos espontâneos e involuntários do corpo, aos quais fazem parte do processo respiratório, produzir um movimento de ondulação do corpo, chamado reflexo do orgasmo e uma sensação chamada por ele de vibração. Em seus pacientes ele aplicava uma pressão nas áreas de tensão muscular, a fim de facilitar o livre fluir dos movimentos, seguindo uma ordem sistemática em relação aos seguimentos corporais, do anel ocular ao pélvico.

A bioenergética tornou-se a mais conhecida das terapias corporais. É a teoria que considera a personalidade em termos do corpo e seus processos energéticos (produção de energia através da respiração e do metabolismo e descarga de energia pelo movimento). Lowen trabalhando com seu próprio corpo desenvolveu uma série de exercícios básicos para estimular a respiração e encorajar primeiramente a expressão da agressividade e assim possibilitar a entrega aos sentimentos sexuais.

Para Lowen (1982) o auto-apoio e a independência são pontos centrais no trabalho psicoterápico. O objetivo terapêutico é integrar o ego ao corpo e a sua busca de prazer e realização.

Reich buscou compreender o caráter através do seu papel na resistência à interpretação analítica da função na economia orgânica da libido. Lowen partiu para a compreensão da formação e estrutura do caráter, considerando este uma resultante de todas as experiências ocorridas desde a concepção até a maturidade. Os procedimentos, as técnicas são disparadores emocionais. Servem para ajudar o

paciente a entrar em contato consigo mesmo, com suas emoções, suas dificuldades e resistências.

A psicomotricidade nasce no momento em que o corpo se transforma num corpo falado. Inaugura-se com a necessidade da medicina, especificamente a neurologia, de encontrar uma área que explicasse certos fenômenos clínicos. Primeiro com *Tissié*, depois *Dupré* e fundamentalmente com *Wallon*, a psicomotricidade ganha definitivamente o reconhecimento institucional, onde atua e previne pelo movimento, os efeitos perversos de tensões e energias mal orientadas, onde através da função simbólica, as condutas agressivas, desviantes e atípicas se organizam progressivamente.

Contudo, no panorama dos exercícios e práticas voltados para o corpo, Psicomotricidade e Educação Física, se confundem. A discussão e rivalidade entre ambas foi-se dividindo, e, subseqüentemente divergindo entre o corpo do ponto de vista físico e o corpo anatômico, fisiológico com perturbações motoras de fundo psico-afetivo.

Guilmam, discípulo de Wallon, em centros de reeducação de pacientes com distúrbios de comportamento, desenvolve uma sistemática de psicomotricidade, essencialmente dirigida aos instáveis, aos impulsivos, aos emotivos.

A sua visão de exame psicomotor e de motricidade perturbada no contexto das alterações do comportamento, retoma a essência do pensamento walloniano, onde a origem dos atos irrefletidos, da instabilidade, impulsividade, turbulência, incontinência motora e das perturbações afetivas e emoções descontroladas, é concebida como distorções da maturação tônica e da integração do esquema corporal.

Psicomotricidade, ao contrário da educação física não privilegia o físico nem tão pouco valoriza os segmentos corporais e os componentes musculares. O corpo não é entendido como fiel instrumento de adaptação ao meio ambiente ou como instrumento mecânico, pelo contrário, o seu enfoque centra-se na qualidade relacional, visando à

fluidez eutônica, a segurança gravitacional, a estruturação somatognósica e a organização práxica expressiva do indivíduo.

O caminho percorrido pela criança durante sua fase de desenvolvimento, perpassa pela educação psicomotora, que aprimora sua capacidade de experimentação e exploração do meio.

O desenvolvimento das sessões psicomotoras coincide com o desenvolvimento evolutivo descrito por Wallon, Piaget e Freud, a partir das perspectivas psicobiológicas, cognitiva e psicanalítica, ou seja, a evolução a partir dos jogos de segurança profunda, dos sensório-motores, das atividades de jogo simbólico e das atividades de representação, buscando colocar a criança em uma situação que lhe permita viver emocionalmente o espaço, os objetos e as relações com os outros, dentro de um lugar preciso e adequado, adaptado a sua idade e ao seu nível de maturação.

André Lapierre (1986) fala do espaço infantil como um local de profilaxia, como um dos elementos mais importantes na vida social e que a educação não consiste somente na aquisição de conhecimentos e sim, ela deve preocupar-se com a formação da personalidade do indivíduo, nos seus aspectos mais profundos.

Daí a importância da educação psicomotora que é um processo de educação integral, visando o desenvolvimento físico, emocional, intelectual e social da criança, através da expressão corporal, destacando a relação existente entre a motricidade, a mente e a afetividade. A fim de facilitar a abordagem global do universo infantil por meio de brinquedos, jogos e brincadeiras.

Segundo Le Boulch (1966, p.24,25) *“a educação psicomotora deve ser considerada como uma educação de base na escola primária. Ela condiciona todas as aprendizagens pré-escolares e escolares: leva a criança a tomar consciência do seu corpo, da lateralidade, a situar-se no espaço, a dominar o tempo, a adquirir habilidades suficientes e coordenação de seus gestos e movimentos. A educação psicomotora*

deve ser praticada desde o início da infância e conduzida com perseverança permite prevenir certas inaptações difíceis de melhorar, quando já estruturadas”.

Ajuriaguerra (1988, p.210) nos diz ainda que *“é pela motricidade e pela visão que a criança descobre o mundo dos objetos, e é manipulando-os que ela redescobre o mundo”*. Sobretudo, para que a criança construa este aprendizado de forma significativa, ela precisa ter noção da distância do objeto até o seu corpo, de apreender o objeto, soltá-lo, realizando uma atividade corporal direcionada.

Baseando-se na seqüência do desenvolvimento, o domínio motor ocorre através dos movimentos reflexos, involuntários, habilidades básicas, que vão servir de base para a aquisição de tarefas complexas futuras. Juntamente com a edificação da postura, as noções espaciais contribuem para a autonomia da coordenação dos movimentos, em seu deslocamento no ambiente, através das noções de direcionalidade e relações espaciais entre o corpo e o meio.

Desenvolvem-se os fatores psicomotores mediante a maturação humana, tônus, equilíbrio, esquema corporal, imagem corporal, lateralidade, e orientação espaço-temporal, que são recursos indispensáveis ao desenvolvimento psicomotor.

A cada fator está associada uma relação no movimento e na expressão corporal do sujeito, garantindo-lhe uma consciência do próprio corpo. Em meio a este processo, encontra-se o brincar como campo de subjetivação na infância e espaço significativo para a estruturação dos mecanismos psicomotores.

Jardim (2002, p.41) diz que *“a brincadeira é uma atividade que se inaugura na infância, ao mesmo tempo em que define através da memória lúdica um eu-brincar colado á pele e ao espírito.”*

Dessa forma, o brincar representa a passagem do real ao imaginário sendo atravessado pelo simbólico, traduzindo através dos objetos as representações daquele

que brinca. Este o faz de forma espontânea, livre, sem regras, paradigmas. É na presença do lúdico que a criança se humaniza, representa seus desejos, conhece a si e a seu corpo, traduzindo sua linguagem simbólica.

Ferreira (2002, p.47) acrescenta ainda sobre o brincar *“o jogo e o brinquedo infantis produzem uma área intermediária onde a criança pode experimentar suas fantasias agressivas sem ser destrutiva com os outros e nem ser destruídas por eles”*.

Na expressão da agressividade deve-se levar em conta que o espaço seja propício para que a criança possa liberar expressões de fantasias agressivas nos objetos, como brincar de guerra, matar, ferir e morrer, por exemplo.

É no brincar, na vivência lúdica que a criança se desenvolve, se potencializa, como afirma Carné (2002, p.49) *“... A criança a princípio brinca para se divertir, para se lançar em desafios, para entreter-se, para encontrar sensações... progressivamente, descobre além do prazer de brincar, o prazer de falar, de pensar, de criar, de aprender, de agir pensando”*.

No campo clínico psicomotor, esta díade entre a representação das questões eminentes da criança por meio do brincar e a acolhida através do olhar do outro, são indispensáveis facilitadores no processo terapêutico.

A expressividade motora é a via privilegiada da criança de atualização fantasmática ao nível simbólico. No momento da brincadeira livre, a criança se utiliza da comunicação gestual, não-verbal, para mostrar seu desejo de ser compreendida, em sua área de respeito, segurança e acolhimento.

O psicomotricista se utiliza desta “chave” para conhecer o espaço psíquico da criança. A busca na transferência é a inter-relação entre a criança e seu mundo fantasmático com o sujeito acolhedor, observador, para uma possível intervenção a nível clínico.

Embora a criança se identifique com o terapeuta na linguagem tônico-emocional, é importante que no caso do portador do transtorno de déficit da atenção e hiperatividade (TDAH), o profissional consiga criar um espaço entre si e a criança, onde é neste espaço que se fortalecerá o trabalho da auto-estima, da afetividade, da

segurança e principalmente no controle da ansiedade, buscando um equilíbrio harmônico.

O plano terapêutico é voltado para atender as necessidades da criança na sua relação de desconforto e prejuízo com o sintoma apresentado. Os sintomas podem ser muitos, entretanto tomemos a criança na sua globalidade, pois a consequência de uma instabilidade irá desdobrar-se sobre o existir da criança afetando-a de forma ampla.

“O jogo espontâneo é o meio que temos para compreender e decodificar as relações que a criança desenvolve com o espaço, objetos, adultos e outras crianças. Sendo um espaço de desenvolvimento pessoal e de relacionamento interpessoal, possibilitando um investimento não em seus sintomas, mas nas suas possibilidades de crescimento e desenvolvimento de seu potencial”.(DUQUES, 2002 P.135)

Este é o corpo da psicomotricidade, que olha e escuta um sujeito em sua dimensão social, afetiva, intelectual e psicomotora, que busca em seu processo criar novas formas de conhecimento. Assim, assumindo uma postura ética, valorizando o

respeito pelas diferenças, pela diversidade, pelo desejo de cada um, pela singularidade do sujeito.

2. Transtorno Hiperkinético numa abordagem Psicomotora

“... da importância das primeiras comunicações das relações não-verbais que necessariamente têm com seu filho e das quais depende todo o seu futuro psicológico. É a partir das primeiras experiências que ele vai constituir, pouco a pouco, sem que ambos se apercebam, a estrutura básica da sua personalidade, o seu modo pessoal de ser, de agir e de reagir diante dos outros, diante dos objetos, diante do mundo que o rodeia”.

(André Lapierre e Anne Lapierre, 2002 p.230)

Há muitos anos foram reconhecidas crianças que não conseguiam se concentrar em nenhuma atividade por períodos longos de tempo e algumas destas pareciam movimentar-se demais o que caracterizou o transtorno hiperkinético.

Transtorno quer dizer “inquietação, agitação produzida por uma emoção, agitação tumultuosa, desinteligência, desunião. E também pode ser considerado como um estado afetivo penoso, com angustia, atividade mental excessiva, descontrolada. Assim, de acordo com essas definições, o sintoma psicomotor pode ser visto como um estado afetivo penoso, uma inquietação causada pelo corpo, por uma emoção, que dá voltas em torno de algo, tentando dominar com persuasão, o ânimo de alguém, fazendo-lhe mudar de propósito. O termo “Hiperatividade” está ligado à falta de atenção/concentração e a dificuldade no controle do impulso, tornando o sujeito muitas vezes inquieto.

Para Schwartzman (2001) nossa capacidade de manter a atenção voltada para um estímulo em determinado momento, nos torna capazes de aprender algo e executar várias atividades. No entanto, a criança portadora da instabilidade ocasionando muitas vezes uma alteração no comportamento, agitação, mudança freqüente de tarefas e pouca concentração nas mesmas.

Schwartzman (2001) acrescenta ainda que *“uma vez que este excesso de atividade não é voluntário e independe do desejo da criança, à medida que ela é repreendida pelos pais e/ou professores, vai construindo uma auto- imagem muito negativa”*.

Embora o transtorno hipercinético seja um distúrbio que se apresenta de forma de prevalente na infância, hoje, sabe-se que 50% das crianças com este diagnóstico apresentam persistência dos sintomas que o caracterizam na adolescência e fase adulta, ocasionando situações negativas tanto na vida profissional como na social.

No plano terapêutico, a psicomotricidade pode e deve atender as necessidades da criança na sua situação de desconforto com os sintomas apresentados. Dever-se-á levar como ponto de partida a criança na sua globalidade. Pois, antes mesmo de uma síndrome existe um ser e sua relação com o ambiente.

2.1 Caracterização das Instabilidades

Os estados tencionais se caracterizam por um quadro de agitação motora em que a criança não para no lugar e passa sem interrupção de uma atividade a outra.

Para Jean Bergés (1988) e seus seguidores as crianças instáveis apresentam uma paratonia, uma incapacidade de descontração muscular, quando se tenta fazer a criança girar, sente-se como que uma resistência do tronco, dos pés, que permanecem colados ao chão. Verifica-se também uma retenção de gestos, a motricidade é refreada, há um estado de contração muscular que aparece com parcimônia gestual e é traduzida por câimbras ou sensação dolorosa, isto acontece em atividades gráficas, por isso elas sentem dificuldades em escrever, por que este ato envolve, juntos, ombro, cabeça e mão.

Há ainda bloqueios respiratórios. Neste caso, a instabilidade possui um caráter brusco e explosivo, em que os estados de tensão dão muitas vezes falsa impressão de uma inibição, fazendo com que estas crianças apresentem uma instabilidade marcada por uma falência de motricidade do sistema de tensão. O corpo, neste caso, é visto como um conjunto nodal de tensões internas de restrições e de contenção e é tido como um envoltório entre o dentro e o fora.

Este envoltório é sentido como uma barreira, uma fortificação tônica, a instabilidade se constituiu como uma falência desse sistema. Nos estados de deiscência, a criança se apresenta hipotônica, flexível e pálida, geralmente longilínea, com gestos muitas vezes hábeis e rápidos, dando a impressão nas atividades gráficas de descontrole em vez de hipercontrole. A instabilidade não é explosiva, nem brusca, mas sim uma instabilidade de “estado”.

São crianças com respiração rápida, superficial, as mãos sempre úmidas. Nesses casos afirmam alguns autores que estamos diante de um caso particular do sistema inconsciente e pré - consciente.

Nas instabilidades, Bergés (1988) afirma que os limites corpóreos estão ausentes. O problema passa pelo limite, ou seja, pelo corte, pelo simbólico. A criança tem dificuldade de recortar sua forma, sua superfície corpórea para diferenciar-se dos outros.

O grafismo é desordenado, mas a escrita se normaliza com o passar do tempo. Tudo ocorre como se o corpo carecesse de fronteiras. Nas terapias de relaxamento, essas crianças apresentam dificuldades em sentir as fronteiras e os limites do corpo. A vivência nos estados de tensão aparece como cansaço, de evasão de energia, o envoltório do corpo aparece sem consistência, feito de falhas.

Ao invés de tensão interna, há um vazio interno. No que se refere ao esquema corporal, afirma-se que elas não têm “fronteiras”, não tem limites, vivem no “mundo da lua”.

Não estão onde o olhar do outro o esperam que estejam. Sua instabilidade é uma tentativa de estabelecer uma fronteira, de suprir uma ausência de contato, esbarram em objetos, estão sempre dependendo de alguém.

Para alguns a síndrome hipercinética está ligada em parte aos estados de tensão e impulsividade e são reduzidas com o uso das afetaminas. Segundo os estudos de P. Wender (1971) a síndrome de disfunção cerebral mínima se caracteriza como:

“Um dispositivo do comportamento motor, hiperatividade e alteração de coordenação, distúrbio de atenção e distúrbio perceptivo, acompanhado ou não de dificuldade na aprendizagem escolar, distúrbio do controle dos impulsos, alterações das relações interpessoais, distúrbios afetivos, agressividade, etc.(AJURIAGUERRA, 1994 p.241)

Wender (1971) estudando a sintomatologia fez a distinção entre a neurológica leve ou menor e a neurológica importante. Descreveu ainda vários tipos de disfunções classificadas em hiperatividade neurótica, psicóticos, esquizofrênicos, distúrbios especiais de aprendizagem.No ponto de vista etiológico, ele ainda classificou a disfunção cerebral mínima como reativos aparentemente similares a hiperatividade orgânica, porém chamada de hiperatividade neurótica, no caso em que não há provas

de lesões cerebrais e sintomática que estão conjugadas a um retardo mental, um estado *Boderline* ou uma esquizofrenia. Assim encontramos de acordo com o Manual de Psiquiatria Infantil de Ajuriaguerra duas posições:

Para uns o diagnóstico do transtorno hipercinético está associado à tendência a distração, impulsividade, capacidade de atenção muito limitada. Já outros defendem que o transtorno está ligado aos distúrbios psicológicos particulares com perturbações perceptivas, visuais, auditivas e distúrbios da coordenação óculo – motora, da discriminação figura – fundo (gestalt), da constância da forma, da estrutura espacial.

Quando essas crianças são colocadas diante de índices alternativos contraditórios, são menos aptas a controlar seus comportamentos e a inibir as respostas corretas, são piores quando uma tarefa exige isolamento de um estímulo importante, ficando confuso. São atraídas mais pelo campo do estímulo, são mais lentas quando a atividade requer rapidez.

Segundo algumas literaturas, a hiperatividade tende a desaparecer na adolescência. Porém, há distúrbios psicológicos associados que ou melhoram ou assumem outros aspectos diferentes. As crianças portadoras do transtorno hipercinético, que não recebem apoio necessário podem desenvolver distúrbios sociais, emocionais e de comportamento como diminuição da auto – estima, depressão, ansiedade, distúrbios neuróticos, obsessivo-compulsivo, uso de drogas ilícitas e alcoolismo.

2.2 Possíveis fatores envolvidos na gênese

Ainda não se tem dados específicos de uma etiologia para o transtorno hipercinético, tem-se apenas o conhecimento de algumas anormalidades constitucionais presentes na história desse transtorno como por exemplo, o fator hereditário. Após estudos com gêmeos idênticos, criados por famílias distintas, apresentaram-se fatores envolvidos na predisposição a hipercinesia. Há evidências de

que se tenha a tendência a ter a disfunção. Pesquisam ainda alterações no gene transportador da dopamina.

Há possibilidade de relação com traumas durante o parto, uma situação causal significativa em crianças com história de traumas durante o nascimento. A disponibilidade materna para problemas intrauterinos também é fator considerável. Partos que tenham alterações como eclampsia e algumas substâncias ingeridas pela mãe durante a gestação podem resultar no desenvolvimento da hiperatividade.

Acredita-se também que uma dieta alimentar está ligada a hiperatividade. Existem algumas controvérsias com relação à questão sobre a possibilidade de que aditivos químicos, corantes artificiais e açúcar refinado possam estar presentes na origem da doença. Alguns estudos demonstram que crianças quando submetidas a dietas com baixo teor dessas substâncias tendiam a ter um leve melhoramento no quadro clínico da hiperatividade.

2.3 A Instabilidade sob o olhar do outro

A criança portadora da instabilidade psicomotora traz a sua postura implicada na relação com o outro. O outro que observa e é o portador de um desejo, de um comportamento de repouso e de obediência, queixa-se da instabilidade. Esse olhar antecipa a ação da criança, vigia sua ação. O trajeto da criança é precedido pela indicação do outro.

“No que se refere à imagem da criança instável, essa se mostra através de um desejo de se fazer notar, de se mostrar interessante, inconscientemente ela busca o olhar do outro”
(BERGÉS, 1988 p.57)

Nas instabilidades posturais ou tensionais, a relação com o outro é a do espelho da criança, onde ela nunca se vê do ponto de vista de onde olham para ela, mas é lá onde ela se reconhece.

Como cita Levin (1995, p. 119) sobre o olhar “É onde tu olhas para mim que eu (criança) posso começar a refletir-me para olhar”. E é por isso que se quer continuar olhando e, assim, o desejo insatisfeito se entrelaça nessa paradoxal função do olhar”.

Na criança com instabilidade postural, os esquemas e a imagem corporal são dados a ver ao olhar do outro. “Sua agressão, sua descontinuidade e necessidade de movimento são dados a ver ao outro (corpo materno), do qual não consegue se separar, gerando nela uma posição dada a ver para que não apareça sua posição enquanto sujeito desejante, dependente, desta forma do outro”.(LEVIN, 1995 P.160)

Deste modo, a criança fica situada na turbulência de seus movimentos e de seu corpo que continua no olhar do outro, confundindo o seu espaço, ou seja, as crianças com instabilidade motora, o olhar do outro está associado aos efeitos de ação sobre os objetos. Como diz Jean Bergés (1988), é mediatizada pelos objetos.

Ainda nas palavras deste autor, as crianças que apresentam instabilidade motora e as posturais, o registro sob o desejo do outro não funciona da mesma forma, ou seja, a criança que coloca em desordem uma peça, não é a mesma que funciona com tiques. Na instabilidade postural, o que falta é a imagem que se dá ao outro, dá-se a ver através das atitudes para aceitar a confrontação daquilo que falta.

A criança quer se fazer interessante e assim, exigir o desejo do outro, enquanto que a criança com instabilidade motriz, tende a redistribuir o espaço exterior através de um retorno a ações sobre os objetos. Nesse caso, há uma repetição motora, isto é, uma reação circular que constitui uma modificação da forma de espaço dos objetos, provocado pela criança instável. Assim, o instável postural dá a ver seu corpo nas atitudes corporais e o instável motor coloca em desordem os objetos que tem sentido para o outro. O outro, aqui, freqüentemente é a mãe, cujo olhar antecipa toda a posição da criança no espaço, num dispositivo, visando acalmar aquilo que seu próprio corpo tem de não finito, em razão da autonomia da criança.

Na visão de Levin (1995), é a partir do outro encarnado na mãe que a criança ocupa um lugar de “objeto” com o qual goza-se, objeto revoltoso e movediço, que tem que ser olhado constantemente. A criança toma a posição de objeto oferecido à vista do outro para que a partir daí se crie uma aparência de corte de diferenciação, renunciando-o seu próprio espaço, a apropriação de seu corpo, do seu limite para gozar e ser gozado pelo outro. Assim, evita apropriar-se do seu corpo e de criar sua imagem de sujeito para criar um espaço e um corpo diferente dos outros, que implicará sempre numa perda da simbolização do seu espaço e do seu corpo.

Para uma criança configurada neste âmbito da instabilidade, sua posição é ser instável e defende este lugar metafórico de compromisso que a ela deve pertencer. Na instabilidade o espaço é fechado, é bloqueado, o espaço é tido como uma grade que a impede de representar simbolicamente. O corpo do instável é visto, não como um órgão à procura de espaço, mas como lugar de desejo do outro. A criança instável não consegue construir seu espaço e o seu corpo, pois para construí-los é preciso que ela consiga gerar um espaço e um corpo diferentes do corpo materno.

3 .Utilização da Bioenergética na Prática Psicomotora

“Na clínica Psicomotora, o corpo vai constituindo-se, vai desbloqueando-se, transformando-se, na relação transferencial [...]. O desenvolvimento psicomotor da criança que encontra-se obstaculizado (por exemplo: por um transtorno psicomotor) começa a desamarrar-se e a constituir-se nele.

(LEVIN, 1995 p.137)

3.1 O papel do Psicomotricista

O Psicomotricista desempenha um papel muito importante, tanto no processo de diagnóstico quanto no processo terapêutico. No diagnóstico cabe ao psicomotricista o reconhecimento da criança que apresenta distúrbio psicomotor.

Nos primeiros contatos é importante observar o motivo ou queixa apresentada pelo paciente. No caso da clínica psicomotora, especificamente, o psicomotricista deve inicialmente fazer uma anamnese, ou levantar alguns dados sobre o histórico de vida do cliente, acerca de melhor percepção durante as sessões psicomotoras.

Contudo, a verbalização dos pais sobre o sintoma que acompanha seu filho é fator de grande valia em todo o processo. Subjacente, e não menos importante, o profissional deve se colocar de forma clara e objetiva diante das expectativas gerada pelos pais durante o tratamento.

“No terapeuta vê-se o outro nele o outro ganha corpo e isto é, produzido pela força do desejo inconsciente. [...] passa a ser outro imaginário, transferência de imagens. Por efeito da transferência, o que está em jogo no espaço clínico é o desejo do sujeito”.(LEVIN, 1996 p.138)

Para Levin (1995), o diálogo tônico-emocional entre o terapeuta motor e o paciente é baseado na troca de informação, de conteúdo, pelo olhar, olhar singular, que não julga, não antecede, apenas se coloca, aproxima, intermedia uma conversa através do simbólico, do gesto, movimento, postura e se faz compreender através da transferência na terapia.

Aqui inicia-se no espaço terapêutico a dinâmica corporal, onde”... o terapeuta vai situar-se em função do corpo subjetivo do paciente, e não o paciente em função do corpo do terapeuta.(*ibid*, p.137)

O Psicomotricista deve respeitar as dificuldades do cliente, seu ritmo e não colocá-lo em situações geradoras de ansiedade. É importante que se estabeleça um clima aberto e sincero, gerando confiança para que o cliente se sinta apoiado e tranquilo sobre as possíveis reações do profissional frente às suas dificuldades.

O portador de distúrbio psicomotor, geralmente, possui uma auto-imagem negativa, que é decorrente do fracasso motor. A valorização desta auto-imagem deve ser motivo de preocupação de todos aqueles que estão envolvidos no processo, caso o paciente venha sendo acompanhado por outros profissionais ligados a área de saúde, como por exemplo: fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional, pedagogo ou psicopedagogo.

A finalidade de ajudar o paciente a desenvolver sua auto-estima implica no desenvolvimento da autoconfiança necessária para que o mesmo se envolva no processo terapêutico e sinta prazer ao vivenciar o lúdico.

“... relativa à disponibilidade do corpo do terapeuta, que longe de inibir a espontaneidade na transferência, cria um espaço propício para o seu desdobramento”.(LEVIN, 1995 p.138)

É papel deste profissional detectar as causas e áreas que se encontram deficitárias e estimulá-las.

Para tanto é fundamental a doação do terapeuta ao processo, colocando-se diante do sofrimento do cliente, disponibilizando seu corpo para a representação do sujeito. Nas palavras de Levin *“O que se perde, em última instância é a pessoa do terapeuta (o seu corpo, suas interpretações, seus gestos...) Uma vez que, pela transferência, esta fica colocada de lado, em benefício do sujeito da transferência, pondo em jogo o seu desejo, e não o da pessoa do terapeuta psicomotor”.*(*ibid*, p.311).

A experiência clínica deste autor nos faz perceber o quão importante se faz a formação deste profissional, o psicomotricista. Para Levin (1995), o terapeuta deve passar por quatro fases indispensáveis para sua atuação na prática: 1-Análise Pessoal 2-Formação Específica 3-Supervisão 4-Formação teórico-clínica.

“Portanto para ser terapeuta em psicomotricidade, consideramos que seria necessário fazer análise ou haver passado por uma experiência analítica”.(LEVIN, 1995, p.313)

Nesta mesma linha de pensamento, o autor coloca que na formação específica, seja dada importância aos conceitos sobre corpo e seus fatores psicomotores, assim como também uma valorização na questão do olhar, do toque na terapia”...*è um tocar claramente discursivo que vem demarcar e situar o corpo da criança numa posição, especificando a sua postura.”*(*ibid*, p.314)

No entanto, a supervisão da atuação do psicomotricista é condição operante nesta prática, pois é o canal que liga o psicomotricista ao conteúdo da terapia e suas formas (leitura) de solucioná-lo. Muitas vezes é aqui na supervisão, que o terapeuta se vê enquanto sujeito e verifica suas questões (resistências) que estão bloqueando o processo na clínica psicomotora.

“O supervisor, que partindo das próprias dúvidas e questões do psicomotricista acerca dos diferentes momentos do tratamento, ajuda a olhar e a analisar o material clínico que por diferentes circunstâncias preocupa-o”. (LEVIN, 1996 P. 331)

Nas palavras de Levin (1996), *“Ir fazendo-se terapeuta em psicomotricidade é um trabalho sem fim que determina uma contínua transformação, já que cada vez, com cada paciente, começa o trajeto marcado com particularidades que não conclui a não ser num novo recomeço...”*(*ibid*, p.341).

Portanto, como cita Carvalho (2001) *“se decidimos cuidar das pessoas por que imaginamos poder ajudá-las, precisamos lembrar que não podemos estar fechados em nós mesmos. Quando se cuida de alguém surge um fenômeno de troca entre o cuidador – cuidado.”*(*ibid*, p.248)

Por isso na psicomotricidade, devemos estar motivados, bem intencionados e conscientes, por que é desta forma que devemos dirigir nossa maneira de cuidar,

assim transmitindo proteção, carinho, segurança e amor em meio a todas as turbulências vivenciadas pelo paciente.

3.2 Carga, descarga, energia, movimento

“Podemos, porém, aceitar a proposta fundamental de que a energia está envolvida em todos os processos da vida, nos movimentos e pensamentos, e que os mesmos chegariam ao fim se a fonte de energia para o organismo se esgotasse”.(LOWEN, 1982 p. 40)

Para Lowen (1982), a energia está envolvida em todo o processo orgânico do indivíduo, assim como está presente no universo. A concentração de energia no indivíduo deve ser equilibrada, ou seja, havendo um fluxo de carga e descarga de energia.

No trabalho com o portador do transtorno hipercinético, é de suma importância o controle na aplicação de exercícios específicos para atribuir carga ao paciente, pois o mesmo apresenta como característica uma instabilidade, ocasionando um descontrole a nível motor e de concentração/ atenção.

No entanto, o profissional dentro de sua intervenção clínica, deve fazer uso de momentos vivenciais que disponibilizem atividades com o corpo para trazer ao hiperativo, sensações de bem-estar e prazer, mas, sempre na perspectiva de fazê-lo sentir o corpo, percebê-lo como mensageiro de uma ansiedade, inquietude.

O espaço é livre e dispõe de técnicas para facilitar a respiração, que auxilia durante todo o processo. Para Lowen (1982) *“... esse processo envolve a introdução do paciente em algumas atividades simples que vagarosamente irão aprofundando sua respiração, assim como o uso da pressão física e do toque para estimulá-la”.*(LOWEN, 1992 P.42)

3.3 Trabalho Corporal e sua Importância

O trabalho corporal exige uma boa leitura do corpo para determinar os processos energéticos e desvendar a imagem corporal do paciente, ou seja, sua percepção interna do próprio corpo, do personagem que está dentro de cada um. A imagem corporal faz parte do *self*, o indivíduo adquire a partir da experiência materna e da relação com os objetos externos.

À medida que se reconhece a imagem corporal, se desvenda também a vivência do complexo de Édipo, já que a história de cada pessoa está no corpo, podendo este expressar quem você é, e sua forma de estar no mundo.

Na leitura corporal é importante termos claro alguns conceitos como: energia que está envolvida em todos os processos da vida, nos movimentos, sentimentos e pensamentos. A produção de energia se dá através da respiração e o metabolismo.

Personalidade e energia não podem existir separadamente, assim processos energéticos do corpo tem relações com o estado de força vital presente ou vitalidade do corpo.

Reich (1986) definiu essa energia como orgônica, sendo esta um aspecto da energia universal presente em todas as coisas, e expressando-se no corpo através das emoções e movimentos biofísicos.

A bioenergética trabalha de forma a aumentar o nível de energia do paciente, liberando sua auto-expressão e restaurando o fluxo de sentimentos do corpo. A ênfase é dada à respiração e ao movimento, aliada à tentativa de relacionar o funcionamento energético atual com a história de sua vida, assim, descobrir os conflitos internos, aumentando o nível energético, permitindo maior absorção e descarga de energia em atividades criativas que conduzem ao prazer.

No nível de energia ou carga é importante o equilíbrio entre carga – descarga, levando-se em conta que o aumento do nível de energia de um corpo é alcançado, principalmente através da respiração, bem como de movimentos, da maior expressão, da maior expressão na fala e dos olhos que devem estar desobstruídos para permitir uma maior descarga energética. Também a direção da energia ou troca, considerando o corpo com dois grandes reservatórios de energia: a bacia pélvica e a cabeça. A troca de energia pode ser de baixo (descarga), pelas pernas, e genitais e recarga, pelos pés (*grounding*) ou para cima (descarga), pela expressão emocional e linguagem (som) e carga pela inspiração e alimentação.

Da mesma forma, o fluxo de energia através do movimento interno do organismo, bem exemplificado pelo fluxo sanguíneo, sendo o sangue fluido energeticamente carregado do corpo e possível de ser verificado pela circulação de energia do centro para a periferia do corpo. A excitação ocorre simultaneamente do fluxo sanguíneo para superfície corpo e o paciente pode apresentar maior expansão para alcançar o mundo ou contração para longe do mundo.

Para Reich (1986), a energia orgônica flui naturalmente por todo o corpo, de cima para baixo, paralela á espinha. O que desde cedo ocorre em nossas vidas aparece como defesa contra sentimentos de tensão e ansiedade, torna-se posteriormente uma camisa de força física e emocional que podemos observar no corpo como couraça, aspecto importante de ser detectado na leitura corporal.

Couraça se define como um sistema de contrações musculares crônicas que retêm os impulsos espontâneos de ser. Essas tensões crônicas servem para bloquear excitações biológicas: excitação sexual, raiva ou ansiedade.

A couraça muscular está organizada em sete principais segmentos da armadura, que são compostos de músculos com funções expressivas. Esses segmentos formam uma série de sete anéis ou mais ou menos horizontais, em ângulos retos com a espinha. Ou seja, grandes feixes nervosos ligados á coluna vertebral. São sete os anéis: ocular, oral, cervical, torácico, diafragmático, abdominal e pélvico.

A respiração é o fenômeno de absorver o oxigênio do ar nos pulmões e expulsar o gás carbônico, resultante de queimas orgânicas. A função da respiração é capturar, transportar e expelir gases. Para isso há um tubo dentro do corpo, entre o corpo interno e o ambiente. Envolve uma troca externa com a superfície e interna por todos os tecidos.

O corpo não armazena quantidades significantes de oxigênio. A respiração é uma forma especificada de pulsação, com um ritmo para dentro e para fora. Pode ocorrer alterações e mudanças nesse ritmo: rápido, lento, profundo, pouco profundo, revelando uma atividade somática e emocional.

As pessoas param ocasionalmente para dizer que “mal tenho tempo para respirar”. A boa respiração é essencial á saúde vibrante. O principal músculo da respiração é o diafragma, que tem forma de uma abóbora de concavidade inferior. Uma parte do diafragma se insere sobre o tórax e a coluna, e a outra parte (parte mais central), é onde chegam os nervos frênicos que lhe dão mobilidade.

Esse músculo se opõe em funcionamento e se contrai no momento da passagem da vida fetal para a vida extra-uterina. Ele age como um bombeamento para a respiração, a circulação e a digestão, intervindo também na fonação.

Além do mecanismo respiratório, o diafragma tem uma relação indireta com os músculos espinais, escapulares e da nuca, e também estreita relação com o abdômen e a bacia.

Durante a análise, Reich avaliava também a forma da comunicação, ao invés de somente conteúdos. Isso o levou ao estudo detalhado do tônus muscular, postura e padrões de respiração. Ele encontrou padrões de respiração perturbado em todos os pacientes que tratou, e chegou á conclusão que inspiração reduzida ou expiração reduzida, ou ambas, eram o mecanismo central da repressão neurótica.

Esse processo de repressão, Reich observou, se manifestava somaticamente no espasmo da musculatura (defesas do organismo), em grupos musculares, que vão se cronificando, influenciando em todo o sistema nervoso vegetativo.

Reich passou a observar que quando um paciente se abstinha de expressar alguns pensamentos ou sentimentos ele também inibia a respiração, resistindo a esse contato.

Reich começou a enfrentar a respiração disfuncional com um estilo especial de massagem e manipulação, e tipicamente seus pacientes liberavam uma variedade de emoções reprimidas. A essa liberação emocional se seguia uma respiração mais profunda e rítmica.

Reich (1986) considerava a respiração a chave para a compreensão das resistências conscientes e inconscientes. Na terapia reichiana, o terapeuta busca aprofundar a respiração do paciente além do limite da repressão, atento aos ritmos naturais do ciclo respiratório (como uma onda), e aos limiares de ansiedade do cliente.

Para Lowen (1982) os adultos tendem a apresentar padrões desorganizados de respiração, devido a tensões musculares crônicas, resultado de conflitos emocionais ao longo do crescimento.

Respirar profundamente é sentir profundamente. A respiração profunda tem o poder de tocar e liberar os sentimentos reprimidos.

Na bioenergética, o chorar, o rir, o resmungar, o produzir som, o suspirar, o não prender a respiração e deixar-se respirar são importantes fatores que contribuem com o trabalho da respiração para entender o próprio padrão.

Lowen (1982) argumenta que importância da respiração não pode ser superestimada, mas sim entendida como algo para ajudar a pessoa a ter mais vitalidade e a conscientizar-se mais sob si e o outro.

A respiração é a ligação entre o centro energético e o emocional. A maneira de respirar indica um ritmo de bem-estar, ou stress, desconforto, pressão, ou ansiedade.

Além disso, o paciente enfrenta uma incapacidade de expulsar os conteúdos do corpo, atitudes de engolir os sentimentos, geralmente foram crianças submetidas à vergonha e culpa. A inibição da expressão dos sentimentos leva a uma perda dos mesmos, e esta é uma perda da vitalidade.

Os sentimentos surgem como impulsos ou movimentos espontâneos do indivíduo. Para suprimir um sentimento, tem-se de amortecer ou restringir a vitalidade ou a motilidade do corpo.

O tratamento com o portador do transtorno hiperkinético, deve-se pautar na construção de sua auto-expressividade atrelada ao controle da ansiedade, buscando através do relaxamento e das técnicas de massagem corporal um alívio das tensões crônicas.

A massagem é a contrapartida dos exercícios ativos bioenergéticos, é neste momento que o paciente consegue relaxar e entrar em contato com o toque e a pressão das mãos do terapeuta ao ir em massageando e acariciando sua pele e músculos.

A massagem serve para vários propósitos, temos a necessidade de sermos tocados de uma forma prazerosa, mas sem intenção sexual, e a massagem também satisfaz essa necessidade. Igualmente importante é o trabalho com os músculos tensos, as mãos do terapeuta buscam áreas inacessíveis.

Muito do valor da massagem terapêutica depende da sensibilidade e destreza das mãos daquele que faz a massagem.

Silvadon e Fernandez-zoila (1988, p.205) acrescentam que *“A participação de educadores, professores de educação física, cinesioterapeutas, especialistas em esportes, em psicomotricidade, em medicina física, nas terapias corporais, parece-nos de grande proveito para animar as abordagens simplesmente psicoterápicas”*

Dentro da dinâmica corporal da psicomotricidade, o psicomotricista deve ser alguém que sempre questiona, pensa e repensa o presente, o cuidar e o cuidado, e a si mesmo como parte do coletivo humano. É aquele que, utilizando o cuidado como intervenção, nunca diz “isso é normal” e que, além disso, tenta mostrar como e por que isso não é natural, mas é biológico, é afetivo, é social e é também espiritual.

CONCLUSÃO

A Psicomotricidade é a uma ciência que tem por objetivo o estudo do homem, através do corpo em movimento, nas relações com seu mundo interno e externo, é a interação que existe entre o nosso pensamento, consciente ou não, e o movimento feito pelos nossos músculos ordenados pelo sistema cerebral.

Ao finalizar esta revisão conclui-se que na prática psicomotora, apresentam-se questões ligadas ao paciente, que em sua maioria estão relacionadas a sua subjetividade, buscando uma forma para se traduzir na dor, inquietação motora, agressividade, sociopatia e na incapacidade diante da vida.

Portanto, é através do espaço terapêutico e da relação de transferência com o psicomotricista, que o sujeito inaugura uma comunicação que se tornará significativa a

partir da confiança e segurança a que o processo se destina para então iniciar uma intervenção do terapeuta.

A conduta do profissional se apóia na relação próxima e afetiva com o portador do transtorno hipercinético, uma vez que sua necessidade de autoconfiança, segurança e amor, se baseiam na relação de amizade.

Como exemplo controle do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) apresenta-se neste estudo com a utilização dos recursos da bioenergética, que sugestivamente apresentam uma melhora no quadro clínico através dos exercícios bioenergéticos de respiração e relaxação para o controle motor.

Portanto, a atuação do psicomotricista se faz por meio do brincar, deixando-se, permitindo-se usar seu corpo como “ponte” na transferência. A psicomotricidade é um meio decodificador que através do olhar sobre o sujeito cria um espaço onde ele possa se integrar como um ser único, ímpar e particular.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AJURIAGUERRA, Julián de. **Manual de Psiquiatria Infantil**. 2ª ed, São Paulo, Masson, 1994.

BÉRGAMO, Simone. *O lugar da psicomotricidade: Especificidades na Formação*. In **Anais: IX Congresso Brasileiro de Psicomotricidade**. Olinda: Sociedade Brasileira de Psicomotricidade, 2004.

BERGÉS, Jean. **Escritos da criança**, Porto Alegre, 1988.

BERGÉS, Jean. **O Corpo e o Olhar do Outro**, Porto Alegre: Cooperativa cultural Jacques Lacan, 1986.

CAMPOS, L.S. “O corpo na cotidianidade de diferentes culturas: contribuições das ciências sociais para uma reflexão fenomenológica”. In **Corpo e Existência**. Organizador: Dogmar Silva Pinto de Castro. São Bernardo SP: UMESP: FENPEC, 2003.

CAPALBO, Creusa. “Corpo e existência na filosofia de Maurice Merleau – Ponty” In **Corpo e Existência**. Organizador: Dogmar Silva Pinto de Castro. São Bernardo SP: UMESP: FENPEC, 2003.

CARNÉ, Silvia. *O Brincar e a Construção Subjetiva da Criança*. In **Anais: IX Congresso Brasileiro de Psicomotricidade**. Olinda: Sociedade Brasileira de Psicomotricidade, 2004.

CARVALHO, Mara V.B de “*Do corpo sarado ao corpo desfigurado pelo revés da morte: O cuidado como intervenção*”. In **Corpo e Existência**. Organizador: Dogmar S. P. de Castro: São Bernardo, SP UMESP: FENPEC, 2003.

DUQUES, Mario Henrique. *O direcionamento no transtorno do TDAH*. In **Anais: IX Congresso Brasileiro de Psicomotricidade**. Olinda: Sociedade Brasileira de Psicomotricidade, 2004.

FADIMAN, James e FRAGER, Robert. **Teorias da Personalidade**. São Paulo: Harbra, 1979.

FERREIRA, Carlos A de Mattos. *O Brincar e a Construção Subjetiva da Criança*. In **Anais: IX Congresso Brasileiro de Psicomotricidade**. Olinda: Sociedade Brasileira de Psicomotricidade, 2004.

FREUD, Sigmund. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição Standard brasileira. Vol. III, Rio de Janeiro; Imago, 1996.

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. **Freud e o Inconsciente**. 3ª edição, Zahar, 1987.

JARDIM, Cláudia Santos. *O Brincar e a Construção Subjetiva da Criança*. In **Anais: IX Congresso Brasileiro de Psicomotricidade**. Olinda: Sociedade Brasileira de Psicomotricidade, 2004.

JOHNSON, Don. **Corpo**. Rio de Janeiro: Atlas, 1990.

LAPIERRE, André. **Da Psicomotricidade Relacional à Análise Corporal da Relação**. Curitiba, Paraná: Ed. UFPR, 2002.

LE BOULCH, Jean. **Educação Psicomotora: A psicocinética na idade pré-escolar**. Porto Alegre, Artes Médicas, 2ª edição, 1988.

LEVIN, Steban. **A clínica Psicomotora: O corpo na linguagem**. 4ª edição, Rio de Janeiro: Vozes, 1995.

LOWEN, Alexander. **Bioenergética**. São Paulo: Summus, 1982.

REICH, Wilhelm. **A Função do Orgasmo: Problemas econômico-sexuais da energia biológica**, 12ª edição, 1986.

SANTOS, I.P do A. “*A importância da dimensão corpóreo-existencial para a psicologia*”. In **Corpo e Existência**. Organizador Dogmar S. P. de Castro: São Bernardo, SP: UMESP: FENPEC, 2003.

SCHWARTZAN, José Salomão. **Transtorno de Déficit de Atenção**. Mackenzie, 2001.

SILVADON, P. & FERNANDEZ-ZOILA, A. **Corpo e Terapêutica: Uma psicopatologia do corpo**. Campinas, SP: Papirus, 1988.