

## PSICOMOTRICIDADE E DEFICIÊNCIA MENTAL

### “A intervenção clínica num conto de fadas”<sup>1</sup>

Zulema A. Garcia Yanez<sup>2</sup>

Tenho observado no trabalho clínico com crianças Síndrômicas portadoras de Deficiência Mental (especialmente em crianças com Síndrome de Down) certas características psicomotoras que me levam a refletir a respeito de algumas questões.

Por que será que nas crianças Deficientes Mentais nas quais não há comprometimento do orgânico-motor aparecem frequentemente atrasos no desenvolvimento psicomotor, na construção de seu esquema e imagem corporal, transtornos na organização práxica? Por que será que seu estilo psicomotor é mais desarmônico, rígido e até às vezes mais inibido em relação a crianças normais da mesma idade mental?

Para ninguém passa despercebido o caráter tendencioso destas questões, é ali que o psicomotricista marca sua especificidade clínica quando se interroga também pelo psi do motor, se ocupando além do corpo em movimento, do sujeito que habita nesse corpo em movimento.

Sendo justamente esta formulação “o sujeito na prática psicomotora” a bússola que norteia este congresso, poderíamos nos fazer mais uma pergunta. Que sujeito habita nestas crianças portadoras de Deficiência Mental? Como se estrutura a subjetividade nestas crianças? Com que obstáculos se depara a construção de seu corpo?

Poderíamos dizer, metafóricamente, que os sonhos e imaginários paternos em relação ao filho que virá, articulam-se armando uma rede que captura e sujeita a criança recém-nascida confirmando sua filiação.

Um dos obstáculos com que se depara a criança síndrômica portadora de Deficiência Mental é que ela nasce no lugar de um outro, ela não é a criança esperada, aquela que os pais

---

<sup>1</sup> Palestra Proferida no V Congresso Brasileiro de Psicomotricidade de Salvador (BA), setembro de 1992.

<sup>2</sup> - ZULEMA A. GARCIA YAÑEZ é fonoaudióloga-psicomotricista, terapeuta das áreas instrumentais do Centro Lydia Coriat de POA, onde é Coordenadora do Centro de Estudos “Paulo Cesar D’ Ávila Brandão”.

imaginavam. A distância entre este filho real e o filho imaginado se alarga quebrando a coincidência, produzindo nos pais uma ferida narcísica que rompe a corrente da genealogia.

Essa rede metafórica da qual falávamos não captura porque foi estendida para um outro que não veio, filho imaginado que terão que aprender a perder e fazer seu luto, condição dolorosa e necessária esta, como alternativa que possibilitará criar uma nova simbolização mais próxima do filho real.

Na clínica observamos a dificuldade dos pais para elaborar esta resignação, navegando incertos à deriva das perguntas a respeito do futuro: Vai andar? Falar? Que poderá aprender? Se alfabetizará? Como será sua sexualidade? Questões que aparecem quando a criança Deficiente Mental tem que se defrontar com novas situações de vida; as primeiras saídas, ingresso no jardim, ingresso na escola, início da puberdade, profissionalização, momentos que reatualizam o trauma inicial.

A sustentação, segurança afetiva, manuseio como modo de libidinizar seletivamente o corpo do nenê e a mostraçõ dos objetos do entorno, como forma de dirigir a criança ao mundo externo, descentrando-o da relação exclusiva com a mãe, conceitos dos quais nos fala Winnicott como sendo os pilares da função materna, estarão comprometidos.

A intervenção terapêutica deverá ser “quanto antes melhor”, frase que ainda escuto pronunciada pela Dra. Lydia Coriat, mestra inspiradora da nossa equipe de trabalho interdisciplinar; quanto antes melhor, no sentido de elaborar o trauma inicial, restabelecendo as trocas entre a mãe e seu filho, na reconstrução das fraturas da função materna, serão objetivos terapêuticos dos quais se ocupa a Estimulação Precoce.

Se a criança deseja o desejo da mãe, quando o desejo materno está comprometido, seu olhar, a libidinização corporal, o toque não opera os necessários cortes simbólicos constitutivos do corpo. A mãe toca e fala dos orifícios e proeminências corporais de maneira diferenciada; não toca e fala do nariz e do pênis da mesma maneira, não toca e fala da mesma maneira do orifício da boca que do orifício vaginal. Trata-se de um toque significativo, porque o corpo da psicomotricidade e um corpo inscrito e demarcado pelo desejo do outro, inscrições e demarcações que ficaram gravadas no inconsciente.

O corpo é antes de mais nada um receptáculo, nos diz o Dr. Jean Bergès, um lugar de inscrição do discurso dos pais a seu respeito, evocador de semelhanças, da linhagem familiar das origens da sexuação.

*“A compreensão desta clínica, sua avaliação, o estabelecimento de uma terapêutica, devem necessariamente passar por aquilo que tentamos esboçar aqui: é, pois, através do corpo enquanto receptáculo, supondo uma inscrição, que se pode captar a significação dos distúrbios e estabelecer uma terapêutica em cujo centro estará o corpo, o corpo do homem que fala. ”*

Escritos da Criança nº 2 pg. 57.

Nessa inscrição, o corpo deixa de ser corpo, coisa de carne e osso, orgânico, fisiológico, corpo real, corpo do qual se ocupa a medicina, para se constituir num corpo marcado e inscrito pelo outro, corpo discursivo, por ser o sujeito que fala através de seu corpo, corpo do qual se ocupa a psicomotricidade.

Se a escrita está feita para ser lida por outro, como lemos a letra inscrita no corpo?

A psicomotricidade olha o dado a ver nos gestos, nas mudanças tônico motrizes, no esquema corporal, por estarem estas produções da criança dirigidas a um outro.

Assim como na escrita, as letras caem como puras letras para dar lugar à significação, as produções do corpo em movimento são dadas a ver ao outro encarnado no psicomotricista que recupera nelas o sentido, articulando-o com a própria história do sujeito.

Lembro-me de Luana: criança com Síndrome de Down que teria então dez anos. Escolheu brincar vários meses de gata borralheira: ela era a madrasta e para mim escolheu o lugar da infeliz enteada. Como gata borralheira só me restava ser submissa e acatar tudo quanto me era ordenado. De vez em quando lhe perguntava o porquê de tanto maltrato, até que por fim ela me disse: “tu és diferente!” Continuamos nesta brincadeira, sendo que agora a gata borralheira queria saber a respeito das diferenças, articulando-se coisas ao redor deste significante.

Na história, a jovem formula repetidas vezes a mesma pergunta - “Que tenho de diferente?”, sem aparecer resposta alguma; finalmente, a madrasta (Luana) fala: “tu não tens cérebro!”. Perante esta colocação, a gata borralheira se deita no chão quieta, sem olhar, falar

nem se mexer; Luana me olha... espera... me olha novamente e diz: - "Ué! Quê te acontece, não queres brincar mais? ”...

“Sim, quero”, lhe respondo, “acontece que quem não tem cérebro fica deste jeito, deitado sem poder fazer nada”.

Luana, surpresa com a situação, me olha! dá uma volta, senta pensativa e logo diz: “bom... tu tens cérebro, acontece que não sabes pensar”.

Após a sessão reflito sobre o acontecido, o impacto que lhe causou aquela imagem de corpo inerte desprovido das produções de vida. Nessa corporificação devolvi em imagem o sentido de suas palavras: “tu não tens cérebro!” imagem que a surpreende, operando como um espelho no qual não se reconhece por quebrar a coincidência com seu imaginário. Esta evidência a leva a fazer uma nova formulação: “tu tens cérebro, acontece que não sabes pensar”.

Poderíamos dizer que se produziu um deslocamento do significante, porque o acontecido na sessão lhe permitiu ressignificar algo da sua própria diferença.

Trabalhamos no brincar espontâneo por ser ali, no faz-de-conta, que a criança está implicada, “brincando ativamente aquilo que sofre passivamente”. Tem certas brincadeiras com as quais pode antecipar alguns papéis sociais e familiares que dela se esperam no futuro; de mamãe preparando comidinhas, cuidando dos filhos, de professora, de papai, de ofícios e profissões.

Quando Luana, na história da gata borralheira, arma o encontro entre o príncipe e a jovem, foi tratando outras questões que a interrogavam: “será que terei possibilidade de amar e ser amada? ”

Enquanto escrevo noto que estou comentando com ênfase as questões do constitutivo da subjetividade de Luana, ou seja, momentos da clínica nos quais ela traz o conflito da diferença, da inteligência, dos temores da aceitação social, seu lugar de mulher, questões acerca da sexualidade entre outros.

Pergunto-me enquanto escrevo como será para quem escuta achar o instrumental psicomotor desta intervenção?

Onde está o instrumental no trabalho com Luana, criança com Síndrome de Down portadora de Deficiência Mental? O instrumental está presente em todo momento, porque na história da gata borralheira havia personagens que se caracterizavam, tinham que vestir

roupas, amarrar cintos, usar sapatos de salto, maquiar-se, escrever e ler mensagens do palácio, improvisar cenário, armar com os objetos da sala, a carruagem, cenas da transformação corporal do cavalo em cocheiro, dançar a valsa na festa, cantar as músicas, mudar a voz segundo o personagem, etc... É evidente, (na ordem do dado a ver) que existe uma intensa produção no que respeita ao projeto motor como antecipação à execução, da organização prática, das noções espaço-temporais do ritmo, armação de esquema e imagem corporal, ordenamento do corpo provocando mudanças tônicas e posturais, segundo o personagem encenado.

Neste enfoque clínico, ou seja, na clínica psicomotora em transferência, priorizamos ao sujeito e suas produções, sendo que os transtornos da produção instrumental psicomotora são tratados no brincar espontâneo. No brincar de Luana, produziu-se uma passagem à simbolização de seu conflito. Podemos formular isto de outra forma: Luana e brincada pelo seu conflito, ou seja, é o inconsciente que irrompe no brincar, e brincando seu conflito, presentificado no significante "diferente" fala dele; dá-lhe um lugar, produzindo mudanças que ressituem o significado deste diferente; em definitivo reatualiza no brincar este significante possibilitando redimensionar o caráter da sua própria diferença.

Nesta operação clínica, o psicomotricista suspende sua própria subjetividade e imaginários emprestando seu corpo, para que a criança encarne nele seus próprios personagens e imaginários, viabilizando o deslocamento dos sintomas que tomam o corpo a um lugar simbólico.

O saber do terapeuta do instrumental ocupa duas posições que usa alternadamente segundo seja chamado a intervir: uma posição de saber efetivo que dá conta da sua especificidade clínica, e uma outra posição da qual ele sai, para vir a ser ocupada pelo saber da criança.

Quando Luana se defrontava com dificuldades na construção e execução de seus projetos - vestir, amarrar ou abotoar as roupas da festa - o psicomotricista no lugar de saber efetivo sustentava essas realizações.

Se o terapeuta ocupa permanentemente o lugar de saber efetivo, orientando, ajudando a construir, indicando, mostrando, dando sentido segundo sua própria subjetividade, constitui-se num modelo ao qual a criança deve imitar, inibindo a possibilidade de pôr em jogo o desejo do outro.

Se o lugar do saber fica só do lado do terapeuta, como emerge o saber do sujeito que fala através de seu corpo, no sintoma psicomotor?

Cair do lugar de saber, nos remete a assumir o lugar da nossa própria falta, saber que pertence ao outro, parafraseando a Maud Mannoni se trata de “um saber que não se sabe”.

Na história de Luana eu não sabia o que era que ela queria que fosse tratado, abre-se assim um espaço onde aparece, através de um personagem, a forma como ela estava tomada pelo significante da diferença, do qual ela sabia alguma coisa, por que foi tratada desde pequena com periódicas revisões médicas e psicológicas. No seu imaginário, no entanto, ser criança com Síndrome de Down apareceu sendo como “uma cabeça sem cérebro”, lugar do qual consegue se deslocar por dispor de um espaço aberto onde o terapeuta a interpela, devolvendo-lhe a imagem e o simbólico da palavra.

O psicomotricista olha e escuta com atenção flutuante além da disfunção corporal o que a criança e seus pais têm a dizer, abrindo espaços para que o discurso circule.

Na clínica de crianças portadoras de Deficiências Mentais nos deparamos frequentemente com que a demanda dos pais e dos educadores está dirigida a reparar o que não funciona.

É comum que submetam a criança a múltiplos atendimentos no intuito de apagar sintomas que a normatizem. Cada terapeuta faz o recorte da sua especificidade clínica, devolvendo nas avaliações as características das disfunções, rotulando os déficits. Esta modalidade de avaliação determina uma clínica reparatória dos possíveis transtornos.

Quando ninguém se pergunta além da função comprometida a respeito de quem é essa criança, esta fica seriamente comprometida na possibilidade de vir a se constituir subjetivamente.

O fato de ser deficiente mental provoca nos adultos uma contaminação imaginária nos outros âmbitos da produção, sendo tratados como eternas crianças por quem todos falam e fazem porque “nada sabe”.

A teoria psicogenética nos ensina que o conhecimento e uma ação sobre os objetos, conhecer não consiste em copiar a realidade, mas atuar sobre ela para transformá-la.

No desenvolvimento cognitivo da criança Deficiente Mental observa-se a oclusão precoce da estrutura cognitiva, sendo o ritmo das aquisições mais lento. A viscosidade de pensamento compromete a generalização dos conhecimentos, persistindo no seu pensamento

características de raciocínio anteriores, constantes regressões e oscilações com dificuldade na descentração.

Estas limitações do funcionamento cognitivo se exacerbam ainda mais quando é submetida a repetir o saber dos adultos que tudo lhe ensinam, deixando-a num lugar de extrema passividade, privando-a de formular, ainda que com dificuldades, suas próprias hipóteses na resolução de situações conflitivas.

A limitação do intelectual pode atuar como uma marca de impossibilidade que se irradia, contaminando os outros âmbitos do desenvolvimento. Para não cair neste risco iatrogênico, devemos reconsiderar a eficácia das intervenções clínico-terapêuticas centradas na onipotência da cura compulsiva das disfunções instrumentais. Recuperar a emergência do sujeito acima de qualquer deficiência constitui o objetivo da clínica psicomotora.