

# J **ournal of Ag *i*ng** and **Innovat *e*on**



VOLUME 3 . EDIÇÃO 3

A pessoa idosa está sujeita a uma diminuição progressiva das capacidades gnoso-práticas, da capacidade em reagir a situações emocionais ou físicas, e dos processos mnésicos ou atencionais. O desenvolvimento psicossomático que o ser humano adquire ao longo dos primeiros anos de vida sofre uma involução com o avançar da idade. Desta forma, o idoso pode expressar lentidão psicomotora, perda de força, fadiga, aumento do tempo de reação, problemas práticos, problemas espaço-temporais, problemas de marcha, fobia da queda, dificuldades de comunicação em grupo, abulia, problemas de regulação emocional, angústias, ou desvalorização da imagem corporal.

Com o envelhecimento acontecem várias metamorfoses sobre as quais os profissionais de saúde devem ter um olhar atento. Do ponto de vista psicomotor esta *escuta* deve centrar-se sobre a forma como o idoso investe, sente, e vive o seu próprio corpo, tanto na dimensão real como imaginária. O corpo de qualquer sujeito constitui um espaço corporal, que permite situar o sujeito em relação ao envolvimento, e o envolvimento em relação ao sujeito. Esta dicotomia entre espaço interno e externo cuja fronteira é a pele, torna-se fundamental na estruturação da identidade corporal e do sentimento de si. No entanto, o idoso tem afetada e comprometida a sua identidade, na medida em que esta se operacionaliza a partir de um corpo real fragilizado. Este corpo que traduz um espaço vazio e o luto inerente às respetivas faltas no corpo, provoca insegurança e conseqüentemente reativa as angústias arcaicas associadas às perdas no corpo

(angústia da queda, da separação, da fragmentação, da liquefação, ... da morte).

As alterações corporais que vão acontecendo ao longo do tempo, influenciam negativamente a organização da personalidade e as relações que o idoso estabelece com os outros e o mundo. No entanto, a consciência de envelhecer aparece num curto espaço de tempo, como que de um dia para o outro, através de um espelhamento que é precedido por um acontecimento traumático, como por exemplo vivenciar uma queda, um luto, ou uma doença. Desta forma, a pessoa reconhece-se como idosa e assume essa identidade exteriorizando comportamentos associados à dor, revolta, resignação, submissão, ou auto-recriminação. Podemos então dizer que a vida psíquica e a vida somática estão sujeitas a formas diferentes e particulares de (dis)funcionalidade, mas que existe uma interdependência funcional entre elas, o que fundamenta a importância da prática psicomotora para as pessoas idosas, ou seja da **gerontopsicomotricidade**. Se o termo (*gerontopsico*)**motricidade** envolve a importância do corpo e do movimento como mediadores da própria intervenção através de técnicas de estimulação sensorial e de relaxação, do toque terapêutico, da expressão artística e emocional, ou dinâmicas de grupo que permitem trabalhar, para além das estruturas gnoso-práticas, o envelope corporal que constitui os fundamentos da identidade e reconstrução egóica do sujeito idoso. O termo (*geronto*)**psico(motricidade)** está associado ao objetivo global da intervenção, que envolve (i) em termos reeducativos a melhoria do equilíbrio,

da regulação do movimento, da memória e outras capacidades cognitivas; e (ii) em termos terapêuticos objetiva a aquisição de processos que permite ao idoso renarcisar o seu corpo, ajudando-o a ultrapassar o luto de uma determina imagem de si próprio, e ter a possibilidade de desenvolver uma nova identificação especular. O terapeuta, o psicomotricista deve permitir que o idoso construa uma imagem corporal, que contrarie ou minimize a existência real de um corpo fragilizado que sofreu perdas sucessivas, de forma a adquirir uma continuidade na razão da sua existência. Desta forma substituirá o sofrimento, o medo ou a angústia pelo prazer em viver.

No meu entender, a **gerontopsicomotricidade** apresenta quatro características específicas que a delimita como práxis terapêutica de mediação corporal. A primeira é a grande diversidade de patologias em que o psicomotricista pode intervir como terapeuta. Estas podem envolver as (i) patologias somáticas que influenciam as funções relacionais associadas à sensorialidade, locomoção e comunicação, os (ii) problemas psiquiátricos, como a deterioração mental, a demência senil, a depressão, a psicose, a neurose, ou (iii) os problemas neurológicos como a doença de Parkinson, a epilepsia, o acidente vascular cerebral.

A segunda característica centra-se num objetivo específico desta intervenção, que tem como propósito aprimorar o corpo envelhecido, de forma a ajudar a pessoa idosa a adquirir novas percepções e representações do seu corpo real e imaginário. Desta forma o idoso vivencia e resente a sua unidade corporal, o

seu envelope corporal, o seu continente psíquico, e conseqüentemente (re)valoriza a sua imagem corporal. A estratégia inerente à consecução deste objetivo passa por não considerarmos o corpo do sujeito como meio privilegiado de intervenção, mas, e fundamentalmente, considerarmos que existe um sujeito que possui um corpo em relação.

A terceira característica está centrada na especificidade da relação psicomotricista/idoso, que envolve o estabelecimento de uma ressonância tónico-emocional empática, onde o psicomotricista desempenha a função de continente corporal de forma a colmatar as fragilidades do Eu-pele do idoso. Coloca-se a tónica no encontro entre terapeuta e idoso, na utilização da linguagem corporal, no corpo a corpo, no infra-verbal e no verbal. É com base nesta relação e respetivos processos transferenciais que se vai construir toda a relação terapêutica.

A quarta e última característica, de âmbito mais conceptual, reflete a importância de entendermos que por detrás de um problema físico e dos seus sintomas pode esconder-se um fenómeno psicológico. Por exemplo, as alterações no equilíbrio ou na marcha são muitas vezes a expressão de fenómenos ansiosos, depressivos, ou neuróticos, cuja origem é sempre uma falha narcísica que altera a imagem do corpo. Portanto, não devemos cair na tentação de centrarmos as causas dos comportamentos observados apenas em síndromes neurológicas ou disfunções neuromotoras e, assim, realizarmos uma intervenção motora por repetição funcional do défice.

Para terminar, gostaria de referir que o conjunto destas características e especificidades permitem diferenciar a **gerontopsicomotricidade** de qualquer outra intervenção que utilize o corpo e o movimento como mediadores. Gostaria também de reforçar que o foco de qualquer terapia de mediação corporal não está no corpo isolado ou na prática de exercício, mas no corpo em relação, numa motricidade em relação, e neste caso específico no idoso que habita o seu corpo em relação. Quando falamos de relação estamos a referir-nos à empatia estabelecida entre o sujeito cuidador e o sujeito cuidado, entre o psicomotricista e o idoso. A transferência que o idoso projeta no psicomotricista, e a contratransferência e respetiva resposta realizada por este, acima denominada de ressonância tónico-emocional empática, é fundamental para se criarem as condições necessárias para a renarcisação e reestruturação egóica da pessoa idosa. Estas serão as características fundamentais que caracterizam a intervenção gerontopsicomotora como terapia de mediação corporal.

*Jorge Fernandes*

Professor Auxiliar no Departamento de Desporto e Saúde da Universidade de Évora, Coordenador do Curso de Reabilitação Psicomotora