

**UNA PROPUESTA INTERDISCIPLINARIA:
PSICOANÁLISIS Y PSICOMOTRICIDAD
EN UNA TÉCNICA CONJUNTA
PARA EL TRATAMIENTO DE NIÑOS**

*Ema Ponce de León **

Introducción

En el presente trabajo mostraré a través del material clínico de un niño, una experiencia de trabajo terapéutico interdisciplinario que surge del apremio de la clínica, de esos momentos en que las limitaciones de los recursos disponibles nos lleva a intentar todo lo que esté a nuestro alcance para encontrar aquello que el paciente precisa para avanzar. La creación de este encuadre se apoyó en la necesidad que imponen ciertos pacientes con trastornos de simbolización y compromiso del cuerpo en la sintomatología, de búsqueda de nuevos recursos que faciliten el abordaje de lo inconsciente.

El objetivo es aportar elementos sobre los efectos que produce el trabajo terapéutico cuando se introducen variables técnicas que involucran la dimensión real del cuerpo. Quisiera jerarquizar más que la técnica en sí misma, el problema clínico que me llevó a ella y el estímulo que esa experiencia significó para poder pensar teóricamente este problema y reconsiderar aspectos de la técnica de análisis de niños en estos casos, más allá de la utilización de este encuadre en particular.

El trabajo de muchos años como analista de niños y como coordinadora de un equipo interdisciplinario para la atención del niño, me ha acercado a la Psicomotricidad, que ha despertado en mí un enorme interés al constatar la eficacia de su abordaje en numerosas patologías del niño. Asimismo me ha permitido reflexionar (Ponce de León y col. 1998, Bonnevaux, Ponce de León y Ravera 1999) sobre la especificidad e inespecificidad de los mecanismos terapéuticos en juego en ambos tipos de tratamiento.

EL LUGAR DEL CUERPO EN LA CLÍNICA

Cuerpo y palabra en la sesión analítica

Me interesa detenerme en el lugar del cuerpo en la sesión analítica, lugar otorgado por la teoría y plasmado en la práctica analítica, con las variantes que surgen de la clínica, dependiendo de la edad del paciente y de su patología.

Gran parte de las corrientes psicoanalíticas de las últimas décadas han jerarquizado como objeto propio del psicoanálisis el cuerpo erógeno, la dimensión representativa del cuerpo, aquella que incursiona en lo simbólico, dejando el cuerpo biológico, la dimensión real del cuerpo como objeto ajeno al Psicoanálisis.¹ Esto ha sido especialmente marcado por algunas lecturas del pensamiento de Lacan. Ello se relaciona con el hecho de que en la

* *Candidato egresado del Instituto de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay. Almirante Harwood 6144. Montevideo, Uruguay. E-mail: clidelni@adinet.com.uy*

técnica analítica el lado real del cuerpo quede subsumido al cuerpo representado: lo escuchamos y nos dirigimos a él fundamentalmente a través del lenguaje.

En el campo de la neurosis, o sea en los momentos donde el sujeto funciona en forma neurótica, el cuerpo se hace presente en la palabra del paciente y del analista. Puede ser convocado y “tocado”, desde y con la palabra. La voz es cuerpo, portadora de afectos, de significados que exceden las palabras, pero disponibles para entrar en una cadena significante.

M. Casas subraya que el cuerpo forma parte del discurso y se pone en escena como efecto de la palabra (2002). Discurso que abarca palabra y acto, hablar y hacer, sujeto y objeto en permanente encuentro-desencuentro, dando lugar a la producción significante. Enfatiza la reunión de la palabra con la imagen, dada la importancia de todo lo sensorial que constituye el discurso (mirada, voz). El valor significante del gesto, que incluye la imagen, convoca algún signo proveniente del otro y en la articulación de ambos significantes emerge la subjetividad (2001).

En pacientes que presentan habitual o transitoriamente otras formas de funcionamiento psíquico, las fallas de simbolización se evidencian en la presencia de signos corporales que no han podido articularse aún en un nivel de representatividad que permita anudar un sentido e incluirlos en el discurso lingüístico. Estos signos (en el sentido de signos naturales) incluyen afectos, dolor, actos y síntomas. ¿Se trata de otro discurso, siendo que éste implica un sentido y un sujeto (Acevedo, 2002), o el discurso no llega a constituirse totalmente y desfallece en su función de comunicación?

Tal como plantea S. Acevedo de Mendilaharsu (2002), *“el problema del Psicoanálisis no es tanto del saber verbal sino del campo de lo pre-verbal, de los afectos y los límites del decir”*. Esto es especialmente importante en una zona de la patología que se caracteriza por trastornos en los procesos de simbolización y nos enfrenta a las limitaciones de la técnica clásica. En el caso del niño se evidencia a través de retrasos o alteraciones en las áreas de relación, del lenguaje, la motricidad y/o lo cognitivo. Frecuentemente la expresividad corporal, así como de afectos y emociones se halla restringida o exaltada, o bien distorsionada. Constatamos dificultades para la creación de un espacio transicional así como un funcionamiento tipo “falso-self”, con una profunda disociación mente-cuerpo, descritos por Winnicott (1979).

Pienso que en estos pacientes es importante incluir en nuestro trabajo la dimensión real del cuerpo, recurrir a las vías corporales primitivas que intervienen en la estructuración del psiquismo temprano con la mediación del otro. Estas son la sensorialidad, lo táctil, lo cenestésico, lo kinestésico. Sabemos que la zona sensorial se transformará en zona erógena a partir del encuentro con la madre y la carga de significación que se produce. Dice Piera Aulagnier (1991): *“Es necesario que la madre experimente un placer psíquico, con sus componentes erotizados, para que el infans pueda sentir plenamente su propia experiencia de placer ... y (al inicio) “el objeto sólo existe psíquicamente por su mero poder de modificar la respuesta sensorial (y por lo tanto somática) y por esta vía, de actuar sobre la experiencia psíquica”*. La presencia deseante de la madre y su contracara de ausencia y frustración del deseo, harán marca en el cuerpo. Cuerpo totalmente involucrado en la experiencia con el objeto (en su doble dimensión representativa y real), para que pueda acontecer una pérdida y tener efectos de simbolización.

Anzieu (1990), por su parte, describe el origen de significantes arcaicos a partir de los registros corporales más primitivos. Estos “significantes formales” están constituidos por imágenes táctiles, propioceptivas, cenestésicas, kinestésicas, posturales, de

equilibración y no de imágenes visuales y/o sonoras. La representación del yo corporal primitivo, que el denomina “yo-piel”, se correspondería con la forma de envolturas psíquicas y se constituye por el contacto con el cuerpo materno a nivel de las sensaciones cutáneas, el entorno sonoro y olfativo, como elementos diferenciadores que van creando el sentimiento de límite. Es una doble envoltura, una más superficial, que recibe las excitaciones y sirve de filtro, y otra que es superficie de aparato psíquico y de inscripción, sobre la cual se van a proyectar las señales sensoriales y las fuerzas pulsionales.

En los inicios del psicoanálisis de niños se privilegió la intervención verbal, restringiendo al mínimo el contacto físico, lo cual se apoyaba en ciertos preceptos del psicoanálisis de adultos, como la neutralidad y la abstinencia respecto al actuar. Sin embargo, los pacientes más graves fueron impulsando modificaciones técnicas en este aspecto. En los últimos años los analistas de niños, recogiendo el pensamiento de Winnicott y basándose en su propia experiencia, han rescatado la importancia de jugar con el paciente. Sin embargo, los analistas sabemos que no hace a nuestra especificidad trabajar en un cuerpo a cuerpo con el paciente. Françoise Doltó (1986) decía: *“El que se ocupa del cuerpo del niño no puede ser quien asuma su psicoterapia, pero es posible que uno cuente con el sostén del otro”*. La Psicomotricidad ha venido a ocuparse del abordaje de la patología a través de la vía corporal, un importantísimo campo que el psicoanálisis no cubre.

Cuerpo y palabra en terapia psicomotriz 2

El concepto de psicomotricidad, a través del prefijo “psico”, subraya la relación indisociable entre el psiquismo y la motricidad. El psicomotricista trabaja a partir del cuerpo real –el cuerpo de la sensibilidad, de la sensorialidad, de la motricidad- sin perder nunca de vista las relaciones del niño con su propio cuerpo, con el de los otros, con el espacio, con los objetos, en un devenir témporo-espacial. Al decir de Sami Ali (1979) se trata de una *“disciplina que, por el hecho de referirse al cuerpo real, no está por ello menos anclada en la intersubjetividad”*. El propósito de la terapia psicomotriz consiste en favorecer y desarrollar la expresividad motriz, la comunicación y la simbolización, dándole lugar al cuerpo como espacio de placer, de comunicación y de conocimiento.

H. Wallon (1965) sostenía que *“es el movimiento todo cuanto puede atestiguar la vida psíquica, y la traduce en su integridad por lo menos hasta el momento en que sobreviene la palabra”*. Estas expresiones tónico-emocionales seguirán siendo el sustrato de toda comunicación humana. La especificidad del psicomotricista se halla en esa capacidad de diálogo en niveles arcaicos, donde el papel de las emociones expresadas a través del tono resulta esencial. La expresividad tónico-emocional mediatiza la historia del niño, de sus encuentros y desencuentros con el otro y su mundo imaginario. La escucha de estos indicios permitirá captar la tolerancia del niño a que se invada o no su proximidad, su pedido o rechazo a ser sostenido, manipulado, etc.

Si bien se trabaja en niveles no-verbales, las experiencias vividas en el tratamiento están inmersas en la comunicación verbal entre el niño y el psicomotricista, el cual busca además favorecer la evolución de la sesión con señalamientos. El trabajo del psicomotricista no se restringe al nivel tónico-emocional, sino que pretende hacer evolucionar al sujeto hacia niveles de representación cada vez más elaborados. Para ello recurre a técnicas corporales de impresión y de expresión, así como al dibujo, al juego, a la imitación y a la palabra. Las técnicas de impresión corporal permiten al niño informarse de la posición del cuerpo y sus segmentos en el espacio, de la amplitud, la velocidad, la fuerza de los movimientos globales o parciales, a través de masajes, presiones, deslizamientos,

arrastres, donde el sujeto está en una actitud predominantemente pasiva y el psicomotricista realiza acciones para despertar sensaciones corporales en el sujeto y crear experiencias corporales táctiles, propioceptivas y kinestésicas. Las primeras se logran por el contacto de toda la superficie de la piel sobre objetos de diferente tamaño y consistencia, las segundas son las que informan de la posición del cuerpo en el espacio y tienen que ver con el equilibrio, y las últimas son las de movimiento que permiten estimular los receptores de la sensibilidad profunda y articular. En todas ellas, está en juego la sensorialidad en su conjunto, aunando el olfato, la audición y la visión. Las técnicas de expresión corporal, favorecen la liberación emocional, la comunicación, etc., y se utiliza la mímica, los gestos y la voz para promover en el niño la expresividad psicomotriz.

Cuerpo y palabra en la técnica conjunta propuesta

Tal como hemos expresado, el lugar otorgado al cuerpo en la técnica y el manejo de las expresiones corporales son diferentes por parte de ambas disciplinas. Si bien en la técnica conjunta cada uno privilegia el modo de intervención específico de su técnica, reservándose el analista la interpretación verbal y el psicomotricista las intervenciones sobre el cuerpo real, esto no significa que cada uno se ocupe de una parte, ambos tendrán en cuenta cuerpo y lenguaje por igual. De otro modo no sería posible una verdadera integración en el paciente. Entendemos que esta surge de la creación de un campo inédito que pueda potenciar los efectos del trabajo tanto analítico como corporal.

En el encuadre que proponemos, las vías de entrada sensoriales, como pueden serlo el contacto físico, o las experiencias cenestésicas, facilitan que la palabra cobre significación, al quedar ubicada en un contexto afectivo más amplio, que jerarquiza los elementos constitutivos de la experiencia de estructuración temprana. Por el camino del cuerpo sensorial se favorece también la lectura de la representancia del cuerpo, en el sentido de las actividades representativas no lingüísticas, y así se amplía la comunicación con el paciente.

Retomando el planteo de un solo cuerpo con diferentes dimensiones, el trabajo apunta a integrar, hasta donde es posible, la dimensión real del cuerpo con la dimensión representativa, engarzada en el psiquismo, lo cual se hace posible en el progresivo trabajo de simbolización en transferencia, que incluye experiencias de pérdida y separación respecto del objeto y **del propio cuerpo**. Ambas dimensiones del cuerpo – real y representativa - están integradas en la neurosis, pero mantienen zonas de desconexión en otras patologías.

Desde mi formación como analista he constatado que la aproximación del psicomotricista tiene aspectos comunes con la del analista de niños, al jerarquizar ambos la construcción del vínculo aunando la apuesta libidinal con el trabajo de simbolización, utilizando como forma de comunicación el hablar, el jugar y todos los medios expresivos de que el niño disponga. Sin embargo, entre las zonas de divergencia, que no desarrollaremos aquí, está el manejo del cuerpo y los recursos técnicos utilizados a ese fin. El psicomotricista, atento a la evolución del juego y de los mensajes tónico-emocionales, introduce propuestas activas como la hamaca, el arrastre, los giros, los saltos, el trepado u otros juegos sensorio-motores. En los momentos oportunos y en base a la lectura de indicios corporales, acompaña el juego de diferente tipo de contactos, presiones, caricias, juegos de tensión-distensión, que propician la movilización de emociones. Si bien los analistas podrían en muchos casos hacer uso de alguno de estos recursos, es indudable que

nuestra formación no nos habilita ni nos enseña a promover las experiencias corporales durante la sesión.

Hipótesis teórico-clínicas sobre los trastornos de simbolización en niños y estrategias técnicas

La estructuración temprana del psiquismo, y por lo tanto la capacidad de simbolizar, se construyen a partir del cuerpo y el vínculo con el otro. En este encuentro entre el cuerpo, su sistema perceptivo- sensorial y el otro, surgirán las primeras estructuras de significación, que formarán pares de opuestos (por ej.: placer-displacer) y que se combinarán entre ellas para ir dando lugar a las representaciones mentales ulteriores. Para algunos autores, como B. Golse y otros (1990), estos sistemas arcaicos de significación pertenecen a un campo extra-verbal, sin referencia al signo lingüístico.

Tal como planteaba en un trabajo previo (1999) en relación a los orígenes de la simbolización, la mayoría de los autores desembocan en el cuerpo, hallándose las formas de representación más arcaicas, previas al lenguaje verbal, totalmente apoyadas en la sensorialidad y la motricidad. Del otro lado, el juego de la presencia y la ausencia maternas serán el motor de la simbolización. Por eso creo que en estos pacientes donde se han producido fallas de simbolización en etapas pre-verbales, se vuelve importante habilitar un encuadre que ponga más plenamente en juego la dimensión real del cuerpo, tal como sucede en la matriz relacional primaria.

Las teorizaciones metapsicológicas desde Freud han intentado dar cuenta de la puesta en marcha del aparato psíquico: teorías acerca de las primeras inscripciones, de las representaciones de cosa y de palabra, controversias en torno a la posibilidad de ausencia de inscripciones o representaciones. Los funcionamientos que escapan a la neurosis nos desafían a responder los múltiples interrogantes en torno a esta temática.

En el terreno de lo simbolizado nos encontramos con representaciones de diferente tipo para dar cuenta de lo corporal: representaciones visuales, auditivas, táctiles, verbales. Todo lo corporal tiende a tener un correlato psíquico (inscripción, representación), ¿pero qué ocurre cuando no es así? Cuando nos encontramos con expresiones “directas” del cuerpo, donde pensamiento y lenguaje quedan por fuera, sin indicios de una elaboración fantasmática que nos guíe, nos preguntamos que hipótesis nos será de mayor utilidad clínica: ¿hay ausencia de representaciones o fallan las ligaduras entre afecto y representación? ¿hay inscripciones arcaicas cuyos códigos son inaccesibles? ¿o tal vez podrían ser transcritos? ¿todo lo inscripto es representable?

Gran parte del acontecer corporal transcurre por el registro del afecto. Green (1975, 1996) señala un nivel de representancia del afecto, pero que no llega a la representatividad en términos de palabra. “*El afecto es una forma de memoria, un estilo de lenguaje*” (Donnet y Green 1973). Presentaría un carácter no figurativo, sino vivencial-corporal ligado a las sensaciones, su connotación afectiva y por tanto al otro. Esta forma de ligadura pulsional no necesariamente alcanza el registro de la representación de palabra. Cuando interviene el odio y el rechazo del otro, las investiduras de las marcas o inscripciones fracasan parcialmente, se producen efectos desligantes por acción excesiva de la pulsión de muerte o el efecto devastador del no-deseo, que impide la subjetivación. Hay ligaduras, que solo podrán ser retomadas en un vínculo con otro que habilite una evolución, y las experiencias corporales marcadas por afectos traumáticos puedan ser retomadas en una trama representativa nueva ofrecida en transferencia que les permita adquirir niveles más evolucionados de representatividad en el psiquismo.

Es importante diferenciar lo preverbal que es pasible de verbalizarse, de vivencias que siempre transcurrirán por códigos no verbales y que deberán ser abordadas por códigos no verbales. Sin embargo, apuntamos a que estos códigos se vayan conectando progresivamente con códigos de mayor nivel de simbolización y hagan trama entre sí, lo que no significa sustituir unos códigos por otros. Buscamos lograr zonas de integración de los distintos códigos allí donde había desconexiones (escisiones, desligaduras de afecto y representación de palabra o de pulsión y representación de cosa). Ello no obsta que algo siempre permanecerá irreductible.

¿ES POSIBLE LA INTERDISCIPLINA EN LA PRACTICA CLÍNICA?

Cada disciplina ha creado desde sus albores un abultado bagaje conceptual y de experiencia, pero cuando llega a su madurez necesariamente se enfrenta a los límites que supone el paradigma desde el cual fue creada. Si bien las disciplinas por ser contemporáneas pueden participar de un mismo paradigma, siempre hay corrimientos que surgen de sus diferentes objetos y métodos. Es por eso que en el estado actual del conocimiento, la interdisciplina se vuelve imprescindible.³

Dogan (1997) plantea respecto de la interdisciplina que en realidad lo que se hace es combinar segmentos de disciplinas y de especialidades, no disciplinas completas y lo designa “hibridación”. Añade que *“En las ciencias sociales, como en las naturales, el progreso científico se logra sobre todo en las interfases, en los intersticios de las disciplinas. Las innovaciones más originales y fecundas resultan de la recombinación de especialidades situadas en el punto de confluencia de varias disciplinas, que no son necesariamente contiguas”*.

Entiendo que la creación de un campo interdisciplinario no apunta a integrar las diversas perspectivas en una totalidad abarcativa, sino a la emergencia de nuevos planos de conocimiento. Frente a la complejidad de la clínica actual, la interdisciplina y en el campo de la clínica, el abordaje en equipo, son respuestas indiscutibles a la hora del diagnóstico y del diseño de estrategias terapéuticas (1998). Actualmente es frecuente la discusión en torno a la interdisciplina, pero discurre a nivel de las teorías. La idea de la intersección de dos disciplinas en la práctica clínica es una propuesta que desafía nuestros modelos actuales y promueve un espacio de cuestionamiento y reflexión.

EL CASO ERIC: CUANDO EL ESPEJO DUELE

Esta experiencia fue iniciada en el año 1991 con la Psicomotricista Claudia Ravera, así como el caso que presento a continuación (2000).⁴ La elección de este material, perteneciente al paciente que dio origen a este encuadre, se debe a que el trabajo terapéutico de cerca de tres años, implicó logros considerables para el paciente, sobre todo en su adaptación social, y una experiencia altamente enriquecedora para las terapeutas.

Eric, era portador de una polimalformación congénita que confería un aspecto peculiar a su rostro. Presentaba importantes fallas en su estructuración psíquica, pudiendo dar cuenta de una historia de frustraciones en el vínculo temprano con la madre. Las irrupciones de un funcionamiento psicótico, sobre una fachada de pseudo-adaptación, comprometían el cuerpo y el lenguaje: estereotipias gestuales y vocálicas, gritos, momentos de habla robótica, coprolalia y algunos neologismos. Su presentación impresionaba como

un retardo mental. Eric provocó un claro rechazo en la madre y su nacimiento la sumió en una depresión, de la cual no ha podido desembarazarse a lo largo de todos esos años.

Eric había realizado en primer término un tratamiento psicomotriz. Durante el mismo si bien concurría con gusto, presentaba dificultades que limitaban la evolución del mismo: se refugiaba en el mundo de los objetos, con los que en realidad no jugaba, tenía dificultad para vivenciar el placer sensorio-motor, salvo el hamacado. Para iniciar la psicoterapia que les había sido indicada, deciden dar por finalizado el tratamiento psicomotriz, en lugar de realizar los dos tratamientos en forma paralela como se les sugirió. Al inicio de su análisis, Eric, que contaba con 10 años de edad, ofrecía dificultades para el despliegue fantasmático y resistencias para concurrir. No jugaba, realizaba solo dibujos de autos de un modo estereotipado y rechazaba las intervenciones verbales de la analista, manifestando que quería irse porque estaba aburrido. Algunas veces Eric mencionaba a la psicomotricista, por lo que intenté trabajar con él los posibles restos transferenciales. Pasaron algunos meses, en los que se agotaron diversos recursos para lograr un trabajo analítico productivo. Surge en mí la idea: ¿por qué no volver al ámbito del tratamiento psicomotriz, en el que el niño tenía la posibilidad de involucrar su cuerpo, e intentar en ese marco un trabajo analítico con ambas terapeutas?

La sesión que mostraremos pertenece al inicio del tratamiento y significó un gran impacto porque implicó una ruptura del modo de funcionamiento defensivo del tipo “falso self” que había impedido una evolución satisfactoria en los encuadres previos. Se creó una dinámica nueva donde nos sorprendía la respuesta del paciente. Tal vez no sea la muestra mas clara de todos los recursos que aporta la presencia del psicomotricista en este encuadre, los cuales se desplegaron a lo largo del tratamiento, para trabajar por ejemplo síntomas corporales de difícil modificación como son las estereotipias gestuales y los tics, que desaparecieron en gran parte. La presencia de la psicomotricista permitió a Eric utilizarla literalmente como espejo y dramatizar escenas con un partenaire involucrado en las mismas corporalmente. En estos momentos de indiscriminación, la analista podía mantener una mayor distancia y capacidad de pensar. Ello facilitó la intervención oportuna, propiciando la simbolización a partir de niveles donde ésta era muy precaria o inexistente. Este aspecto, derivado de la presencia de dos terapeutas merecería en el futuro una reflexión mas profunda.

En la primera sesión se destacan dos aspectos.

El primero de ellos es la necesidad de ubicar un tercero en función interdictora, que lo lleva a asignarle a la analista un papel de árbitro en un partido de volley ball con la psicomotricista. Así podrá escenificar una relación especular de la que podrá ser rescatado por el garante de un tercero cuya presencia real se ajusta a la precaria triangulación del paciente.

El segundo aspecto es el rechazo de su imagen en el espejo. El encuentro con el espejo de la sala, permitirá el surgimiento de un material muy rico de aquí en más. Al verse dirá: *“Rompo el espejo, lo hago mierda, le pego un balazo”*. El odio y el deseo de muerte proyectado sobre su propia imagen, expresa el rechazo de quien lo mira. Recordemos que el estadio del espejo teorizado por Lacan es un paradigma acerca de la constitución del Moi: es el otro quien funciona como espejo, permitiendo la identificación primaria.

En la segunda sesión, luego de un inicio similar al anterior con un partido de fútbol donde solicita a la analista que silbe como un árbitro, pide a la psicomotricista que lo hamaque. *“Como una máquina tengo que ser”*. Mientras, disfruta y grita, dice *“Haceme la tela”*. Se refiere a una hamaca de tela que conoce del tratamiento anterior. Se muestra

tiránico y demandante con la psicomotricista, que cumple una función de una madre solícita, pegándole con un trapo y buscando subírsele encima.

En otro momento, frente a un señalamiento de la analista que implica un reconocimiento, al estimularlo por determinado desempeño, Eric la toma de los hombros, la besa y luego le tira un prisma de látex.

A: Cuando sentís cariño después tenés que separarte con un ataque.

Se mete en la hamaca y se va creando un ambiente tranquilo y placentero en la sesión. La psicomotricista le da una cuerda con la cual él podía hamacarse por sí solo, y también permitía un contacto y una comunicación a la distancia que él podía tolerar. Queda oculto en la hamaca semejando un bebé en la panza. La analista lo verbaliza. Eric dice “*no digan eso*”. Pese a lo cual comienza paulatinamente a poner en palabras elementos nodales de su fantasmática, en medio de un clima transferencial peculiar e intenso compartido por ambas terapeutas y el paciente.

E: Aquí hay avispas y arañas...estoy atrapado.

A: Te sentís atrapado en algo que asusta, tal vez querés salir...

E: No quiero salir (El enrolla con sus manos la tela hacia adentro, no dejando ver su rostro ni su cuerpo, solo sus pies)

P: No querés que te mire, solo que te escuche y vea tus pies

E: Hay un cuchillo

Mientras la psicomotricista toca su espalda y cabeza a través de la tela, lo mece.

E: No puedo salir, estoy muerto.... en verdad no estoy muerto, me clavaron un cuchillo

A: Dónde?

E: En la espalda.

La sesión llega a su fin y Eric no quiere irse, dice que se clavó un cuchillo en el pie, escenifica el dolor gritando.

A: Nos mostraste que te sentís herido, lastimado, en el alma y en el cuerpo... pero también que pudiste confiar en ser escuchado, por eso tener que separarte duele como un cuchillo.

Análisis de la sesión

Siguiendo la línea de la sesión anterior, el paciente tiende a ubicar a las dos terapeutas en diferentes lugares y les dirige diferentes demandas. La psicomotricista queda en una función materna y la analista en una función de tercero que debe marcar una ley (arbitrar). Sin embargo también establece indistintamente con ambas la relación amorodio, que es la modalidad objetal básica de este paciente. El campo transferencial se complejiza: se crea una trama vincular inédita, a modo del espacio que la pareja parental construye anticipadamente para el hijo, lo que supone un alto investimento libidinal para el paciente.

La interpretación de los sentimientos en juego (amor – odio), produce un movimiento de integración: se introduce en la hamaca y se muestra calmo. La psicomotricista facilita la recreación de la escena regresiva con el mecimiento y la cuerda. Jerarquizamos el papel del balanceo en tanto estimula la sensibilidad propioceptiva y exteroceptiva, favoreciendo la distensión muscular. Eric pudo entregarse con confianza al sostén material que supone la hamaca, así como al sostén afectivo.

Es en el clima transferencial de sostén, de esa envoltura hecha de palabras, de la tela-piel, del tocar- mecer, que se pueden expresar demandas: “Haceme la tela”, gestos de amor agresivo (pegar, besar, arrojar objetos, treparse encima). El decir acerca del sentido habilita un “como sí” y la posibilidad de verbalizar representaciones de contenido persecutorio en lugar de lo persecutorio actuado.

Eric dice: “no quiero salir”. ¿Deseo de “no ser”, no nacer, atrapamiento en un vínculo mortífero donde no es reconocido como sujeto? Oculta el rostro, dejando ver solo manos y pies. Mensajes corporales que la psicomotricista pone en palabras, atribuyéndole un sentido dirigido al otro: ser escuchado y aceptado en su partes sanas.

Esto parece evocar en Eric la imagen de un objeto cortante, mutilante: su cuerpo cortado, no integrado. La psicomotricista responde tocando a través de la tela las partes ocultas del cuerpo, asociadas con lo dañado y continúa meciéndolo, lo que constituye una forma de reconocimiento por una vía que no es la visual. Ello supone un fondo de presencia que hace de continente unificador a nivel de la piel y de continente psíquico que pueda recibir estos contenidos de despedazamiento.

Eric puede expresar sus vivencias de muerte psíquica, del daño ocurrido en el vientre materno, enlazando significantes “no poder salir – estar muerto – haber sido acuchillado”. Tal vez se trata de un momento transferencial privilegiado de construcción de un fantasma allí donde solo había inscripciones (sensoriales?) relativas a las situaciones traumáticas, que hasta el momento pertenecían al registro corporal o afectivo, pero no habían accedido a la representación de palabra.

La espalda, significada como lugar dañado, había sido acariciada por la psicomotricista, lo que hace pensar en las investiduras primarias donde placer y dolor se confunden, y la presencia de hoy ressignifica el dolor de la ausencia. La espalda es una de las zonas mas tocadas por la madre en la vida intrauterina y el lugar privilegiado de sostén en el recién nacido, especialmente en el amamantamiento.

El final de la sesión es una separación, significada como rechazo por Eric, y cuyo dolor es expresado con la imagen del cuchillo en el pie. No podrá caminar ni alejarse. Se produce un corrimiento en el circuito desplegado en el principio de la sesión “amor – agresión – separación”, donde predomina lo persecutorio, al introducirse a través del dolor desgarrador en el cuerpo, una vivencia de tipo depresivo. N. Marucco (2002) señala que lo que no terminó de inscribirse como una memoria está destinado a discurrir por el camino del acto, del dolor en el cuerpo, de la alucinación.

Me interesa señalar que el clima de la sesión pudo darse en el marco de una situación transferencial intensa y de fuerte apuesta libidinal, sumado a la articulación de los dos vectores de intervención específicos de cada disciplina. Evoca en mí la metáfora de posibilitar un “baño de inmersión” del cuerpo en las palabras, volver la superficie del cuerpo mas porosa para permitir su entrada. El cuerpo convocado en su dimensión sensorial, kinestésica y erógena, a través de las estimulaciones propioceptivas y exteroceptivas de la piel por parte de la psicomotricista, la distensión placentera, el surgimiento de imágenes en conexión con la experiencia corporal en conjunción con la palabra del analista, portadora de sentidos, que permite la evolución de las representaciones y la integración con lo corporal y su cualidad afectiva. Desde aquel “Como una máquina tengo que ser” del inicio de la sesión, Eric se fue humanizando y habitando su cuerpo al tomar contacto con su angustia.

PARA CONCLUIR

He intentado compartir una experiencia y promover cuestionamientos que nos permitan profundizar en un terreno tan complejo como apasionante. Como parte de mi camino personal, he sentido la necesidad creciente de darle mayor lugar al cuerpo a efectos de favorecer la experiencia analítica y sus logros, con los pacientes que así lo requieran, ya sea en un trabajo paralelo con otras disciplinas que lo aborden o en un trabajo inter o transdisciplinario, como el que hoy he mostrado.

Es importante señalar que a lo largo de todos estos años, hemos retomado esta técnica con unos pocos pacientes, ya que han conjugarse una serie de factores que habrán de ser cuidadosamente sopesados en cada caso. Hoy podemos decir que surge como un paso de la estrategia del trabajo del equipo interdisciplinario, con un marco referencial común y una sintonía entre los terapeutas.

En estos casos donde la patología del niño afecta sus procesos de simbolización, comprometiendo el cuerpo y su expresividad tónico-emocional, he observado que este abordaje favorece la evolución del paciente, potencia los logros y acorta los tiempos de respuesta en términos de mejoría. Al iniciarse el trabajo conjunto, se movilizan obstáculos que permanecían inamovibles en los tratamientos anteriores, accediendo a niveles de trabajo no transitados en cuanto al despliegue fantasmático, la integración de los afectos, la simbolización y la puesta en juego del deseo propio (2001). En el presente trabajo he privilegiado la importancia de la inclusión del cuerpo y del psicomotricista para facilitar dicho trabajo. Sin embargo son muchas las interrogantes que se abren acerca de otros factores intervinientes y su incidencia en la evolución del tratamiento.

¿Qué elementos me ha aportado esta modalidad de encuadre para la reflexión?

· Un factor muy importante es la presencia de dos terapeutas, que merecería un desarrollo particular dada su complejidad. Solo mencionaré algunos aspectos, referidos en trabajos previos (2000, 2001). Al proponerse una escena triádica, en la que paciente y terapeutas quedan ubicados en diversas posiciones según las fantasmáticas circulantes, se produce un campo transferencial y una intersubjetividad más complejas. De ello surgen recursos técnicos variados como la dramatización frente a un tercero, puestas en escena diversas y cambiantes de dos o de a tres, el diálogo entre ambas terapeutas donde el niño es incluido en el discurso, “hablado por otros”, lo que en algunas circunstancias facilita el trabajo interpretativo.

En algunos momentos la presencia del analista posibilita al psicomotricista involucrarse en la regresión con el niño. La rapidez con que se instalan los juegos y fantasías regresivos me lleva a pensar que tal vez, en este tipo de pacientes la presencia de un tercero real disminuye las ansiedades relativas a la relación dual y establece en forma mas clara el “como si”, facilitando el desarrollo de los procesos transferenciales y contratransferenciales.

· Esta modalidad de encuadre busca incrementar las intervenciones donde se produzca un efecto **simultáneo** sobre lo afectivo y lo representacional, con posibilidad de un nuevo anudamiento signifiante. En pacientes donde se hace difícil instaurar un proceso analítico productivo, esta técnica facilita y amplía para los terapeutas y el paciente las posibilidades de integración de lo vivencial-corporal con la actividad representativa.

· En cuanto al aporte del psicomotricista, éste al estar muy cerca de la resonancia corporal del paciente, sin dejar por ello de tener un lugar simbólico, promueve que acontezcan experiencias corporales y afectos pertenecientes a etapas preverbales, donde se han producido fallas de simbolización. También la lectura fina del cuerpo y de ciertos indicios tónico-emocionales, le permiten pesquisar momentos de ruptura del registro simbólico.

Todo lo antedicho favorece el trabajo del analista con los aspectos más arcaicos que son centrales en ciertas patologías, y promueve que se produzcan momentos que todos valoramos como parte de un buen trabajo analítico: que la palabra cobre cuerpo y toque el cuerpo, y que el cuerpo finalmente cobre palabra.

Notas

- 1. Por mi parte, insistiría en el propósito freudiano de intentar teorizar la relación entre lo corporal y lo psíquico y resaltar la idea de un solo cuerpo con diferentes dimensiones, que dan lugar a diferentes discursos.*
- 2. Este apartado relativo a “Cuerpo y palabra en terapia psicomotriz” surge de una comunicación personal de la Psicom. Claudia Ravera a la autora.*
- 3. Como antecedentes a este enfoque, sugerimos ver el trabajo de la psicoanalista Gisèle de M’Uzan, “Relaxation et Psychanalyse” (Revue franç. Psychanal., 2/1981).*
- 4. En el ámbito de Clínica del Niño se han conformado en distintas ocasiones tres equipos de psicomotricista y psicoanalista. Han llevado a cabo experiencias similares la Psic. Margarita Ungo y la Psicom. Claudia Ravera y la Psic. Sandra Queirolo y el Psicom. Juan Mila. A propósito de ello fue presentado un trabajo conjunto (2001).*

Resumen

El presente trabajo muestra una experiencia terapéutica interdisciplinaria a través de una técnica conjunta, donde psicoanalista y psicomotricista reúnen elementos específicos de intervención de sus respectivas disciplinas. Esta experiencia fue retomada con éxito en algunos casos, por lo cual ha permitido una reflexión sobre los factores intervinientes en este tipo de encuadre.

En esta ocasión se jerarquiza la importancia de incluir la dimensión real del cuerpo en el trabajo terapéutico, a partir de variables técnicas que aporta el psicomotricista, en conjunción con el trabajo analítico. Se propone recurrir en mayor medida a las vías corporales primitivas que intervienen en la estructuración del psiquismo temprano con la mediación del otro, como la sensorialidad, lo táctil, lo cenestésico, lo kinestésico. El trabajo terapéutico propiciaría que ciertas vivencias corporales que transcurren por códigos no verbales, puedan conectarse y hacer trama con códigos verbales, permitiendo un creciente proceso de simbolización.

Summary

An Interdisciplinary Approach: Psychoanalysis and Psychomotricity in a Joint Technique for Child Treatment.

Ema Ponce de León

This paper shows a mixed therapeutic experience, through a technique in which a psychoanalyst and a psychomotor therapist combine specific intervention elements of each area. This experience was repeated in some cases with good results, and has thus enabled a reflection on the elements that participate in this kind of setting.

The main issue is the importance of including in the therapeutic work, the body in its real dimension, based on specific techniques provided by the psychomotor therapist combined with analytic work. The proposal is to resort, in a higher degree, to primitive bodily channels that take part in the early structuring of the psyche, mediated by the “other”, such as sensitivity, touch, cenesthetics and kinaesthetics. Therapeutic work would thus favour certain bodily experiences that take place through non-verbal codes, so that they may connect and become intertwined with verbal codes, enabling an increasing symbolisation process.

Bibliografía

- ACEVEDO DE MENDILAHARSU, S. (2002) “Cuerpo y discurso en psicoanálisis”, El cuerpo, Rev. Uruguay de Psicoanálisis, N° 95, Montevideo, Abril 2002.
- ANZIEU, D. (1990) “Los significantes formales y el yo-piel” en Las envolturas psíquicas, Bs.As, Amorrortu Ed.
- AULAGNIER, P. (1991) “Nacimiento de un cuerpo, origen de una historia” en Cuerpo, historia, interpretación; Piera Aulagnier, de lo originario al proyecto identificador, Bs.As. Paidós
- BONNEVAUX, M., PONCE DE LEÓN, E., RAVERA, C. (1999) “Tratamiento interdisciplinario de tempranos que consultan por retraso significativo del lenguaje y/o psicomotor” en Niños y Adolescentes, Revista Uruguay de Psicoanálisis N° 90, nov. 1999
- CASAS, M. (2001) “El discurso y el método psicoanalítico”, Revista Uruguay de Psicoanálisis N° 94, Montevideo, Noviembre 2001.
- (2002) “El cuerpo en el discurso. Simbolización”, Anales del 2º Congreso de Psicoanálisis, El cuerpo en Psicoanálisis, Montevideo, APU, mayo 2002.
- DOGAN, (1997) “¿Interdisciplinas?” en Relaciones 16-157, junio 1997

- DOLTÓ, F. (1986) La imagen inconsciente del cuerpo, Barcelona, Paidós.
- DONNET, J.L. et GREEN; A. (1973) “L’enfant de Ça. Psychanalyse d’un entretien: la psychose blanche”, Editions de Minuit, Collection Critique, Paris.
- GOLSE, B., MAIRESSE, A., BURSZEJN, C. (1990) “Un coup d’oeil sur les commencements” en Penser, parler, représenter, émergences chez l’enfant, B.Golse et C.Bursztejn, Masson, Paris.
- GREEN, A. (1975) La conceptualización psicoanalítica del afecto, Siglo XXI Editores, México,
- (1996) La Metapsicología revisitada, Bs.As., EUDEBA.
- MARUCCO, N. (2002) “Cuerpo, duelo y representación en el campo analítico”, Anales del 2º Congreso de Psicoanálisis, El cuerpo en Psicoanálisis, Montevideo, APU, mayo 2002.
- PONCE DE LEÓN, E. RAVERA, C., QUEIROLO, S., BONNEVAUX, M. (1994) “La psicomotricidad en el abordaje interdisciplinario de los trastornos del desarrollo del niño”. Presentado en el 1er Congreso Regional de Psicomotricidad y Estimulación Temprana. Inédito.
- PONCE DE LEÓN, E., QUEIROLO, S., UNGO, M. (1988) “Hacia un modelo terapéutico de la complejidad: el equipo interdisciplinario como abordaje de lo intersubjetivo” Anales del XIII Congreso Latinoamericano de Psicoterapia Analítica de Grupo, Tomo II, 1998.
- PONCE DE LEÓN, E., RAVERA, C. (2000) “Un abordaje clínico conjunto: y Psicoanalista en la sala”. Presentado en el 3er. Congreso Regional de Psicomotricidad y Atención Temprana. Inédito.
- PONCE DE LEÓN, E., QUEIROLO, S., RAVERA, C., UNGO, M. (2001) “Cuando la palabra toca el cuerpo”. Presentado en el 3er. Encuentro Internacional Montevideo y el 3er. Congreso Latinoamericano de FLAPIA Inédito.
- SAMI ALI, (1979) “Cuerpo y movimiento” en Cuerpo real, cuerpo imaginario, Buenos Aires, Ed. Amorrortu.
- WALLON, H. (1965) Fundamentos dialécticos de la psicología, Ed. Proteo, Buenos Aires.
- WINNICOTT, D. (1979) “Deformación del ego en términos de un ser verdadero y falso”, El proceso de maduración en el niño, Barcelona, Editorial Laia.