

Nosotras, **alumnas del bianual** estábamos trabajando con Bernard Aucouturier, en los locales de l'AEC.

Viernes 11/04/08

Katty presenta al Bernard Aucouturier y traduce su intervención.

La intervención está basada en las preguntas que elaboramos entre todas las alumnas del Bianual.

1. ¿POR QUÉ SITÚAS EN LA SALA LOS CAMBIOS TÓNICO-EMOCIONALES?

Esta es una cuestión muy importante. Hablando de ayuda: Porque lo que vosotros recibís/atendéis son los niñ@s con grandes dificultades para los cambios tónico-emocionales.

Para pasar de una situación de distensión a otra de tensión.

Tanto la distensión como la tensión están llenas de imágenes.

Los niñ@s que vais a ayudar se caracterizan por tener problemas en los cambios tónicos emocionales, nos los muestran a través de los miedos, de las rabietas. Estas manifestaciones se repiten y ahí está esa imposibilidad de cambiar. Esto caracteriza a estos niñ@s.

Nos podemos preguntar a que se debe. Estas manifestaciones son debidas a su historia afectiva relacional, una historia dolorosa, llena de angustias, debido a la relación defectuosa, porque el objeto madre no ha sabido transformarse en la relación originaria y tampoco ha favorecido en el bebé esas transformaciones tónico-emocionales. La causa es la angustia.

¿Qué es la angustia?

Nuestra función, nuestro rol es la de ayudar al niñ@ a vivir transformaciones tónico emocionales y sólo podrá vivirla por la calidad de la relación, viviendo resonancias tónico emocionales recíprocas. Esto facilitará que el niñ@ proyecte en nosotras A veces imágenes de agresor/protector, esto favorece la transformación tónico-emocional del niñ@. La calidad de relación tónico-emocional que vosotr@s ofrecéis al niñ@ es un factor fundamental para los cambios. En las capacidades de relación están la capacidad de contener, y ayudar al niño para que se sitúe a nivel simbólico, permite que el niñ@ viva los afectos de placer a pesar de la historia dolorosa que ha vivido.

En terapia tanto a nivel individual como de grupo se fundamenta en la TRANSFORMACIÓN TÓNICO EMOCIONAL, sin esta transformación el niñ@ no puede evolucionar. Esto es lo que hace la ayuda en los niñ@s y en los adultos.

Es necesario que estudiéis bien la maduración del tono en relación. Evidentemente hay una maduración neurológica, lo que a nosotr@s nos interesa es la maduración del tono en relación.

El placer con la madre es fundamental para la evolución del niñ@ (y del tono).

2. ¿LAS REPETICIONES EN QUE CASOS SE CONVIERTEN EN PATOLÓGICAS, YA QUE LA REPETICIÓN TAMBIÉN ES UN SIGNO DE EVOLUCIÓN?

La repetición es un signo, tenemos que diferenciar las repeticiones que evolucionan de las que no.

Todos los niñ@s utilizan la repetición, para repetir el placer y volver al placer. En estos casos hay una evolución en lo que repite el niñ@.

Las repeticiones que no evolucionan tienen una base de angustia. En estos casos es necesario que entréis en la repetición de los niñ@s, porque estas repeticiones que son signo de la angustia quieren decir que hay ausencia del otro, no tiene integrado al otro y la repetición es la búsqueda del otro. Tenemos que entrar en esas repeticiones, que normalmente son corporales o de lenguaje, sin miedo, para poder introducir cambios.

3. ¿CÓMO SE MANIFIESTAN LAS ANGUSTIAS ARCAICAS EN L@S NIÑ@S CUANDO SE RELACIONAN CON EL ENTORNO?

Normalmente las angustias arcaicas están contenidas con las respuestas adaptadas de los padres (adaptados a las necesidades de ser sostenido y el establecimiento de la comunicación con el niño y la interacción de calidad).

Los padres son los mejores agentes para que los niños no vivan las angustias, porque ofrecen una envoltura protectora de calidad. Todos hemos vivido este tipo de angustias, ya que muchas veces lo

que pasó, no es lo que nos hubiera gustado que pasara (las respuestas no siempre pueden ser perfectas). Pero hay niños que viven las angustias arcaicas de manera dolorosa porque sus relaciones han sido defectuosas y las interacciones y procesos de transformación han sido deficitarios. En estos las angustias se manifiestan por la vía corporal y nos lo muestran con el pánico al desequilibrio y a la caída, en la dispersión del cuerpo en el espacio, cuando el niñ@ no tiene límites, es el niñ@ que tiene miedo a los ruidos, como también ese cuerpo que no tiene unidad que le falta armonía gestual, un cuerpo vivido como un robot, o como una marioneta, con miedo a ser tocado a ser llevado en brazos. Esas angustias limitan la relación con los otros.

Podemos situar las angustias arcaicas a nivel del cuerpo, del espacio, del ritmo (de abandono total, falta de ritmo o excesivo), inhibición de la actividad práxica en el mundo y la única traducción posible es en el cuerpo.

Sólo hablaremos de angustias arcaicas cuando hablemos de patología.

Matizando también podemos ver en la escuela niñ@s que han vivido dichas angustias sin que presenten trastornos de personalidad importantes, estos niñ@s tienen un problema narcisístico y tienen muy baja la autoestima. No han podido vivir en el espejo del otro, el placer de ser y de construirse en los primeros meses de vida. Estos niñ@s manifestarán dificultades en reconocerse ellos mismos en el espejo real, tendrá una falta de reconocimiento de si mismo (una falta de identidad).

Las angustias arcaicas hacen disfuncional todas las funciones ya sean:

- Vegetativas
- Cognitivas
- Psicológicas
- Emocionales

Todas ellas están alteradas y pueden tener consecuencias graves en su evolución psicológica. En la relación a la **identidad**, el niño va a tener la dificultad para identificar su cara, la cara tiene mucha importancia en la conquista de la identidad, de la sexualidad, también tienen mucha dificultad para superar la fase edípica, porque quedan enganchados al objeto primario.

Tienen dificultad para decir **yo**; primero le toca al **mí** y después puede decir **yo**. Dificultad de acceder a la simbolización. Tampoco serán capaces de jugar.

4. ¿COMO RECONOCER REPETICIONES QUE ASEGURAN DE AQUELLAS QUE DISTANCIAN Y PRETENDEN LEVANTAR BARRERAS FRENTE AL PSICOMOTRICISTA?

Ciertamente la repetición en un niño psicótico es una barrera para la relación con el otro. Porque el niñ@ en su proceso de maduración no ha podido integrar al otro, no ha podido integrar las sensaciones.

Es una búsqueda del otro y lo manifiesta a partir de la repetición, hemos de hacer lo que el niñ@ hace, si corre, corro a su lado, lo acompañamos al correr, como lo hace su madre, miras a la cara del niño y la repites, le hacemos de espejo, y así el niño se irá apropiando del otro, con los gestos, el tono, etc. Si lanza, yo lanzo con violencia ¿Qué es un terapeuta? Es una persona que no es como las demás, cuando este niñ@ corre o tira y el adulto le para, le prohíbe, y vosotros ante ese niñ@ actuáis sobre lo que siempre ha estado prohibido, el niñ@ se queda sorprendido por no obtener la misma respuesta que tienen otros adultos y le va a gustar y va a estar atento a lo que hagamos. El efecto sorpresa es muy importante por la subida emocional. Así se establecerá la comunicación con el niñ@, porque habéis hecho que salga de él, la dimensión emocional (el niño diría: nadie me ha observado de esta manera). El terapeuta ha de utilizar lo que está prohibido para el niñ@. El niñ@ sólo se puede expresar por la vía del cuerpo hasta que encuentra a alguien que lo utiliza **ESTRATEGIA DE TRABAJO MUY IMPORTANTE**. Sólo en este contexto, cuando entréis podréis introducir la ruptura (ritmo, juegos de repetición, juegos de reaseguración profunda,...). A partir de ese momento el niño puede proyectar en el terapeuta sus afectos, sobretudo en lo no verbal.

La intervención con niñ@s que padecen patologías graves ha de ser individual, a partir de este momento es cuando se pueden trabajar los afectos, a un nivel no verbal.

Cuanto más afectado está el niñ@, más se ha de bajar en el nivel arcaico de sensaciones, hacerle vivir sensaciones para que él las sienta. Sensaciones visuales – táctiles – olfativas – cinestésicas.

¿Qué hace la madre para entrar en relación con el niñ@? Le coge la cara para que el niñ@ tenga un espejo.

Todo lo que está relacionado con el sostén. Para trabajar con un niño tan afectado imitar lo que hacen las madres con los bebés antes de los seis meses. ¿Cómo estimulan? Con el gesto, con el lenguaje, la estimulación sensomotora.

También fijaros en la calidad del ajuste, de lo que el niño sabe hacer, incluso cuando sabe hacer poco, hacer que los niños sientan los gestos justos. Cuando estamos con un niño, tenemos la intención de repararlo, a pesar de su discapacidad sabe hacer algunas cosas. Si nos quedamos con lo que no sabe hacer, nos impide ver lo que si sabe.

Insisto mucho en que es necesario poner a los niños en el suelo.

José Ángel: Debemos creer en la posibilidad de cambio de ese niño

5. EN ESTE SENTIDO ¿CÓMO PODEMOS DESARROLLAR LA JUSTA DISTANCIA, CUANDO SE TRATA DE NIÑOS CON DIFICULTADES GRAVES QUE TIENEN BLOQUEADA LA COMUNICACIÓN Y LA RELACIÓN CON EL OTRO? ¿HASTA CUÁNDO PODEMOS ESPERAR? ¿ES POSIBLE QUE ESTA ESPERA PROPICIE SUS REPETICIONES?

No hemos de esperar nada como terapeutas, nos ajustamos con finura y si el niño se lleva la mano a la boca, lo acompañamos. Cambiará si me adapto a lo que sabe hacer, sino reforzamos las defensas tónicas y aumenta la angustia.

El primer tiempo es el tiempo para la observación, después con la calidad de la relación con este niño, a pesar de ese trastorno neurológico, os va a presentar una motricidad más liberada.

Cuando estés bien ajustada a este niño, a los pequeños detalles, lo acompañamos para que sepa que hay otro que lo acompaña tónicamente, incluso en sus gestos más violentos (si mueve la pierna, la movemos nosotras, si mueve el brazo, el brazo,...hacerle sentir que estamos ahí), captarle su mirada, en algunos casos sólo tiene su mirada. Dejaros. Puede que haya un inicio de deseo, favorécelo, prolóngalo y no perdáis de vista la cara del niño, su cara es lo único que tiene para traducir sus emociones. Si impregnáis sensaciones en el niño, él/ella puede engramarlas, en la misma sesión o en las siguientes, no tenemos que tener miedo a repetir, es posible que sienta un placer, y el placer es un factor de evolución.

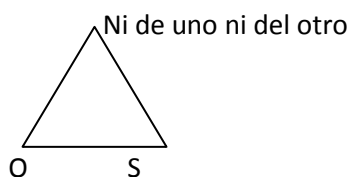
Es difícil, dice Bernard, porque estos niños evolucionan muy poco a poco y de vez en cuando nos plantea muchas preguntas, no es gratificante para nosotros.

Es preferible poco, pero muy ajustado al niño.

Tenemos delante de nosotras un niño que sufre, que le duele el cuerpo y eso siempre lo tenemos que tener en cuenta.

6. " ENTENEN LA SALA DE PSICOMOTRICITAT , COM DIU JOSEP ROTA, UNA ESPAI ENTRE LA REALITAT INTERNA I LA REALITAT EXTERNA, COM UN ESPAI TRANSICIONAL EN PARAULES DE D. WINNICOTT; QUINS SON ELS ELEMENTS PRÒPIAMENT DITS DE LA PPA (PRACTICA PSICOMOTRIU AUCOUTURIER) QUE FAN O FARIEN DE UNIÓ ENTRE AQUESTES DUES REALITATS EN LA PRACTICA TERAPÈUTICA O D'AJUDA PSICOMOTRIU"

El espacio transicional es un espacio que no soy yo ni el otro, pero que nos reúne a los dos, Winnicott lo define como un espacio que no es ni el niño, ni la madre, ni el objeto, ni el sujeto, pero son los dos a la vez. Que permite que se encuentre los dos y el uno en el otro. El espacio transicional es fundamental para el desarrollo del niño porque es el primer momento que empieza a vivir la potencialidad de la triangularidad. Es un factor de triangulación potenciador (hay otros factores pero este es muy importante). Está el objeto madre, está el sujeto y está lo que no es ni del uno ni del otro.



Por esta razón la sala es un espacio transicional, es decir que no es ni del niñ@ ni del terapeuta, pero en el que se encuentran en una calidad de relación, a través de unas metáforas (espacio – tiempo y el material).

¿Qué nos dice el niño en este espacio? Nos habla de su realidad interna, de sus sensaciones, emociones, imágenes. Narración de si mismo que se pone en escena en este espacio, a través del espacio, materiales, lenguaje...

A partir de esta relación con el entorno el terapeuta establece la relación con el niñ@. Todo es simbólico en ese espacio, porque nos habla de si mismo a través del espacio, los objetos. Todas estas producciones son proyecciones de su realidad interna y de historia relacional, cuerpo a cuerpo.

Esto nos plantea otra cuestión. El cuerpo del niñ@ ¿es un objeto transicional? Si, a través de la realidad del cuerpo expresa, el cuerpo del niñ@ es el primer objeto transicional, a través de su cuerpo expresa su historia en la realidad, del aquí y ahora del niñ@

Entonces el cuerpo es transicional entre su mundo interno y su mundo externo. Tendríamos que defender esta idea, el cuerpo es transicional, todo es transicional, el niño es también objeto transicional de la madre.

La sala es una metáfora del cuerpo de la madre. El niñ@ utilizará el material y el espacio de la misma manera que el niñ@ haya vivido su cuerpo en relación con el cuerpo de la madre.

Primero: Dejar que el niñ@ exprese.

Segundo: Establecer calidad de relación tónico emocional.

Que permita vivir lo que el niñ@ ha vivido anteriormente en sus primeras relaciones con la madre.

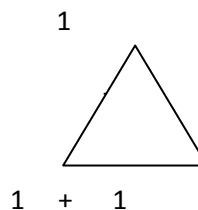
El lenguaje es una pérdida, es la muerte del cuerpo, y en el lenguaje también encontramos el cuerpo. Estoy hablando del cuerpo que actúa.

Un niñ@ que lleva el osito, éste es muy importante para él/ella.

Desde que el niñ@ encuentra este objeto, la calidad de relación (comunicación) va a cambiar, porque será el espacio intermediario entre él/ella y la madre (ayuda al niñ@ a acceder a la triangulación). Estáis introduciendo la triangulación. En la terapia es importante que se sea tres, no dos, entre los dos siempre tiene que haber algo (espacio – objetos - palabras...) Puede haber fusionalidad que no permite evolucionar. Sería la locura a dos (si somos dos no hay terapia):

Locura a dos $1+1=1$

Para que evolucione $1+2=3$



Introduciendo el objeto transicional ya son tres. La triangulación (1 (nen/nena) + 1 (mare) + 1 (pare) = 3)

El objeto transicional es diferente al objeto autístico: En este objeto (autístico) no está el otro. Es una identificación sensorial, está identificado con ese objeto y es una prolongación de su cuerpo.

Ejemplo de Bernard: Cristina es una niña autista, que siempre necesita ir con objetos pequeños duros. El objeto duro la mantiene, es tenida por el objeto. La niña se identifica sensorialmente con el objeto y este objeto es una prolongación de ella misma. Que sea un objeto duro tiene la simbología de que la mantiene.

La comunicación, el intercambio tiene un límite, y este límite hace nacer en el niñ@ una angustia que le lleva a una agresión.

Se puede pensar que los bebés tienen un límite para producir fantasmas. Winnicott habla de la duración de los fantasmas en los bebés.

7. SI PUEDE SER QUE EN UNA NIÑA ADOPTADA CHINA SE HAYAN GRABADO ENGRAMAS DE INHIBICIÓN QUE HAGAN QUE NO VIVA CON PLACER LOS BALANCEOS BOCA ABAJO, EL GATEO..., Y SI ES ASÍ, ES POSIBLE "DESENGRAMAR" ESTOS PARA ENGRAMARLOS DESDE EL PLACER A LOS 2 AÑOS DE VIDA?

Claro que sí, ya que el pasado es pasado, y un pasado doloroso que se ha grabado en la memoria implícita. A pesar de lo que pueda experimentar esta niña en relación con el terapeuta, se puede pensar que siempre habrá esa dimensión de sufrimiento. ¿Podemos pensar que el placer puede desengramar los engramas dolorosos?, es posible sabiendo que los centros de placer y displeasure están implicados, pero se ha de tener en cuenta la intensidad del sufrimiento que haya tenido el niño, pero yo creo en esto.

Sabemos que cuando los niños descubren una dinámica de placer, cambian, también habrá un cambio neurológico, también hay que decir que unos niños más que otros engraman más fácilmente el dolor (también se sabe que el dolor se engrama más fuerte que el placer) y depende de cómo cada uno resiste el dolor, el dolor está específicamente fijado en algunas partes del cuerpo: en la piel, en la mirada, en el estómago...

El placer se difunde y se vive en todos los órganos, en todas las funciones. Lo que propongáis a este niño ha de ir hacia que le permita descubrir el placer, eso es eficaz, sin olvidar la relación con el terapeuta.

8. ESTA MISMA PREGUNTA SE PODRÍA FORMULAR A NIVEL GENERAL: QUÉ PODEMOS HACER, O CUAL SERÍA UNA INTERVENCIÓN AJUSTADA EN UN SERVICIO DE ATENCIÓN PRECOZ CON NIÑOS ABANDONADOS O MALTRATADOS LOS CUALES ESTÁN "IMPREGNADOS" DE ENGRAMAS DE INHIBICIÓN

Insisto en lo que acabo de decir antes, al ajuste, ajustarnos a lo que el niño puede hacer, este ajuste también se puede tener con los maestros que tienen a estos niños durante toda la jornada. Es decir, que los cuidan. Miraros la experiencia de LOKCI de Budapest. Estas educadoras que están tan atentas a los cuidados, a los juegos, a los gestos, a las palabras que utilizan para poder ajustarse a las demandas que en cada momento necesita el niño, para un buen desarrollo del niño, los niños juegan libremente, los niños intentan reunir objetos, lo que ya simboliza la calidad de la relación. Estoy hablando de atención temprana, en estas edades los niños abandonados se sienten partidos en dos hemisferios. Cuando las educadoras establecen relación de calidad los niños pueden jugar solos, no demasiado lejos, ellos los perciben, e intentan reunir los objetos, simbolizan, -reúnen las dos partes de su cuerpo- los dos hemisferios, estos juegos son básicos para el desarrollo del niño y su motricidad cambia, cuando el niño reunifica su cuerpo y vivir así su unidad.

Un/a niño normal en la cuna va a intentar unir sus dos manos, sus dos pies, sus dos rodillas,... este estadio es fundamental porque el niño se demuestre que puede maternarse como ha sido maternado. También encontramos esto en los adultos, la dificultad de reunificar las dos partes del cuerpo. Los agujeros del cuerpo están en el eje (boca, nariz, ano, vulva, pene). Podéis entender que llenar los agujeros del eje a través de la comida, esnifar, abuso de relaciones sexuales,... indican alguna cosa, para mí esto demuestra que estos adultos aún no han reunido suficientemente las dos partes de del cuerpo. Tengo ejemplos de adultos drogadictos y les preguntamos sobre sus relaciones primarias, nos dicen que han sido personas que han tenido relaciones delicadas con la madre.

Con el eje del cuerpo

En relación con la integridad del cuerpo, cuanto más sufre el eje, peor ha sido la relación. Es una hipótesis que se confirma con la clínica.

Reflexionar. Con estos adultos tendríamos que trabajar las dos partes del cuerpo, simbólicamente y realmente, igual que en los niños.

¿Qué es lo que unifica las dos partes del cuerpo? La calidad del sostén.

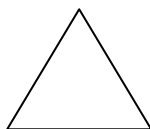
Escotoma: No vistas, no miradas, zonas olvidadas, zonas ciegas. Bernard utilizó este concepto para hablar del cuerpo fragmentado.

Volvemos a la pregunta de los niños abandonados. En estos niños no es suficiente la ayuda psicomotriz, es necesario el conjunto del personal, todo el entorno ha de estar atento hacia ellos. Y volvemos a lo que decíamos antes: Decir que en el cuerpo del bebé hay un lado que es del niño y un lado que es de la madre. Así el niño se encuentra así mismo y al otro cuando reúne los dos lados

de su cuerpo. ¿Cómo puede darse eso, un lado más del niñ@ y otro más de la madre? En el inicio la madre proyecta su lateralidad en el bebe. La madre tiene una parte que fantasea más que la otra, y va a gratificar más un lado que el otro. Se puede ver cuando la madre baña al niñ@, cuando lo cuida y lo sostiene también hay un pecho privilegiado, un lado del cuerpo está más en contacto con la madre que el otro y eso hace que haya un lado más impregnado de la madre que el otro. Es hacia los cinco-ocho meses cuando el niñ@ reúne las dos partes del cuerpo, entonces hace la unión entre uno y otro, después podrá poner dos vasos juntos, uno dentro del otro. Un psicótico no lo puede hacer. A partir de ahí empieza la dimensión simbólica. Unificar su cuerpo sería una potencialización de simbolización y a partir de aquí evoluciona.

El bebé solo cuando se reunifica puede evolucionar. Encontrar la unidad es signo de placer y narcisista, a partir de aquí puede separarse de la madre, desplazarse,... Encontrándose en él, reunificándose, poder salir del espacio de la madre, él introduce el tercero, su placer narcisista de existir, es otro factor de la triangulación (niño-placer narcisista-madre)

PAN



(Placer de actuar narcisista)

M N

Toda acción que produce placer en el niñ@, es un medio para crear un espacio de triangulación potencial y eso progresivamente va a permitir descubrir la triangulación, que necesitará condiciones por parte del padre. El placer de actuar es la posibilidad de transformarse a sí mismo y transformar el espacio. Todo esto va a permitir distanciarse del otro, salir del no yo, para transformarse en él mismo. Todo esto condiciona la actitud del terapeuta. En la terapia psicomotriz estamos siempre en una relación arcaica, trabajamos con el tono, con las emociones, con las relaciones, que nos llevan a las relaciones primarias, el terapeuta establece una relación maternal por lo tanto permanece en lo maternal, porque trabaja con el cuerpo y ha de introducir el tercero como hace la madre. Hemos de insistir como el terapeuta introduce el tercero. Mantengo que el terapeuta ha de ser la garantía del simbólico, y no hay tercero sin simbólico. El terapeuta de psicomotricidad trabaja lo arcaico, siempre se ha de establecer una relación maternante y para ello será necesario pensar siempre en el tercero, ¿quién hace de ese tercero? Mantenerse en el simbólico, se trata de la identidad profesional del terapeuta, sabiendo que hay una dimensión más profunda que permite que el terapeuta introduzca el tercero.

9. EN EL CASO DE NIÑOS QUE SUFREN PASIVIDAD MOTRIZ, ¿QUE LUGAR OCUPAN LOS ENGRAMAS DE INHIBICIÓN? Y PARTIENDO DE AQUÍ, ¿COMO PODRÍAMOS FAVORECER LOS PROCESOS DE TRANSFORMACIÓN Y EL PLACER DE SER UNO MISMO DENTRO DE LA SALA?

Podríamos hacer hipótesis sobre la pasividad motriz. Puede que sea por parte de la familia que no dejen que descubra el espacio, por medio de la acción. Un niñ@ vive con dolor no actuar, porque es a través de la acción como accede a la dimensión cognitiva, vivir sus emociones y poder expresar sus fantasmas. Puede ser que los padres vivan mal la acción de los niñ@s, porque la acción permite, favorece la separación, la individuación,....

Yo hablo de pasividad psicomotriz en el sentido de que el niñ@ ha vivido una situación difícil y dolorosa en algunos momentos, tiene una dosis de agresividad hacia el objeto primario, un deseo de destruir el objeto primario, en este caso el niñ@ vive una culpabilidad con el deseo de destruir el objeto y reprime ese deseo y entonces se vuelve hacia sí mismo, y esto hace inhibir las acciones del niñ@. ¿Por qué hablo de pasividad motriz? El niñ@ limitado en su vivencia del espacio va a sentir, a vivir una agresividad contra los padres que no le dejan experimentar la vida, porque actuar es vivir. Esta agresividad que no puede manifestarse se vuelve hacia el y se crea la pasividad motriz, está relacionada con la pulsión de muerte, tristeza, melancolía,... que son consecuencias de la inhibición del placer de actuar y la inhibición del movimiento (la inhibición).

Actuar no es ser agitado, actuar es crear, es jugar a la vida.

¿A partir de que edad hay? Hemos de diferenciar entre agresividad y agresión.

Agresividad: es un estado del ser humano. Le doy un sentido psicológico. Que viene de las restricciones que hemos vivido y hace que emerja un estado de agresividad hacia el objeto primario. Y se va a investir en el placer de actuar y investir el mundo y se va a manifestar en el deseo de ponerse de pie, y permite al niñ@ crecer, y le va a decir a la madre “mira como existo”, además te demostraré que hablaré y también permite la separación.

El lenguaje aparece cuando el niñ@ se siente liberado de la conquista de ponerse de pie (relación entre conquistar la posición erecta y el inicio del lenguaje). El niñ@ también puede sentir placer cuando se pone de pie y se tensa, hay placer en algunas tensiones tónicas. Se va a investir en una dimensión simbólica.

Hay una agresividad que no se invierte en una dimensión simbólica y esto va a la Agresión. Cuando un niñ@ arremete con violencia y esta agresión se repite, demuestra que hay debilidad del pensamiento simbólico. ¿Cómo ayudar a este niñ@ que arremete a encontrar una dimensión simbólica? (el otro no está integrado en él) A través de la calidad de la relación y del placer que vais a compartir con él haciéndole de espejo (de la misma manera que la mamá hacía con él), a través de esto se impregna de vosotr@s, y, cuando él reproduce en la sala lo que ha vivido con vosotr@s y nos pide que volvamos a repetir ese juego, demuestra que habréis impregnado de resonancias tónicas emocionales.

El terapeuta de la psicomotricidad se ha de implicar fuertemente con el niñ@ para impregnarlo de tono, sensaciones, emociones, mirada, de gesto, de voz.

En la siguiente sesión puede repetir lo que ha vivido con vosotr@s.

José Ángel: La identidad nace de una negación, nunca de una destrucción: “Yo soy no Tu”. La paradoja es que tú eres tú, cuando yo soy yo, porque antes éramos uno.

La agresión se puede volver hacia el niñ@. Es una manifestación de la angustia de muerte. Hay auto agresión: alcoholismo, drogas, sobre medicación,...y tendríamos que volver de la angustia de muerte.

A PARTIR DE AQUÍ YA NO DIO TIEMPO DE FORMULAR MÁS PREGUNTAS.

10. ¿Cuándo y cómo se forma la estructura tónico-afectiva de cada individuo? ¿Cómo podríamos hacer evolucionar esta estructura?

11. ¿Qué diferencias podemos encontrar en psicomotricidad entre acto y acción?

¿Sería erróneo pensar que en el acto no hay pensamiento?

Cuando decimos este niñ@ ha pasado al acto, interpretamos que ha hecho algo sin pensar. Sobre todo cuando nos referimos a actos agresivos. ¿En psicomotricidad lo concebimos como un acto sin representación simbólica?

El psicoanálisis (Freud) lo utiliza con el concepto Acting out (paso impulsivo de una pasada al acto propiamente dicho y que en el lenguaje psicoanalítico se reduce a actos impulsivos violentos: suicidios, crímenes...)

Gérard Mendel en el libro que escribió junto con usted “Porqué los niñ@s se mueven tanto” nos dice “Que el acto es la actividad voluntaria inducida por un proyecto de acción” y que la acción “es el proceso mental que se produce antes/durante/después del acto”.

¿Sería la representación mental que las personas hemos de hacer para llegar al acto?

12. Partiendo de las reflexiones en formación personal que surgieron como amenazas: Ser observado/a, ser criticado/a, ser débil, la imagen, el miedo de no llegar a,..., desaparecer en situaciones de fusión:

Referente al miedo a desaparecer frente una situación de fusión. ¿Qué herramientas podríamos trabajar en formación personal o a nivel personal para poder hacer frente a este miedo y transformarlo en algo constructivo para trabajar más adecuadamente?

¿Cómo poder reconocer una fusión adecuada para ajustar-te y acompañar al niñ@ y una fusión en la que pasas el límite y te pierdes?

Referente a ver como amenaza la propia imagen, el no llegar a,...:

¿Dónde crees tú que ha de llegar un/a psicomotricista a nivel educativo y terapéutico? ¿Cuáles son los mínimos? .