

# **EL SI MISMO INTERACTIVO**

© **Guy TONELLA, 2000**

**Publicado in :**

**The Clinical Journal of the IIBA, Vol. 11, nº2, Fall 2000**

(Conféncia dada al Congreso Europeo de analisis bioenergetica, EFBAP - Sitges, Espagne, 1999)

He titulado esta presentación "El sí mismo interactivo" para poner el acento en el hecho que el sí mismo sigue siendo un concepto válido pero abstracto si no se lo vuelve a situar en la realidad del entorno humano. Winnicott decía : "un bebé no existe" para poner de relieve que un bebé no existe fuera de un contacto interactivo con los ojos de su madre, sus brazos, su pecho, sus gestos, sus expresiones afectivas, sus palabras, etc ...

El sí mismo no se construye sin esos vínculos. Y esos vínculos interpersonales no son la obra del uno o del otro de los dos, sino de su interactividad y de su apego mutuo. Pienso que eso es verdad a fin de construir los vínculos madre-bebé, pienso que es igualmente verdad en la construcción de los vínculos terapeuta-paciente cuando el paciente todavía busca su sentimiento de existir en su subjetividad. Sin la participación activa (inter-activa) del terapeuta, el paciente puede imaginar, pensar y decir lo que le gustaría ser, particularmente querer y ser querido, pero no puede construirlo y vivenciarlo. Esa es la idea que voy ahora a desarrollar y argumentar.

## 1 - Mi primer argumento es personal

Vengo de una cultura psicoanalítica. Me he construido en ella ; he vivido experiencias fuertes y estructurantes en ella. He puesto sentido donde no había, o donde era erróneo. Este trabajo psicoanalítico trato sobre todo acerca de mis conflictos neuroticos : herencias de identificación conflictivas, conflictos sexuales, control excesivo de mis afectos. Tome conciencia, suavice, libere, di sentido, integre ... Pero.

Pero la frustración impuesta por el encuadre psicoanalítico me limite : mínimo contacto con el analista, motricidad reducida a un mínimo, expresión emocional limitada por el encuadre ...

Mi terapia con Lowen dio un sentido a esa limitación : yo tenía miedo de abandonarme a mis propias sensaciones y emociones provocadas por el encuentro. Sin embargo, esta problemática profunda relacionada con el miedo a la relación no estaba realmente resuelta.

Gracias Alexander Lowen, mi gratitud es real. Pero que me ha faltado en la experiencia y el modelo práctico que me ofreció ?

Contestaría hoy : faltó el trabajo sobre el vínculo de apego y de interacción precoz con la madre, y lo que en ese aspecto me faltaba. Lowen ha escrito sobre "el miedo de vivir", pero ha tratado sobre todo esta problemática en el plan individual. El miedo de vivir no es un miedo individual. Es miedo de la interacción. *Y un miedo que nació de la relación interactiva real puede solo resolverse en la relación terapéutica interactiva.*

Cuando un bebé llora, está en una cierta tensión corporal. Para que esta tensión sea una experiencia estructurante para el sí mismo, y no una experiencia de miedo, de desregulación y de soledad, necesita que la madre le conteste y de un sentido a lo que vive el infante. La madre, suficientemente ajustada y empática va a decir por ejemplo a su bebé : "O, estás cansado !". Por echo, confirmará lo que siente el bebé, permitiendo a la tensión del infante adquiera un sentido. Le tomara en sus brazos, mecendolo tiernamente, hasta que el bebé se quede dormido. En esta regulación interactiva, el bebé aprende a relajarse, dando una respuesta significativa y ajustada a su tensión corporal. *El bebé necesita que alguien le duerma para mas tarde dormirse por sí mismo.* Por lo anterior, se entendió mejor el origen de que tantas personas sientan ansiedad al dormirse y se resistan a ello. Necesitan vivenciar la experiencia terapéutica de abandonar su cabeza en los brazos tiernos de alguien que le entiende, que este presente para ellas, y que pueda relajar sus miedos.

De la misma manera, cuando un bebé mira a su madre pero su madre no refleja su mirada, no se siente confirmado en su existencia, no se siente reconocido, y seguirá buscando esta confirmación, mas tarde, implícitamente o explícitamente, en una dependencia hacia afuera, dependencia del otro, del terapeuta. *El bebé necesita también ser reconocido para mas tarde reconocerse por sí mismo.* Esto nos ayuda a entender de donde viene el que tantas personas busquen un reconocimiento, reconocimiento en su existencia, fuente del sentimiento mínimo de seguridad interna.

Mi primera conclusión es que, durante el desarrollo como en terapia, solo el vínculo interactivo anclado en el apego es fuente de construcción individual e individuante.

## 2 - Eso me conduce a mi segundo argumento, clínico

Las problemáticas de identidad, de no sentirse reconocido en su existencia subjetiva, o de no percibir sus límites, lo que implica que es difícil de interactuar, son las problemáticas definidas bajo los conceptos de estado límite y de narcisismo. Esas problemáticas constituyen las enfermedades del vínculo de apego y de interacción.

Cuando trabajaba en un hospital psiquiátrico con jóvenes adultos psicóticos, esquizofrénicos en su mayor parte, observo que podían tener de vez en cuando percepciones muy finas y muy justas, una subtilidad extraordinaria en su sensación y su comprensión del mundo y de quien somos los demás. Pero esas percepciones no tienen permanencia y no pueden convertirse en referencias estables y reproducibles.

El trabajo que hago actualmente en mi consulta privada con un joven adulto, Raphael, es un ejemplo que me confirma la importancia de construir un vínculo de apego e interacción, en el seno mismo de la relación terapéutica, que sirva de base de construcción de un sí mismo vivo y vibrante, suficientemente organizado y estable, de que surja el impulso a querer y ser querido sin miedo.

Raphael tiene 28 años. Trabaja temporalmente de contable. Se siente solo y hasta la fecha, nunca ha podido establecer una relación amorosa con una chica, lo que constituye su demanda, al principio de la terapia. Se siente en un estado de estrés permanente en su vida y la aproximación amorosa le pone en un estado de pánico intenso : se siente ahogado, paralizado, aterrorizado, en blanco. "Estrés" será durante el primer año la única palabra a su disposición para traducir su estado interno. Llega a hablar de sensaciones corporales ("objetivas") pero no distingue ninguna emoción ("subjetiva").

Desde las primeras semanas, siento un sentimiento tierno hacia él : moviliza en mí sentimientos de amor mientras que no sea capaz de crear un vínculo conmigo. Mi ternura hacia él será contagiosa. Un vínculo tierno mutuo se ha construido progresivamente. Poco a poco encuentro con él la justa distancia que era la distancia íntima : le cogía en mis brazos, le miraba muy de cerca, lo tocaba bastante, como un padre o madre podría hacerlo con un niño pequeño, aunque supiera que no lo era. Le hablaba también : le decía que estaba contento de verle de nuevo, que lo sentía tierno en su mirada, o perdido pero que aquí estaba yo, a veces que le sentía solo y que yo me sentía solo, pero presente.

A veces, nos ocupábamos en secuencias de trabajo más construidas y formalizadas: trabajo de respiración y energización, de relajamiento muscular, de activación de la motricidad y de expresividad. Pero yo estaba sobre todo preocupado por el echo de que sus tensiones corporales adquirieran un sentido para él y por saber ajustarme a ellas para contestarle. De tal forma que pudiera experimentar el "entonamiento" (*attunement*) del que habla Stern. Stern lo define así (1985) : una madre está acordada con su niño cuando siente y entiende lo que vive y expresa (por sus mímicas por ejemplo), y le contesta espontáneamente de otro modo (con la voz por ejemplo), lo que hace que su niño sienta y perciba que es reconocido y entendido como persona. Creo que Raphael nunca conoció el entonamiento materno. Incluso conmigo durante meses, anticipaba con terror toda relación, como experiencia de inexistencia, como un sí mismo siempre desaprobado por el otro, agarrándose desesperadamente a sus sensaciones físicas donde se trata a sí mismo como un objeto.

He jugado mucho con él. Era yo el que iniciaba los juegos y él contestaba, tomando placer en ello. Constatabamos que tomábamos un placer compartido : estirar cada uno de una punta de la toalla, sentir las variaciones posibles hasta aproximarnos o al revés alejarnos ; también lanzándonos un cojín de varias formas ; o luchando juntos como un padre hace con su hijo. Un montón de cosas que nunca había vivido en su familia, pues que nunca había tenido contacto físico, intercambios afectivos, nunca se había hablado de necesidades, de deseos de sentimientos. En su casa, solo se hablaba de deber y obligación, impuestos por una madre fría e implacable, a veces triste y depresiva, que dominaba a un padre sin presencia. Había en Raphael un terror de la relación tan fuerte como su necesidad de contacto y amor.

***En el transcurso de este trabajo con Raphael que continúa en la actualidad, he adquirido la convicción clínica de que para construir un vínculo intersubjetivo este, ha de anclarse fundamentalmente en sentimientos de amor (o de ternura compartida) y en interacciones corporales y motoras que favorezcan las experiencias tanto de autonomía física como de unión física.***

Esta convicción es próxima a las investigaciones contemporáneas relacionadas con el desarrollo del sí mismo.

### 3 - Pues mi tercer argumento es de orden teorico

De de las investigaciones actuales se desprenden con fuerza dos ideas. Me permito de traducirlas en termino de relacion paciente-terapeuta :

a) *Las actividades propias del paciente y sus capacidades de descubierta y aprendizaje estan intimamente relacionadas con el placer que siente con ello, y con el placer que el terapeuta toma con el en ello* (Bower, 1966, 1976, 1977 ; Watson, 1966, 1973 ; Siqueland y Lipsitt, 1966 ; Papousek, 1969). Como por ejemplo cuando jugaba con Raphael lanzandose un cojin, o cuando el descubria su voz, respirando y que, a veces, vocalizabamos junto, riandose.

Eso me recuerda lo que comentaba Winnicott : "Un psicoterapeuta que no sabe jugar con sus pacientes no puede ser psicoterapeuta ...".

b) *Este placer vivenciado por el paciente constituye un deposito narcisista de donde emergen tres nucleos fundamentales para el desarrollo del si mismo :*

1 - un nucleo de auto-seguridad (ver el estudio de Ainsworth, 1978, 1979). Este nucleo de seguridad de base requiere tres criterios para constituirse (criterios que cualifican a un terapeuta como competente):

- un terapeuta apegado a su paciente de forma non ansiosa
- un terapeuta disponible a sus senales
- un terapeuta que contesta de forma adecuada

2 - un nucleo de auto-confianza que supone :

- un terapeuta que se deja utilizar por el paciente cuando este busca reproducir algo que ha descubierto de forma que el paciente lo consiga

- una pareja paciente-terapeuta en la cual las mismas causas reproducen las misma consecuencias de manera que las características de constancia y permanencia organicen las relaciones de intercambio. Esto es lo que permite al paciente de construir un "working model" (Bowlby, 1969), es decir una referencia interna que permite la reproduccion confiada de sus esquemas de actuacion.

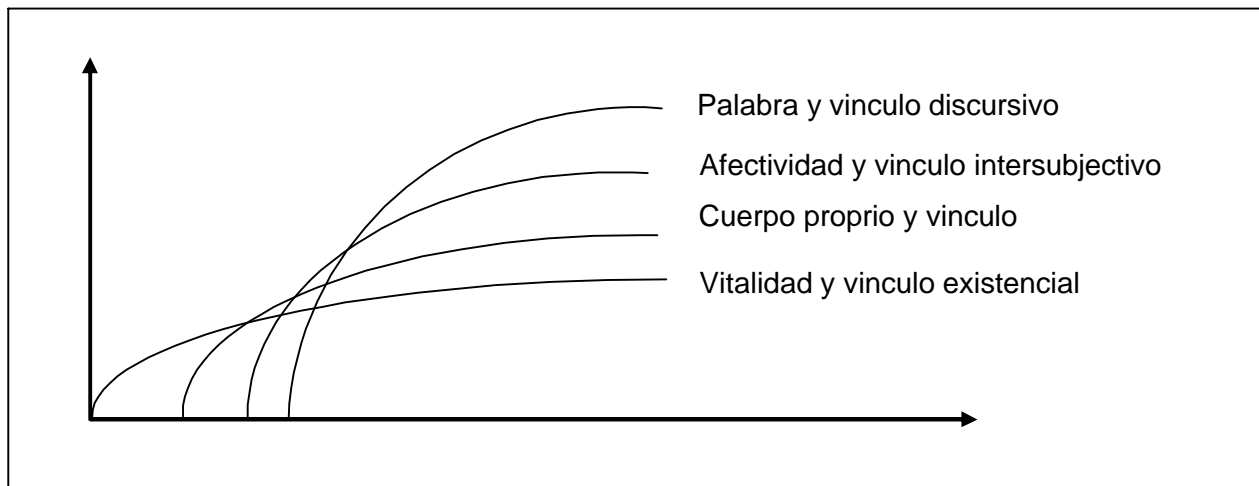
3 - un nucleo de auto-estima :

La confirmacion por el terapeuta que esta referencia interna adquirida por el paciente es eficaz funda el nucleo de auto-estima. Las capacidades eficaces de asimilacion reproductora del paciente, confirmadas por el terapeuta, son investidas por el paciente, lo que constituye su deposito de auto-estima.

Para el bebé como para el paciente, esta cadena integradora (nucleo de auto-seguridad apoyando el nucleo de auto-confianza apoyando a su vez el nucleo de auto-estima) puede ser rota, poniendo en peligro los fundamentos del si mismo y creando las "heridas narcisistas". Raphael es un ejemplo de ello : su nucleo de auto-seguridad es muy inestable y vulnerable y no puede servir de base a nucleos de auto-confianza y auto-estima estables y permanentes. No ha podido asimilar a una madre amante que le confirmase en sus competencias y queda a la espera. Esto es lo que dio de entrada un sentido a nuestra relacion y a mis elecciones terapeuticas.

Se nos ha ensenado mucho que solo se podia estructurarse desde la frustracion. Este ha sido un mensaje psicoanalitico esencial tanto como un herencia judeo-cristiana. De hecho, para que haya integracion psiquica, ha de haber dos polaridades dinamicas : lo tenso y lo relajado, o lo duro y lo blando, o lo frustrante y lo satisfactorio, etc ... En esta dialectica se construyen los intermediarios, el eje del si mismo, el si mismo centrado, equilibrado. Cuando solo ha habido lo frustrante, la terapia debe introducir y hacer vivenciar lo suave, tierno, satisfactorio. En eso consiste reintroducir la polaridad que falta, el vinculo que falta, sin el cual ningun centro de gravedad personal puede existir.

Anclados en ese deposito narcisista primario, fundados sobre la auto-seguridad, la auto-confianza y la auto-estima, emergen y se organizan progresivamente los quatro continuos de integracion del si mismo. Corresponden (o deberian corresponder) a los quatro continuos integradores trabajados en analisis bioenergetico :



#### a) el continuo integrador de la vitalidad y del vinculo existencial

Este concierne fundamentalmente al funcionamiento energetico y pulsatil descrito por Reich (1933, capitulos XIII y XIV). Moviliza al nucleo del ser en sus regulaciones fisiologicas basicas, las que procuran las sensaciones mas intimas de existir, aunque estas sean primarias : sensaciones pulsatiles de ritmos diferentes (cephalo-raquideo, respiratorio, cardiaco ...), sensaciones vibratorias, sensaciones de activacion de la excitacion. Recordamos a Winnicott que decia : "El verdadero self procede de la vida de los tejidos corporales y del libro curso de las funciones del cuerpo, incluido el corazon y la respiracion. Esta intimamente ligado a la idea del proceso primario ..." (1960).

Este dominio integrador de la vitalidad domina la vida del bebé al nacimiento, y notemos que durante toda la vida seguira siendo el fundamento de la sensacion de existir a traves de multiples experiencias, sean estas estructurantes, conflictivas o traumaticas.

En que tejidos corporales se desarrolla la sensacion de vitalidad ?

El trabajo con las estructuras esquizoides nos permite comprender esto : la relajacion de las tensiones musculares cronicas, aunque dé mas cohesion al si mismo, no resuelve el problema de la ausencia de sensacion de existir profunda. Esto se resuelve cuando se empieza a trabajar las tensiones de los ligamentos, de los tendones y aun mas, la tension de las fascias y mas alla aun, cuando el trabajo sobre todos los tejidos conjuntivos e intersticiales distienden el medio interno (sustancia fundamental, linfa, plasma ...). El paciente esquizoide comienza en ese momento a sentirse "vivir", a "sentir la vida que circula en el". A menudo el cuerpo de estos pacientes se redondea, toma forma sin que por ello ganen en massa muscular. A nivel emocional, se describen como si salieran de una sensacion de paralisis interna. De hecho dejan de luchar contra la sensacion de "lisis", de disolucion de su ser, controlada desde siempre por la tension de los tejidos elementales que se desarrollan en a partir del mesenquima embrionario (principalmente los tejidos conjuntivos).

Como se manifiesta la sensacion de vitalidad ?

Fundamentalmente, esta pone en juego un proceso energetico que se manifiesta por la activacion del proceso de excitacion, por su intensidad y por su regulacion. Para el si mismo que emerge, estos movimientos energeticos son fuente de impresiones vitales. Stern (1985) describe estas impresiones en terminos de "afectos de vitalidad", cuando intenta describir lo que siente el bebé y ademas cualquier ser humano. Los afectos de vitalidad son experiencias que despiertan o experiencias de activacion, experiencias de modificaciones dinamicas del estado corporal (en sus mismos tejidos), de formacion de impulsos y de preparacion a los esquemas de accion. No son vividos como emociones y sin embargo "afectan" a la vitalidad y a las relaciones interpersonales. De hecho, los afectos vitales no nos abandonan jamas, estemos conscientes o no, mientras que los afectos emocionales van y vienen. *Los afectos de vitalidad garantizan la sensacion de continuidad de la existencia vital.*

Creo que Lowen, con su concepto de "grounding", se situa en esta perspectiva : movilizar la dinamica energetica en el conjunto del ser, para que se sienta una continuidad viviente, sumergida en un continuo de afectos de vitalidad.

Como depende el desarrollo de los afectos de vitalidad del vinculo interpersonal ?

Para el bebé, la sensacion de existir, basada sobre los afectos de vitalidad, depende no obstante de otro-que existe, en general, la madre. El vinculo existencial madre-bebé se funda sobre procesos de activacion del bebé por la madre, mas tambien de la madre por el bebé. Aunque este vinculo existencial se crea sin duda durante el periodo prenatal -los trabajos de aptonomia parecen confirmarlo- se reafirma a partir del nacimiento a traves de los

intercambios madre-bebé : cuando su madre lo despierta, lo coge en sus brazos, le da el pecho o el biberon, cuando lo acaricia, lo cambia, lo bana y juega con su cuerpo. Todo eso produce estiramientos, es decir una activacion de los tejidos elementales (entre otros los tejidos conjuntivos). El infante esta submergido en estos afectos de vitalidad procurados por estas experiencias de contacto y movimiento.

Una madre constante en su ritmo de activacion del bebé, aunque el modo varie (el tacto, el gesto, la voz ...) permite al infante reproducir segun pasan los dias una misma experiencia de activacion, y una misma experiencia de afectos de vitalidad. Algunos ninos se despiertan rapidamente, otros lentamente, se activan mas o menos rapido ; la madre o el padre se adaptan a eso. Hay esquemas de activacion que se organizan y se estabilizan. Estos padres son por una parte creadores de organizacion para el bebé y por la otra creadores de vinculos existenciales de los cuales emergen y existen para el. Esto no puede conseguirlo una madre ambivalente respecto a su bebé, provista de afectos de vitalidad contradictorios, tampoco a una madre depresiva, desprovista de afectos de vitalidad y tampoco se consigue por una relativa ausencia de entorno maternal que deja al infante en estado de infra-estimulacion y de infra-activacion.

Si se hace fracasar este proceso integrador de la vitalidad y del vinculo existencial, el bebé no puede desarrollar esta sensacion / sentimiento de existir a partir de un continuo de afectos de vitalidad, en su bipolaridad : afectos de activacion / afectos de adormecimiento. Este es, me parece a mi, el origen de la personalidad esquizoide. Retomando la expresion de S. Keleman (1985) : si "las sensaciones y las emociones siguen las reglas quimicas del agua : hervir, fundirse, helarse ...", entonces la cualidad de las sensaciones primarias de existir debe referirse a la bipolaridad calor / frio y circulacion / inmovilizacion. Las metáforas tantas veces utilizadas por Lowen de "sistema energetico helado", "impulsos helados", se refieren a la ausencia de activacion suficiente de los fluidos liquidos que componen los tejidos conjuntivos y los liquidos fisiologicos. Este enlentecimiento o esta paralisis son causa de la extincion de los afectos de vitalidad, teniendo como consecuencia sentimientos de soledad y de incomunicacion : el vinculo existencial no se construye o se rompe. Esto es verdad para el bebé, puede ser igualmente verdad, creo yo, a cualquier edad en la vida, como resultado de un traumatismo que, por su violencia o su repeticion, alcanza a este continuo de base de la integracion de las fuerzas vitales y de los afectos de vitalidad. En este sentido, los afectos de vitalidad son la primera fuente de motivacion para ser y tener iniciativa a cualquier edad.

Si este proceso integrador de la vitalidad y del vinculo existencial tiene exito, los afectos de vitalidad consolidan los esquemas naciotes sensorio-motrices, en un principio reflejos y mas tarde voluntarios. Conducen a sensaciones precisas y a la percepcion de su propio cuerpo. Contribuyen a la emergencia del "cuerpo propio" que es el cuerpo como primera forma de organizacion y expresion subjetiva de si mismo.

#### b) el continuo integrador del cuerpo propio y el vinculo interaccional

Este continuo integrador emerge aca de los 2 o 3 meses, organizado por la aparicion de la motricidad voluntaria. El cuerpo propio y sus principales mecanismos psicomotrices se siguen construyendo a continuacion y, finalmente reorganizandose durante toda la vida.

Antes de los 2 o 3 meses, el tono muscular esta al servicio de los reflejos motores. Despues, sirve progresivamente al control voluntario de la musculatura, siguiendo el principio de evolucion cefalo-caudal, desde la cabeza hasta los pies.

El periodo del 6° al 12° mes corresponde a una sintesis tonica, reunion de las diferentes partes del cuerpo que permiten el enroscarse, la extension, la torsion, alrededor de un eje de simetria : la columna vertebral. La sintesis tonica del conjunto de la musculatura constituye la sensacion propioceptiva de "envoltura tonica", sensacion de limites globales de si mismo, cosa que falta caracteristicamente en el estado limite. Reunion tonica, axialidad y simetria concurren en la coordinacion motriz, lo que organiza la estructuracion espacio-temporal.

El tono muscular y sus ajustes permanentes mantienen una cohesion de base del si mismo y *aseguran la sensacion de existir como continuidad de un si mismo organizado naciente.*

Las sensaciones y movimientos se organizan en enlaces sensorio-motrices jugando el papel de invariantes en el seno del si mismo (cf. Piaget), *asegurando la perenidad y reproductividad de las construcciones motrices* al servicio de las acciones tanto en relacion con el mundo fisico como con el entorno humano.

La afectividad acompaña los invariantes sensoriomotrices (invariantes afectivo-sensorio-motrices) y participan a la construccion de "patrones de actuacion propios de si mismo" (Stern, 1985), es decir personalizados. Esto es lo que Lowen pone en juego en los ejercicios que propone en bioenergetica, para apropiarse subjetivamente.



Pero la formación de vínculos corporales interpersonales es tributaria de la regulación materna de las experiencias del bebé, o de la regulación terapéutica de las experiencias de sí mismo del paciente. La construcción del cuerpo propio, tanto para el bebé como para el adulto, exige un otro-regulador-de-sí mismo.

El terapeuta asume la función de regulador de la excitación (o del proceso energético) del paciente. Si no está presente o no tiene comportamientos de respuesta reguladora, no se desarrolla el abanico completo de experiencias constitutivas del cuerpo propio : hablo de la impresión de vitalidad, de la sensación de existir como continuidad, de la cohesión del sí mismo, de la construcción de invariantes afectivo-sensori-motores y de la construcción de patrones de actuación propios a sí mismo. Y habrá fracaso de la maduración del cuerpo propio y enfermedad por la carencia de un otro-regulador.

El fracaso de las regulaciones tiene que ver con : las sobrestimulaciones intolerables (como seguir una experiencia emocional más allá de la capacidad de asimilación del sujeto), las situaciones que perturban el flujo de las percepciones tónicas que mantienen el sentido de sí mismo (como los desequilibrios imprevisibles, los movimientos demasiado intensos, como lo a subrayado Bob Lewis), las infra-estimulaciones del sujeto que reducen las experiencias tónicas periódicas de sí mismo (como la ausencia de respuesta o de presencia efectiva, el silencio prolongado, la inmovilidad prolongada ...).

Experiencias psicóticas de aniquilación, de fragmentación, de disociación, de pérdida de la intencionalidad o de bloqueo hipertónico con parálisis de la actuación, pueden invadir el sí mismo y organizar su patología futura.

### c) el continuo integrador de la afectividad y del vínculo intersubjetivo

En la Newsletter de 1998, Lowen enuncia uno de los principales objetivos terapéuticos : "... Dar al paciente un sentimiento claro y fuerte de quien es", lo que dirige el enfoque hacia el establecimiento o reforzamiento del sentimiento de identidad subjetiva.

Pero este sentimiento no nace en la individualidad. Nace también en el vínculo interpersonal, y más precisamente en el intercambio afectivo. Si expreso lo que siento y recibo una respuesta afectiva justa, se inicia la posibilidad de compartir las vivencias, es decir de un proceso intersubjetivo. Eso abre la posibilidad de pedir intencionalmente ; es descubrir que el uno y el otro tienen un espíritu, una conciencia de sí mismo, y pueden comunicar e interactuar desde esta conciencia intencional de sí mismo.

Cuando Raphael me manifiesta su frío interior y su soledad, lo cubro con una manta. Necesita sentirse afectivamente entendido y le confirmo en ello. En una sesión ulterior, me expresa el mismo frío y la misma soledad, y me pide mi mano y yo se la doy. Ha podido construir un petición intencional fundada sobre la existencia previa de regulaciones y ajustes afectivos de los cuales he tomado la iniciativa. Se trata aquí de una construcción intersubjetiva que ofrece una experiencia de entonamiento mutuo. El terapeuta, actor de la integración afectiva, es indispensable para ello.

La formación del vínculo intersubjetivo es constituida por la experiencia de compartir la experiencia subjetiva del otro. A partir de los 6 meses, el niño reclama intercambios afectivos en tanto que tales. Emerge un nuevo continuo integrador : la expresión emocional se organiza intencionalmente.

A partir de los 6 meses por ejemplo, el bebé organiza el patrón de tender los brazos para ser cogido en brazos : la expresión emocional (de ternura en este caso) se convierte en un vehículo de comunicación y de intercambio. El niño construye el sentido de esta relación en la experiencia de este vínculo sobre las emociones subjetivas compartidas.

A partir de los 12 meses, el niño se basa en el sentido emocional de esta relación para pensar su mundo interno y el mundo exterior. Se trata del principio de una diferenciación y dialectización cuerpo-emoción-pensamiento.

Esta dialectización se enriquece hasta los 3 años con la experiencia de maduración : maduración de la organización energética, de la organización del cuerpo propio, de la organización de los procesos mentales y de la complejización de los intercambios afectivos. La maduración genital de los 3 años reúne este universo existencial y lo metaboliza entorno del interés genital, del deseo y del fantasma. Pero sabe, puede comprender, puede aceptar la diferencia entre "realidad de amor compartido" y "realidad de amor consumado".

Sin embargo, la construcción progresiva del vínculo intersubjetivo está subordinada, como lo ha formulado Stern (1985), al "entonamiento afectivo" madre-hijo.

En el origen de déficits del sí mismo a existir subjetivamente y poder compartir sus estados afectivos con los demás, hay varias experiencias de "desentonamiento" :

1 - experiencia de la imposibilidad de compartir afectivamente : por ejemplo, una madre depresiva puede estar demasiado absorbida por sus propias penas para prestar atención a los estados subjetivos de su bebé. Eso conduce al sentimiento de soledad y aislamiento, y al hecho que toda intimidad sea una amenaza. Es particularmente el caso de Raphael.

2 - experiencia de entonamiento selectivo : la madre intenta modelar el desarrollo de la vida subjetiva del niño, dejándolo vivenciar solo experiencias afectivas que corresponden a las necesidades de la madre (por ejemplo, expresión del miedo o de la tristeza prohibida). Eso conduce al niño a desaprobado algunas de sus propias experiencias y al "falso self";

3 - malos entonamientos y regulaciones : consisten en tentativas no explícitas de cambiar el comportamiento y la experiencia del bebé. Hacerlo más activo por ejemplo, al reces de la pasividad de su padre ; en este caso, la madre deja de acordarse cuando el bebé manifiesta entusiasmo, por temor que se centre demasiado sobre él y se vuelva pasivo. Eso conduce a la necesidad de mentir, de tener secretos, de evadirse, para proteger la integridad de sus propias experiencias, dentro de sí mismo.

4 - entonamientos no-auténticos : aparentemente tienen lugar, pero el corazón de la madre no está en juego o su espíritu está en otra parte. El bebé es perturbado por esas apariencias engañosas y queda confuso en sus intercambios intersubjetivos.

5 - los sobre-entonamientos : la madre se identifica tanto con su bebé que parece quiere meterse dentro de todas sus experiencias. Eso conduce a dominar psíquicamente al bebé y a "robarle" una parte de sus experiencias. El sobre-acordaje puede ralentizar el movimiento del niño hacia su independencia.

*En el proceso terapéutico, el entonamiento cumple una función mayor, sobre todo cuando el paciente tiene deficiencias en sus vínculos intercorporales o intersubjetivos, lo que corresponde a las patologías límite y narcisista. La falta de entonamiento del terapeuta mantiene la dinámica defensiva del paciente, redobla sus "heridas narcisistas" e impiden el sí mismo evolucionar y construirse. Parece evidente que habría que hacer un esfuerzo durante la formación de terapeutas y durante la supervisión para desarrollar un interés hacia este trabajo específico : el entonamiento y su función, es decir el compartir los estados subjetivos y descubrir los secretos y partes desaprobadas del sí mismo del paciente.*

#### d) el continuo integrador de la palabra y del vínculo discursivo

Hablar es centrarse sobre sus estados subjetivos, objetivarlos a través del lenguaje verbal, y compartirlos. Se trata pues de experiencias mutuas de significaciones compartidas.

Sin embargo, las experiencias del cuerpo propio y las experiencias subjetivas pueden solo ser captadas en parte por el lenguaje verbal. El lenguaje verbal está así en el origen de una escisión en la experiencia de sí mismo. Desde su aparición, clava una cuna entre dos formas simultáneas de experiencia personal : tal como es vivenciada y tal como puede ser representada verbalmente.

Esta escisión entre experiencia corporal-emocional y expresión verbal se encuentra de varias formas variadas, y subraya varias patologías de sí mismo :

1 - el sí mismo privado : corresponde a las experiencias del sí mismo que no han conocido un acordaje y que no han sido compartidas. No son parte de lo que compartimos, pero no necesitan ser desaprobadas por sí mismo. Esas experiencias privadas tienen acceso al lenguaje y el sí mismo puede aprender a conocerlas y compartirlas.

2 - el sí mismo desaprobado : un niño que se divierte pero que oye "este juego no te divierte" debe escindir su experiencia emocional de placer y el tratamiento verbal que aprende a hacer de esta experiencia. Contestará : "sí, no es tan agradable", para conseguir un entonamiento ilusorio con sus padres. Es forzado a desaprobado su experiencia emocional verdadera. Es forzado a desaprobado partes de su sí mismo. En esta desaprobación, está cortado el camino que va desde la representación hablada hasta su experiencia vivenciada : ese camino no conduce a las experiencias afectivas y sentidas relacionadas con el acontecimiento ; la vivencia emocional es rechazada, escendida de la realidad hablada ; es desaprobada.

- el no - sí mismo : tiene que ver con una no-integración o desintegración de una parte más o menos grande del cuerpo propio, que ya no es parte integrante del sí mismo, y no tiene acceso al lenguaje.

Hasta los 2 años, observa Stern, el niño registra la realidad interpersonal con una relativa fidelidad. En otros términos, la patología antes 2 años es solo el reflejo de los vínculos patogénicos interpersonales. Lo que significa que *las patologías construidas durante la pequeña infancia, antes los 2 años, solo pueden resolverse en un sistema teórico y metodológico que integre la dimensión interpersonal y el trabajo sobre/con el vínculo de apego y interactivo*.

Eso es lo que me guía en terapia individual. Algo cambia en la vida de un paciente, que en su infancia conoció muy poco el entonamiento afectivo, cuando consigue construirlo ; eso fue el caso de Raphael que hace un mes Maryse Doess conoció en el grupo terapéutico en el cual trabajamos en pareja terapéutica. Ahora ya no tiene miedo que la noche le coma, puede dormirse tranquilamente ; también lió amistad con una chica. Empieza a sentirse entendido, querido por sí mismo, reconocido en su existencia singular. Empieza a abrirse con seguridad y autenticidad, deja de desaprobarse. Tiene por fin hambre y sed de vivir, de relacionarse, con sus miedos y a pesar de ellos. Del sufrimiento puede emerger la belleza.



## BIBLIOGRAFIA

- Ainsworth, M.D.S** : 1979, Infant-mother attachment, *American psychologist*, oct.1979, Vol 34, 10, pp. 932-937
- Bower, T.G.R.** : 1966, The visual world of infants, *Scientific American*, 215, pp. 80-92
- Bower, T.G.R.** : 1976, Notions de l'objet : les yeux, les mains et les paroles, H. Hécaen, *De la motricité au geste*, Paris, PUF
- Bower, T.G.R.** : 1977, trad. fr. 1978, *Le développement psychologique de la première enfance*, Bruxelles, P. Mardage
- Bowlby, J.** : 1969, Attachment and loss, Vol. 1 : *Attachment*. New-York : Basic Books
- Freud, A.** : 1946, *Das ich und die abwehrmechanismen*, Imago Publishing C° Ltd, London
- Keleman, S.** : 1985, *Emotional Anatomy*, Center Press, Berkeley
- Lewis, R.** : 1976, Infancy and the head : The psychosomatic basis of premature ego development, *Energy and character*, Vol 7, n°3
- Lewis, R.** : 1984, Cephalic shock as a somatic link to the false self personality, *Comprehensive Psychotherapy*, 4, 1984
- Lowen, A.** : 1958, *The language of the body*, Grusse and Stratton, New York
- Lowen, A.** : 1985, *Narcissism, denial of the true self*, Macmillan Publishing Company, New York
- Pagès, M.** : 1993, *Psychothérapie et complexité*, Epi
- Papousek, H.** : 1969, Individual variability in learned responses in human infants, R.J. Robinson, *Brain and early behaviour*, London, Academic press
- Reich, W.** : 1933, *Charakteranalyse*, 1949, *Character Analysis*, Wilhelm Reich infant Trust fund.
- Siqueland, E.R. and Lipsitt, L.D.** : 1966, Conditions head-turning in human newborns, *Journal of experimental child psychology*, 3, pp. 356-376
- Stern, D.** : 1985, *The interpersonal world of the infant*, Basic books, Inc., Publishers, New-York
- Watson, J.S.** : 1966, Perception of object orientation in infants, *Merrill-Palmer Quarterly of behaviour and development*, 12, pp. 73-94
- Watson, J.S.** : 1973, Smiling, cooing and the "game", *Merrill-Palmer Quarterly of behaviour and development*, 18, pp. 323-339
- Winnicott, D.W.** : 1960, Distorsion of the ego according to the true and the false "self", *The maturational processes and the Facilitating Environment*, Hogarth Press