

# PRINCIPIOS PARA UNA CLÍNICA PSICOMOTRIZ CON ADULTOS<sup>1</sup>. SU MARCO Y ORIENTACIONES

## PRINCIPLES FOR A PSYCHOMOTOR CLINIC WITH ADULTS. ITS FRAMEWORK AND ORIENTATIONS

**José Ángel Rodríguez Ribas**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7939-1555>

Médico. Psicoanalista (ELP/AMP). Psicomotricista (AEC/ASEFOP)  
EADE/University of Wales Trinity Saint David. Reino Unido

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Rodríguez Ribas, J. A. (2023). Principios para una clínica psicomotriz con adultos. Su marco y orientaciones. *Revista de Psicoterapia*, 34(125), 21-31. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i125.37818>

### Resumen

*En esta exposición, obligatoriamente sintética, daremos cuenta de los fundamentos epistemológicos y clínicos que sostiene una clínica psicomotriz aplicada al campo de los sujetos adultos. Deteniéndonos, en sus inicios, en la diferencia entre la educación y la clínica junto a la constitución del sujeto corporeizado. Posteriormente, hablaremos de los grandes rasgos de esta clínica psicósomática contemporánea a la hora de plantear la dirección de la cura, agregando sus principios genéricos de intervención.*

*Palabras clave: práctica psicomotriz, epistemología, clínica psicomotriz, posición estructural, síntoma, suplencias, dirección de la cura*

### Abstract

*In this exposition, necessarily synthetic, we will give an account of the epistemological and clinical foundations that sustain a psychomotor clinic applied to the field of adult subjects. Stopping, in its beginnings, in the difference between education and the clinic together with the constitution of the embodied subject. Subsequently, we will talk about the broad features of contemporary psychosomatic clinic when considering the direction of the cure, adding its generic principles of intervention.*

*Keywords: psychomotor practice, epistemology, psychomotor clinic, structural position, symptom, substitutions, treatment direction*



Para comenzar a desplegar este tema, habría que hacer una fina distinción entre lo que es de orden educativo y lo que es la clínica. Máxime si sostenemos, tal y como pretendemos hacerlo, que lo que marca nuestra especificidad en la práctica es, justamente, una clínica, que no puede confundirse con la intervención psiconeuroeducativa individual. Se trata, con ello, de evitar caer en esa suerte de eclecticismo bienintencionado que nos encontramos, tan a menudo, y que sólo puede conducirnos a verdaderos callejones sin salida. A esto se añade el hecho de que el ámbito psicomotor aplicado al campo adulto resulta relativamente novedoso respecto a otras áreas clásicas de intervención psicomotriz, como puedan ser las de la infancia o la gerontopsicomotricidad. Apenas hay literatura al respecto y todavía queda mucho por investigar. A partir de ahí intentaremos definir los rasgos propios que definen los malestares contemporáneos. Con la finalidad, por último, de presentar la clínica psicomotriz como una de las alternativas más veraces y coherentes a la hora de hacer frente a los impasses de numerosas afecciones psicocorporales que nos encontramos.

Por lo tanto, el gran objetivo de este texto es el de mostrar un panorama general de este abordaje, a partir de nuestra propia experiencia. Por lo que cuestiones como indicaciones, contraindicaciones, aspectos técnicos, modalidades grupales o especificidad del tratamiento, deberán ser obviadas. Es en ese sentido que hemos decidido mantener el tono expositivo y testimonial que corresponde a lo que en sus inicios fue este texto.

### **Una Distinción Radical**

Veamos. De entrada, el cometido de la Educación es el de ocuparse de la correcta adaptación del sujeto a un determinado medio social y cultural a partir de la ajustada implementación de cuidados, códigos, enseñanzas y programas. Sintetizando mucho, en la Educación el acento está puesto más lo proveniente del “exterior”, en la actividad docente, en el Otro que nutre al sujeto de las justas representaciones.

La Clínica, por el contrario, asume que es el universo simbólico el que antecede al sujeto. Y que será el Lenguaje el que, con su caída sobre el cuerpo, inscribe sus huellas, marcas, imágenes y trazos sobre el futuro sujeto a corporeizar.

Hasta ahí, estos presupuestos incluso podrían asemejarse a las teorías construccionistas y neuropsicológicas tan propias de los modelos neurocognitivos. La real diferencia comienza cuando, a pesar de plantearse el cuerpo como una superficie de inscripción, tal y como numerosos autores lo han hecho, desde el campo Clínico no podemos saber a priori que palabras, que tactos o marcas van a dejar sus huellas, trazos e imágenes en lo real de la carne del sujeto.

Vista de esta manera, el objetivo de la llamada Clínica Psicomotriz no será tanto el adecuado ajuste del sujeto a su entorno como, más bien, poder manejarse de otra manera con aquello que sobredeterminó, de manera contingente, la vida de alguien. Y para ello, se requiere que el sujeto pueda “darse cuenta”, a niveles conscientes e inconscientes, de la relación que mantuvo con ese universo simbólico que lo antecede.

dió. En la Clínica, vemos que el acento está puesto, más bien, en lo Uno del sujeto.

Si trasladamos esto a sus ejes epistemológicos, de manera más nítida: en Educación, lo prioritario, se centra en la construcción de las óptimas posibilidades de aprendizaje de la persona, basadas en la evidencia científica, la conciencia y las emociones. En la Clínica, por el contrario, el eje que vértebra su campo es el de la constitución del sujeto, fundado en el inconsciente, la verdad y los afectos.

Como vemos, tenemos dos planteamientos de partida que, al ser disjuntos entre sí, no terminan cada uno de ellos de recubrir la realidad discursiva del sujeto. Es decir, a pesar de que no puedan tener carta de naturaleza el uno sin el otro, sin embargo, no se pueden fundir; en la medida que un solo discurso, *per sé*, no puede dar cuenta de la totalidad de la realidad de los sujetos. No existe totalidad alguna en lo que a lo humano compete. De ahí que la subjetividad, por el mero hecho de serla, esté fundada por varios discursos entremezclados, de manera suplementaria, entre sí.

Lo cual significa, haciendo una pirueta metodológica que, por mucho que se pretenda, ni todo lo que cura es científico ni la ciencia logra curarlo todo. O, si quieren, que: aunque toda la clínica sea terapéutica no toda terapia es de orden clínico. Por la simple razón que la subjetividad no se deja atrapar del todo bajo el estrecho marco de los presupuestos científicos: los humanos, por el momento, no somos replicables (Canguilhem, 1971).

Precisemos algo más. Aunque no siempre fue así, no se puede negar que actualmente existe una terapia que parte de presupuestos neurocognitivos-conductuales, con una gran vocación unificadora; y otra terapia, más encuadrada clínicamente que, sin desdeñar la razón rigurosa, lo hace desde supuestos, digamos, psicoanalíticos. Es más. Si la condición de una (psico)terapia con vocación científica es, precisamente, la exclusión del sujeto, bien podemos enunciar que el psicoanálisis se ocupa de aquello que la ciencia no lo hace, ni puede llegar a hacerlo.

También es cierto que, dicho sea de paso, en la actualidad, se denomina terapia casi a cualquier acción, proceda de donde proceda, prescrita con el propósito de lograr un alivio.

De ahí parte el hecho de precisar que la clínica psicomotriz, aunque quisiera, no puede, ni debe ser ni una psicoeducación individual ni una rehabilitación neuromotriz, ni mucho menos, una suerte de coaching del movimiento. La clínica del sujeto no es educable. Siendo ambas dos profesiones imposibles, al decir freudiano, educar y sanar no son ni pueden ser lo mismo<sup>2</sup>.

Resumamos este primer punto: educación y clínica, al proceder de ámbitos y puntos de partida radicalmente distintos, pueden llegar a establecer una relación suplementaria pero lo que nunca podrá darse entre ellos es una relación de complementariedad absoluta.

A partir de ahí, lo que cabe es poner el acento en la clínica del sujeto. Porque hablar de clínica es hablar de la clínica del sujeto, es decir, la clínica del Otro de lo simbólico<sup>3</sup>.

## El Otro de los Cuerpos

Saber que el llamado Otro<sup>4</sup>, es el Otro del universo simbólico de Lalangue y del Lenguaje y que ambos están hechos tanto de elementos significantes como de las relaciones estructurales que se establecen entre ellos requiere, al menos, de dos precisiones.

La primera: es que lo Otro, en la medida que nunca puede ser total, va cambiando según los determinantes culturales, sociales e histórico-temporales. Estamos hablando de un Otro epocal y de un Otro de un lugar, en la medida que tanto sus elementos como la relación que establecen con el Lenguaje van modificándose epocalmente. No vamos a recordar cómo hubo un tiempo en la historia Humana donde la palabra provocaba auténticos desmayos, alteraciones corporales, parálisis, afonías, parestesias, etc. En cambio, hoy en día, como dijo J. Lacan, “ya nadie se muere de vergüenza” (Miller, 2021). Entonces, tenemos, por un lado, a un Otro epocal, temporal y, por otro lado, un Otro geográfico, espacial.

Y, en segundo lugar, por la anterior condición de posibilidad, bien podemos decir que el Otro de hoy en día ya no es el que era. Pensar que los fundamentos mismos de la subjetividad humana son inalterables y lo que cambia a lo largo del tiempo serían sus meras manifestaciones sintomáticas, es no entender como ese “magma” simbólico al que advenimos, incluso antes de nacer, influye no solo en la construcción y producción de nuevas subjetividades socio-antropológicas, las de cada época, sino en la constitución misma del sujeto, en el entramado de su subjetivación.

El resultado de lo que en su momento denominamos como “mutaciones del Otro” (Rodríguez Ribas, 2020), consistente en las modificaciones acaecidas en este conjunto simbólico, es la cada vez más frecuente “dislocación de las estructuras” subjetivas. Habida cuenta que el habla “cambia” –hay palabras que se marcan más en un lugar y en un periodo que en otro– los elementos que integran dichas estructuras simbólicas van cambiando y en consecuencia también van a modificarse las manifestaciones somático-sintomáticas. Por eso, y es aquí donde pretendemos llegar: a cada época y lugar, le corresponde su propio real distinto. No es lo mismo una civilización cuyo real esté puesto en la Naturaleza y el logos, que en la Deidad y la teología o la cifra y su cuantificación actuales. Porque las afecciones somáticas, la afectación de la palabra sobre el organismo a la hora de constituir la carne y conformar los cuerpos, como bien demostró el ínclito B. Spinoza, van a ser muy distintos. Lo que trae de suyo, que comparezcan afecciones somáticas distintas. Entiéndasenos. No estamos hablando que cambie el sustrato orgánico de los cuerpos<sup>5</sup>: las leyes de la fisiología son las que son. Pero la manera de vivir los cuerpos, las modalidades de goce, la experiencia del amor, del sueño, la relación de los sujetos con ingesta, el saber, la sexualidad, el dolor, la muerte etc, esas sí que van cambiando con la historia, dejando su lógica impronta en el sufrimiento psicósomático y psicomotriz, de los individuos.

Porque, lo que sí “no cambia” en absoluto, en tercer lugar, y más allá de cual-

quier sobredeterminación espacio temporal, es que cada sujeto “escribe” su propio goce como puede y, en ocasiones, como quiere. Precisemos, que acá entendemos la “escritura” como: esa operación subjetiva consistente en desalojar del cuerpo un montante de goce libidinal hasta poder llegar a convertirlo en un producto por medio de cierta acción. En síntesis: que, a cada sujeto, le corresponde su propia modalidad escritural de goce...y, por tanto, su propia psicomotricidad.

Con lo cual, a la hora de plantear la dirección para una cura concreta, no se puede dejar de lado el propósito de abordar las nuevas sintomatologías contemporáneas sin discernir la posición corporal<sup>6</sup> en la que cada sujeto resulta incluido. Resulta diáfano que la vivencia corpórea y expresiva de cada sujeto no será la misma si su posición estructural y psicopatológica es de orden neurótico, perverso, psicótico o autístico. A diferentes corporeidades, es menester adoptar diferentes modalidades de tratamiento.

### Rasgos Clínicos Actuales

En este apartado, deberemos dar un salto si queremos aproximarnos al tema en cuestión. ¿Cuáles serían, en general, los rasgos que comandan la Clínica corpórea en estos tiempos, e independiente de los trastornos manifiestos?

Quizás, el primero de los rasgos clínicos, muy llamativo, sea el de la caída de la causalidad histórica y, por tanto, la caída de la “causalidad psíquica”. Es decir, se rompió la causalidad entendida como la concatenación lógica entre una causa y sus consecuencias. Por eso, cada vez encontramos a más colegas que le preguntan a alguien: “¿y tú, ¿cómo eras de chico?, ¿a qué jugabas cuando eras pequeño?” y los sujetos responden: “¿y eso... que tiene que ver con lo que me pasa?”, “no vengo a perder el tiempo contando historietas!”. No se capta la relación de un pasado subjetivo con el malestar del presente.

Segundo rasgo, muy propio de hoy: no se tolera la incertidumbre. Todo lo que sea una “suposición de saber del Otro” resulta poco menos que insoportable. En este sentido, nos encontramos con una dificultad real de “sintomatizar” los malestares, entendiendo esto como hacer de cualquier afección o sufrimiento una atribución subjetiva: de que “eso” que a uno le pasa, tiene que ver con lo que uno es.

El resultado –tercero– de este estado, es el de una absoluta desresponsabilización subjetiva: el sujeto ya apenas se hace cargo de su propio síntoma y, por tanto, se lo endilga directamente al otro o se lo encasqueta al especialista.

Otra característica muy actual y, para mí, la más llamativa, es la gran falta, el gran declive de recursos simbólicos. Cayó el gran Otro, en el sentido de la potencia del Lenguaje y extensión de los significantes; cayeron los ideales, cayeron las identificaciones, las identidades se han vuelto cada vez más rígidas o más licuadas, y ante la angustia, ante el sufrimiento, se da, en general, la misma respuesta, a menudo, reactiva, adictiva e inmediata. Este declive del Otro, corre parejo a la pérdida de recursos corpóricos. Lo que trae de suyo que cualquier suceso pueda llegar a ser potencialmente “traumático”: cualquier situación puede precipitar un

verdadero “trauma”. Y contra esto, contra la posibilidad de encuentro con lo real, los sujetos se defienden recurriendo a una verdadera petrificación fantasmática.

Lo que conlleva, quinto, que hoy, las clásicas estructuras subjetivas y clínicas, se nos presenten más confusas, difusas, de curso bizarro, tórpido, es decir: psicosis que no parecen psicosis, autismos que no parecen autismos, neurosis que casi parecen psicosis... Miller (2021), utilizó el apelativo de “ordinarias” para referirse a estas estructuras psicopatológica –en oposición a las clásicas de carácter “extraordinario”– cuyo diagnóstico y exploración resultaban nítidas y evidentes... Aunque es verdad que siempre hubo estructuras borderline o limítrofes, cada vez nos enfrentamos a una progresiva licuefacción estructural subjetiva.

Sin embargo, desde otro costado, sexto, podemos encontrarnos con estructuras sumamente “rígidas”: histerias rígidas, fobias rígidas... donde nada, apenas, las hace conmoverse... Esto, llevado a su extremo, nos conduce a una clínica sin Sujeto, por fuera del Otro e incluso, a un verdadero “rechazo” al Otro, tal y como pueden darse en los casos de psicosis o autismos.

Inherente a este estado de la cuestión, séptimo, es que apenas nadie quiere pagar y, peor aún, que no consideran que deban hacerlo. “No quiero que me quites nada de mis goces”: algo así como “quítame la inhibición sin dejar de ser inhibido”. “Quítame lo que me molesta, pero no quiero cambiar nada”. A los pacientes actuales les resulta muy muy extraño, cuando se enuncia que: “para cambiar algo... algo tiene que cambiar”. Nadie quiere hacerse “mayor” cuando hasta los adultos prefieren seguir siendo adolescentes y cuando “pagar” significa que algo de goce tiene que ser cedido para que algo del cuerpo se vuelva a configurar o unificar

En esta serie provisional que vamos tratando de armar, octavo, un último rasgo de la clínica contemporánea, en línea con lo anterior, es que la palabra ya apenas toca, araña, el fantasma. Aparece así, una verdadera dificultad para sintomatizar el padecimiento. A menudo, se diga lo que se diga, señalando o puntuando, nada conmueve al sujeto de esa estructura rígida o licuada. Máxime, cuando el mismo sujeto hace de su modalidad de goce un rasgo de cálculo y reivindicación al punto de convertirlo en su identidad. El resultado es que, en numerosas ocasiones, los rasgos fantasmáticos del malestar actual terminan convirtiéndose en rasgos de la propia identidad del sujeto.

### **Bordes de la Clínica Psicomotriz Contemporánea**

Sí se dijo que el cuerpo se abre a la existencia como superficie, como terreno o proyección, como extensión o pesaje –según qué autores– en suma, como el lugar donde se inscriben las palabras, las letras, cifras, imágenes, los contactos, miradas, etc. la clínica contemporánea, hoy más que nunca, se nos presenta como la de una “escritura generalizada de los cuerpos”. Unos sujetos, se hacen tatuajes, otros se autoagreden, hay otros que se hacen piercings; sin embargo, otros se mueven, otros escriben, otros hacen deporte, otros modelan o dibujan, escriben...o aprenden... cada cual “sublima” a su manera.

Por lo tanto, si queremos acceder a abordar la lógica constitutiva de cada sujeto corporeizado, no queda otra alternativa que “des-escribir”, desescribir el cuerpo de la misma manera que él lo hace: en sus fenómenos, en sus síntomas o producciones fantasmáticas. Si es la corporeidad singular la que debe condicionar el tratamiento psicomotor, y no al contrario, nuestro acompañamiento consiste en intervenir sobre las modalidades escriturales del cuerpo de cada sujeto. Es la misma línea seguida cuando definíamos a la Clínica Psicomotriz como una suerte de “psicosomática generalizada” que denominamos como una “corpórica” de la psicomotricidad. Porque lo que si resulta constatable hoy en día es que, prácticamente, todas las patologías y clínicas subjetivas que nos rodean son de orden psicosomático; al punto que ya, apenas, se encuentran trastornos mentales sin su particular correlato corpórico.

En este sentido, y ya descendiendo a niveles sintomáticos concretos, la clínica psicomotriz que habitualmente encontramos en la sala de psicomotricidad es, eminentemente, una clínica del paso al acto. Primero el sujeto “hacen”...y luego ya “hablaremos”. Primero pega un niño a otro niño, primero se tira a la colchoneta o empuja a otro...y luego ya hablaremos. Esta clínica sin deseo, de pura demanda especular es, sobre todo, la de una clínica compulsiva o impulsiva, con su correspondiente dificultad para pasar del acto a la acción y la actividad.

A lo anterior, debe añadirse a otro rasgo sumamente característico: la absoluta falta de respeto para con el síntoma, tanto por parte de los padecientes como de los practicantes. Y lo que vemos, es que detrás de esta clínica manifiesta, en ocasiones aparatosa, puede coexistir otra clínica latente, más sutil, taponada, pero no menos determinante para el sujeto. El síntoma, nos recuerda en todo momento que debemos de tener cuidado al querer quitar a toda costa el mínimo sufrimiento, no sea que encontremos que, efectivamente, el/la sujeto estaba sostenido por una estructura muy precaria o muy lábil y delicada y provoquemos más mal que bien. Hemos hablado en numerosas ocasiones (Rodríguez Ribas, 2013) de la “iatrogenia psicomotriz” causada por el desconocimiento clínico del lugar que ocupa un síntoma en la economía subjetiva. Por la misma razón que podemos encontrar como determinados síntomas hacen función de mecanismo de suplencia, permitiendo estabilizar una posición corpórica frágil o desestructurada. El síntoma pide respeto y suma delicadeza a la hora de ser tratado.

Lo que nos lleva a un tercer punto: la necesidad de un diagnóstico estructural, psicopatológico, previo a cualquier acompañamiento. Porque incluso, aunque los trastornos fueran similares, el abordaje clínico no será el mismo en una posición subjetiva que en otra. Son los fundamentos estructurales, su posición corporal, y no tanto sus manifestaciones sintomáticas, las que deben condicionar los principios del abordaje psicomotor y la tecnicidad del practicante.

## **Dirección de la Cura en la Clínica Psicomotriz del Presente**

¿Cuál sería la dirección de la cura, la orientación clínica, que corresponde a los Psicomotricistas, en la actualidad?. Demos un pequeño rodeo.

Primero. ¿Cuál era el referente clínico de la época freudiana? La primera época freudiana, fue el tiempo de la conversión histérica. Recordemos como Freud, descubrió ese continente que fue el inconsciente, y por añadidura el cuerpo, a partir de la disociación entre los síntomas somáticos presentados y su falta de lógica neurofisiológica. Por su parte, ¿cuál era la referencia clínica del Lacan de los años 40 del pasado siglo?: las psicosis. Donde, por cierto, con su contribución a la imagen especular, y el cuerpo simbólico, logró dar nuevos bríos a nuestra práctica. ¿Y cuál es el referente clínico de hoy en día?: sin duda alguna, los autismos; es con esta modalidad desde donde se organizan las presentes categorías ordinarias, borderline, limítrofes y, a su vez, todas las estructuras rígidas. Es la que actualmente tomamos como referencia para investigar. La clínica del autismo es la clínica de la corporización, la del arreglárselas con lo real del goce sin un Otro, la clínica de la palabra sin sentido, la del rechazo o la defensa frente al Otro. También, la clínica de la lengua que atraviesa y constituye la carne, previa a su construcción corporal.

Podríamos decir, claramente, que la clínica de hoy en día es más de la “carne” (preedípica o preespecular, dirían algunos) que la del cuerpo propio.

Es una clínica, y hay que decirlo, que debiera poner el acento más en el contenido que en el continente. Estamos cansados del empuje masivo a lograr la “buena” expresividad ajustada a una “normalización” en la que nadie termina por reconocerse, cansados de la búsqueda del aprendizaje correcto como remedio para todos los males, de una inserción e inclusión forzadas que solo redoblan sus sufrimientos; cansados también, de las ofertas psicoeducativas presentadas como clínicas psicoterapéuticas... Porque esa ayuda neurocognitiva jamás dirá cuál es el sentido de una vida “particular”, ni la motivación de las diferentes elecciones que condicionaron la posición de cada cual en el transcurso de su historia. Tendríamos que recuperar incidir más en el “contenido” subjetivo, como efecto de significación del deseo sobre la vida y malestares de cada sujeto, que hacerlo sobre el mero comportamiento.

Para ello, sería sumamente apropiado volver a la psiquiatría clásica, sobre todo la psicodinámica: sería muy interesante retomar la psicopatología, la exploración nosológica seria y rigurosa, y el psicoanálisis aplicado. Sin ceñirse, solamente, a los dictados clasificatorios del DSM o CIE. La clínica que se está impartiendo en numerosos servicios no es, desde luego, la clínica que merecen y demandan las singularidades encarnadas actuales.

¿Cuál es el problema de una clínica centrada en el trastorno? Que, al tomar la globalidad del sujeto, su unicidad, como un sumatorio de partes, de varios trastornos, en un síndrome y no ir a la base causal que determinó sus consecuencias, lo que sucede es que se promueve la creación de nuevas cronicidades, o que el alivio momentáneo dará paso a nuevas afecciones. Máxime, cuando ya el mismo

Freud enunció, claramente, que lo patológico está hecho de la misma materia que la normalidad y que si solo se modifica el detalle visible, mensurable, cuantificable, el sujeto vuelve a enfermar con otro trastorno desplazado.

Recordemos aquella fórmula donde planteamos que los psicomotricistas “fantasmaticizan la pulsión” y los psicoanalistas “sintomatizan el fantasma” (Rodríguez Ribas, 2021): era una manera un tanto grosera de separar las aguas entre ambas cuando, efectivamente, la clínica del sujeto contemporáneo cada vez más apunta hacia una clínica psicomotriz. En concreto, nos referimos entre otros, a esa clínica del desarraigo y la desinserción, del tatuaje y la escarificación, la clínica de las tensiones, los dolores crónicos y las somatizaciones motrices, de los pasos al acto, del cansancio, de la disconformidad y la ataraxia, de la hipocondría, la fibromialgia, y la compulsión hasta el delirio, de las palabras que no hacen cuerpo, y porque unas sí y otras no, y porque tal sujeto puede fantasmaticizar y jugar simbólicamente y otros sujetos solo se expresan bajo la pura actuación pulsional<sup>7</sup>.

Desde nuestra orientación, nuestro tratamiento apunta a que los sujetos encuentren su saber-hacer y un saber-decir particular con su propio goce motor, es decir, con su propia posición sintomática. Dicho de otra manera: que caiga algo de su fantasma en su ciframiento para que aparezca algo del deseo descifrado. Con este motivo, acompañamos a que cada sujeto encuentre una solución singular a las consecuencias que le llevó su particular causalidad psíquica.

Esa es nuestra tecnicidad: una clínica de la “metaforización” corporal, es decir, de la producción escritural de las resonancias tónico-afectivas inscritas en cada cuerpo. Estamos hablando de una clínica del “bricolaje”, del anudamiento, de la conformación y constitución de cada cuerpo. Una clínica de la corporización, donde la palabra “toque” al cuerpo, lo horade e inscriba para que algo de su propia historia pueda escribirse, a la hora de ser cifrada fantasmáticamente...hasta su conversión sintomática.

A condición de tener en cuenta algunos preliminares.

El primero, es que el fantasma no se interpreta, no podemos interpretar la modalidad de goce de lo Uno: lo que se interpreta es la historia particular, no la modalidad de goce. A mayor historización y sentido causal mayor posibilidad que aparezca algo del deseo y caiga algo del fantasma; en síntesis, que algo de “adentro” se ponga “afuera”: “dímelo de otra manera”, “juega de otra manera”, “relátamelo de otra manera”...

El segundo: “mejor corto que largo”, es una expresión muy castiza, que apunta a que si no sabemos muy bien en qué posición se sitúa la expresividad del sujeto quizás sea más loable tratarlo como un sujeto en posición psicótica que neurótica, porque si nos “pasamos” en la intervención ya no hay vuelta atrás, mientras que si nos quedamos cortos... “podremos tirar más de la cuerda”...

Tercera pista. Cada vez resulta más interesante la cuestión de la temporalidad. El real del futuro, el verdadero real, no va a ser tanto el del cuerpo o la palabra, que también, como el real de la temporalidad. En este sentido, nuestras intervenciones

deberían apuntar a los cortes, escansiones, anudamientos, puntuaciones, rectificaciones, dinámicas que articulen, abrochamientos, que “corten” el discurso motor repetitivo del los niños...y adultos...para que algo del discurso prosiga y haga lazo: “estás saltando demasiado”, un corte...”a otra cosa”...lo que te apetezca,...pero “a otra cosa”. “Te veo demasiado escondido en la casita”... a otra cosa...de otra manera.

Por último: una terapia psicomotriz concluye cuando cuando un sujeto es capaz de construir un otro Otro, el suyo propio, más “amable”, menos imperativo, menos deudor e “impuesto”, menos superyoico...

¿Cuál sería, por lo tanto, la función de nuestro acompañamiento clínico? Finalmente, no somos sino “puntuadores” de texto, también dijimos, “correctores” de los escritos y relatos vitales de cada quien. Resumidas cuentas, que cada sujeto, cada persona, componga su propio Otro con los otros, su propio hogar y “lugar” en el mundo. En última instancia, se trata de “producir sujetos corporeizados”, de volver a subjetivar los cuerpos contemporáneos, reinstaurando e inventando nuevas relaciones con los afectos, los vínculos y las vivencias, por medio del testimonio, la transmisión, la presencia, la experiencia, la transferencia, la asociación libre o el juego sin propósito...volviendo a tejer, y retratar, “analógicamente” los cuerpos.

### Conclusiones

A lo largo de este recorrido hemos tratado de presentar un panorama general de un ámbito terapéutico que recién ahora comienza a tomar cuerpo. Aludiendo algunas vías de trabajo y puntos candentes más que mostrar conclusiones efímeras. Para ello, hemos debido de delimitar nuestro ámbito epistemológico y analizar los rasgos más específicos de las corporeidades contemporáneas. Para concluir sugiriendo ciertos principios de intervención. A la espera de nuevos estudios e investigaciones, en este campo psicomotor, al que, sin duda, podemos augurarle un gran futuro.

### Notas del autor

- 1 Texto, ampliado y corregido, procedente de la intervención en el Seminario del Postgrado de Psicomotricidad con Adultos. 21 agosto 2021. UNSL (Argentina). También, en el II Congreso Internacional de Psicomotricidad con Adultos: 10-11 septiembre 2021. Organizó: Corpus (BBAA. Argentina).
- 2 Es el famoso affaire que se dio en su momento entre Anna Freud y Melanie Klein, acerca del carácter educable o no de la emergencia del inconsciente.
- 3 Queremos reflejar, con esto, la posición paradigmática que adopta este autor como punto de partida. Y que bien puede definirse como aucoutu-lacaniana (B. Aucouturier y J. Lacan).
- 4 Especialmente para la corriente estructuralista francesa.
- 5 Aunque también lo hagan. La alimentación, a inmunidad, los factores endocrinos, infecciosos etc, no dejaron de hacer sentir sus efectos en la vivencia y experiencia de los cuerpos.
- 6 Recordemos que asimilamos la “posición corporal” a “estructura simbólica”, a pasar de intentar en todo momento trascender el dualismo cartesiano, aún, tan presente en nuestra cultura.
- 7 Es de perogrullo, aunque no siempre se tiene claro, que no necesariamente una afección psicossomática deba ser abordada por una ayuda corporal. O que una afección mental deba ser tratada por una psicoterapia verbal. La cuestión de la indicación, dependerá más bien de la posición estructural y los recursos subjetivos de elaboración, más que la modalidad sintomática que adopte.

---

## Referencias

- Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. Siglo XXI.
- Miller, J-A. (2021). *Los inclasificables de la clínica psicoanalítica*. Paidós.
- Rodríguez Ribas, J. A. (2013). *La práctica psicomotriz en el tratamiento psíquico*. Octaedro.
- Rodríguez Ribas, J. A. (2020). *Re-trazos en el aire (escritos sobre clínica psicomotriz de orientación lacaniana)*. Corpora.
- Rodríguez Ribas, J. A. (2021). *Lecturas de cuerpos presentes. Conversaciones entre psicomotricidad y psicoanálisis*. Corpora.