

# Elementos clínicos para una *psicomotricidad psicoterapéutica* (disquisiciones terminológicas y aplicadas)

Este es un tema que surge periódicamente en la medida en que la investigación en psicomotricidad se va haciendo más extensa y rigurosa, y el ámbito de aplicación de nuestra práctica va extendiendo sus labores en función de sus ámbitos de aplicación, de la apertura de nuevos dispositivos asistenciales, del valor de determinadas afecciones, la relevancia de determinados paradigmas, etc.

Pero es cierto que ya en numerosos escritos fuimos haciendo notar la progresiva presencia de nuestros especialistas en áreas que no eran las habitualmente implementadas<sup>1</sup>. Es así como, lenta pero indefectiblemente, con el tiempo, se ha ido configurando un campo novedoso que rebasa ampliamente el campo de la denominada “terapia psicomotriz” y que queremos poner en relación con una “clínica psicoterapéutica”.

Si en las definiciones canónicas la terapia psicomotriz se dedica al abordaje de ciertos trastornos graves y deficitarios, este acotamiento no deja de ser absolutamente problemático. Y esto por varias cuestiones.

Por un lado, porque se constriña el ámbito de la terapia al abordaje psicomotor a condición de que sea individual: ¿sería terapia un abordaje “psicoeducativo” de una deficiencia mental siempre que fuera individual? Por el contrario, ¿no sería posible hacer un tratamiento grupal en adolescentes o adultos, máxime si sufren por ejemplo un trastorno mental grave? Lo cierto es que *el abordaje terapéutico no solo depende del número ni la edad, sino, sobre todo, de su patología y del modelo con el que se observe y escuche a los pacientes*. Si a eso le sumamos el hecho de que “terapia”, hoy en día, *remite casi a cualquier cosa que permita obtener efectos beneficiosos*, iremos viendo cómo dicha acepción nos sitúa en un terreno sumamente resbaladizo e indefinido. Por su parte, la palabra “ayuda” de ascendencia gala y cierta connotación conmisericordiosa, tampoco es que sitúe mejor nuestra labor. Los apelativos “reeducación” o “rehabilitación” psicomotriz, poco tienen que ver con nuestra pretensión.

Sigamos perfilando. Entonces ¿le llamaremos *psicomotricidad psicoterapéutica*

## José Ángel Rodríguez Ribas

Médico. Psicoanalista. Psicomotricista. Dr. En Psiquiatría. Formador de la PPA en la Universidad Isabel I, y a la Asociación para la Expresión y la comunicación (AEC/ASEFOP).

1. Un ejemplo: Si resulta evidente que en la anorexia nerviosa la sintomatología dominante, aparte de una alteración notable de los hábitos de ingesta, es la de una alteración de su imagen corporal con todo el cortejo fantasmático y pulsional que le acompaña, ¿por qué de la anorexia mental se ocupan numerosos profesionales como psicólogos, nutricionistas, psiquiatras, psicoeducadores, endocrinos, etc., (sigue)

pero no, precisamente, aquellos que abordan los trastornos somatogénicos y cenestopáticos de la imagen, del esquema y la fantasmática corporal, es decir, nuestros practicantes? Y como este, numerosos ejemplos más.

2. Rodríguez Ribas, J. A. (2017). *Psicoanálisis para psicomotricistas*. Buenos Aires: Corpora.

3. Que también se pueden encontrar de manera ampliada en el capítulo X y, sobre todo, en el XI, el XII y el XIII de *La práctica psicomotriz en el tratamiento psíquico*, de este autor (Ed. Octaedro. 2013. Barcelona).

o *psicoterapia psicomotriz*? ¿*Psicomotricidad clínica*? ¿O *psicomotricidad terapéutica* en adolescentes y adultos? ¿Por qué no denominarle *práctica psicomotriz psicoterapéutica* o, incluso, *psicoanálisis aplicado a la psicomotricidad*? Una *ayuda psicomotriz psicoterapéutica*, sin dudarlo, resaltaría nuestra filiación auctoriaria pero queda un tanto redundante nominalmente. Lo de *psicoanálisis aplicado a la psicomotricidad* es rigurosamente cierto y hace bien poco, en la contraportada de un texto<sup>2</sup>, aclaramos que *no existe una psicomotricidad psicoanalítica como tal*. Ciertamente ambas disciplinas, a pesar de mantener una similar concepción del *sujeto en su cuerpo* y animar una técnica aplicada, son diferentes y no se confunden. Pues, aunque se pueda hablar de *psicoanálisis aplicado* en la medida que su teoría y algunos de sus principios se extrapolan a nuestra labor debido a que sus fundamentos están ya en la base de nuestra concepción, sobre todo en la psicomotricidad llamada *vivenciada y relacional*, no todos los practicantes se adscriben a ellos con el mismo entusiasmo. Con ese bagaje inicial, hace tiempo (2006 y 2009) enunciamos algunos principios (2013: 209)<sup>3</sup> para una emergente *ayuda psicomotriz psicoterapéutica*. Con lo que el gran objetivo de una ayuda psicomotriz psicoterapéutica es el de “crear las condiciones que posibiliten que el sujeto dé una significación –comprensión– diferente a sus producciones (actos o dichos, juegos o palabras), para poder situarse de otra manera en su vida (frente a su deseo y su goce fantasmático)” (Rodríguez Ribas. 2005).

A continuación, algunas notas sobre el asunto:

1. La Práctica Psicomotriz psicoterapéutica (o psicoterapia psicomotriz), es psicomotricidad.

2. Insiste en los fundamentos de la propia práctica.
3. Profundiza en la movilización fantasmática y pulsional por la vía del cuerpo, el movimiento, la expresividad y la palabra.
4. Mantiene el dispositivo de formación personal, profundizando y con variaciones que le son originales y específicas.
5. Prosigue la tradición y orientación de otras psicoterapias y prácticas corporales.
6. Estaría indicada (en principio y a falta de investigar) para numerosos malestares y sintomatologías –incluidos algunos hasta ahora no explorados– de los que sí existe evidencia probada sobre la idoneidad de su aplicación.
7. Requeriría de una formación en la ayuda psicomotriz terapéutica, una familiarización en la formación personal de la Práctica Psicomotriz, una profundización en el propio análisis personal, poseer competencias en los fenómenos grupales bajo una perspectiva psicodinámica.
8. No se aconseja, por el momento, un abordaje individual en la Práctica Psicomotriz Psicoterapéutica. Aunque nada descarta que pudiera llegar a darse, a falta de mayor experiencia contrastada.

Lo de *psicoterapia psicomotriz* en la clínica también resulta problemático. Es cierto que, primordialmente en Europa, la terminología clínica de la psicoterapia se refiere a toda aquella práctica que ejerce un practicante sanitario habilitado en un dispositivo hospitalario o comunitario. Pero la expresión *clínica* –desde J. Bergés en los lejanos 70, y difundida por E. Levin en Latinoamérica– aplicada desde la psicomotricidad, ofrece el hecho diferencial de *incluir la observación y la emisión de*

una hipótesis diagnóstica y, no menos importante, regirse por la tradición clínica –tanto estructural como nodal– sostenida actualmente, y casi en exclusiva, por el paradigma psicoanalítico.

La clínica psicomotriz encuentra su sentido y su finalidad al ofrecer un espacio terapéutico en el que desplegar la experiencia corporal, para que aquello que se presenta como síntoma, disfuncionamiento, o malestar en el cuerpo de un niño, adolescente o adulto, sea comprendido como un padecimiento del sujeto (Bergés, 1998: 56)<sup>4</sup>.

Lo que supone de manera explícita, que si bien no toda terapia tiene una orientación clínica, toda psicoterapia no puede sino serlo.

¿Cuáles serían, a nuestro entender, los fundamentos que estarían en la base de una clínica psicomotriz psicoterapéutica? Simplificando, podríamos enunciar algunos de ellos, que no son sino los propios del descubrimiento freudiano:

1. Los cuerpos, y el juego, no nacen, sino que se hacen históricamente de su conocimiento y de su no-saber (inconsciente). Por eso no existe “El” cuerpo, sino cuerpos (hablantes), uno por uno. Y justo por ello, en cada cual, no-hay una relación directa causa-efecto.
2. El cuerpo –deseo y pulsiones– está estructurado como un lenguaje. Las palabras son materiales y los materiales son palabras. Ambos son polisémicos y con un valor libidinal singular.
3. Los síntomas son formaciones de deseos reprimidos inconscientes. En este sentido, no hay ganancia sin pérdida. Para que emerja el deseo algo del goce debe desprenderse y cifrarse. En el vaciamiento de goce surge la posibilidad que el suje-

to corporizado pueda constituirse y también “curarse”.

4. El juego es una articulación singular –somática y semántica– pulsional, fantasmática y sintomática.
5. Lo que resuena en los cuerpos es el goce del «otro», en el fantasma de cada cual; es decir, la percusión de las palabras sobre el cuerpo. En el “otro” encontramos la metáfora de nuestro goce propio.
6. Acción y dicción no son más que modalidades escriturales, es decir, de la huella, los trazos, que dejó en nuestro cuerpo la inscripción de un universo simbólico. Por tanto, cada sujeto muestra su modalidad escritural. Unos haciendo y otros, diciendo. Hay escrituras en el espacio –juego, motricidad– y otras, bidimensionales: expresividad plástica o gráfica.
7. El practicante es un «lector» y «puntuador» de diversas escrituras y lenguajes expresivos. De esta manera, acompaña al paciente a encontrar una causalidad –que, insistentemente, nunca es directa– para elaborar un nuevo saber-hacer con su deseo y goce.<sup>5</sup>

Si el psicoanalista trata, fundamentalmente, de sintomatizar el goce fantasmático, el psicomotricista pondrá el acento, junto a lo anterior, en fantasmaticar la pulsión para poder descifrar el deseo que emerja de la formalización sintomática.

De esta manera, la psicomotricidad psicoterapéutica aplicada al ámbito clínico atiende prioritariamente a la psicopatología de la subjetividad corporizada –trastornos de personalidad, afecciones psicosomáticas, conducta y comportamiento (neurosis, perversiones, psicosis, autismos), junto a los síntomas somáticos que afectan a la esfera psíquica, desde una orientación psicodinámica y psicoanalí-

4. Bergés, J. – (1998a) Conferencia “Estructuración psicomotriz y aprendizaje”, dictada en Buenos Aires durante las 2ª Jornadas de reflexión teórico-clínica en Psicomotricidad. (Traducción: Laura Lambert. Material de estudio. Publicado en 2004 en <http://www.freud-lacan.com/>, título en francés *Sur la Psychomotricité*). Agradezco el recordatorio y amable debate con Mónica Beatriz Rodríguez (UNTREF) desde su tesis inédita: *Entramado somatopsíquico. Donde el organismo era, mi cuerpo deberá advenir*, (2015). Tesis de Maestría en Psicoanálisis por la UK.

5. En este sentido, tanto la psicomotricidad como el psicoanálisis no dejan de ser “auto terapias” con la imprescindible condición de la presencia de otro.

*tica, en todas las edades e interviniendo individualmente o en pequeño grupo.*

Quedaría por discernir diferencialmente las indicaciones -y contraindicaciones- de cada modalidad, amén de numerosas patologías psíquicas por investigar aún.

Todo un prometedor camino a desbrozar, sabiendo que tal y como enunciamos en su momento, “el futuro de la psicomotricidad, como ya sabemos, dependerá fundamentalmente del deseo de sus propios practicantes”.

