

José Ángel Rodríguez Ribas

ANEXO

CUERPO: INCONSCIENTE

**LA PRÁCTICA PSICOMOTRIZ
EN EL TRATAMIENTO PSÍQUICO**

@1. Para comenzar, apelamos a ciertos autores Bercherie (1988) y Miller (2003) que, en tanto exegetas de la obra freudiana y lacaniana, nos pudieron ofrecer una modelización fidedigna del conjunto de sus respectivas obras. En segundo lugar, se efectuó un trabajo de localización: encontramos inicialmente 1294 referencias al *cuerpo* a lo largo de la totalidad del *Seminario* –establecido y no– que J. Lacan desplegó entre los años 1953 y mediados del 80. Además, distinguimos 115 referencias en sus *Escritos* 1 y 2, a las que añadimos 52 referencias en sus *Intervenciones* y *Textos*. Y 30, en *Radiofonía y Televisión*. Lacan, hizo en total 1491 enunciados del vocablo cuerpo. Si sumamos dichas alusiones corporales a las 542 de Freud a lo largo de su obra completa (*Stándar Edition, Ed. Amorroto*), podemos decir que en total, se han revisado 2033 referencias psicoanalíticas respecto al vocablo *cuerpo*.

A continuación, y después de realizar una criba semántica que apuntara a lo *propio del cuerpo* («cuerpo propio»), encontramos que de las 542 referencias que hizo S. Freud al *Cuerpo* en sus *Obras Completas*, seleccionamos 308 referencias al Cuerpo Propio. Y de las 796, que hizo J. Lacan a lo largo de su enseñanza establecida, hemos seleccionado 454. Es decir, en total elegimos 762 referencias al Cuerpo Propio, de las 1338 iniciales que pudimos partir. Analizando dicho material, a su vez, hemos encontrado un nivel de concordancia del 84.77 % respecto a la hipótesis planteada.

@2. Para ello, hemos extractado no menos de 30 seminarios y conferencias en su mayoría no publicadas, ni establecidas por el Prof. Aucouturier (B.A.), que abarcan el periodo transcurrido a partir del año

1990 hasta el 2008. Sin embargo, al analizar cada concepto en su particularidad, sí que hemos tenido en cuenta los diversos textos publicados.

Del año 1990, después de su *etapa semiótica del análisis de la PP* (1985) datan los conceptos de *unidad de placer*, *totalidad corporal*, *unidad corporal* y *continente corporal*. La totalidad del cuerpo viene determinada por la unidad de placer y el continente corporal, lo que organiza una *estructura* que será la determinante. De sus carencias y sufrimientos surgen las *zonas escotomizadas* y las *angustias de pérdida del cuerpo*, como la *angustia de licuefacción*, *despellejamiento*, *caída o hemicuerpo*. También de ahí provendrá una *totalidad fragilizada o no estructurada* a partir de los *Fantasma de incompletud*. «No porque el niño cambie de juego que él cambiará profundamente» nos recordará. De 1991, data en acento puesto en *la represión*: un *exceso o un fracaso de la represión* van a tener sus efectos en la expresividad de la dialéctica *apego-dominio*. En 1992 enuncia que el *Todo es la madre*, el continente imaginario, con lo que el niño recrea el todo. Para B.A. no habría observación sin transferencia. El *transfert* es lo que permite la actualización de una historia de sufrimiento profundo: el *inconsciente corporal* solo se puede revelar en la proyección de los afectos. De ahí surgirá una *psicopatología del cuerpo*. De las angustias surgen los *fantasmas*: *sádicos*, *de incorporación*, *omnipotencia*... Los trastornos de la expresividad aparecen como un sistema de *expresividad motriz abierto o cerrado*. Y aparecen las condiciones de *entorno maternante y autoridad estructurante* para favorecer el despliegue de dicha historia. En 1993 pone el acento en *los afectos* como registro corporal de las sensaciones de placer, o no. *El placer* es lo que permite la separación del niño y la aparición de representaciones. Frente a las primeras *angustias de pérdida del cuerpo y del Otro*, se proponen los *mecanismos de seguridad profunda* o *placer sensoriomotor* como niveles de *expresividad motriz*. Frente a la *angustia de incompletud*, se proponen *los juegos de seguridad superficial: expresividad plástica* (simbólicos, representación etc.). «El placer de la acción es esencial para la anticipación sin embargo, el dominio de un acto no se enseña, sino que es el resultado de un recorrido». De 1994: no hay pensamiento sin el *placer de la acción*: «al reactualizar sus recuerdos de placer su motricidad adquiere el sentido del Otro», reforzando el sentimiento de sí y aumenta la estructura del ser social responsable y creador. El factor de cambio es la descarga emocional asociada a *fantasmas arcaicos*: «cuanto menos se produce el cambio más se produce». Profundiza en los índices *sensoriales*, *sensoriomotores* y *fantasmáticos* del proceso de *observación interactiva*. Escuchar las *resonancias afectivas* es privilegiar el abordaje de la comunicación. «Favorecer un desarrollo armonioso es dar

la posibilidad de existir como persona única y ofrecer las condiciones más favorables para comunicarse, expresarse, crear y pensar». El niño es un ser de *impulsividad motriz*: agresión, posesión y reproducción son sus maneras elementales de ser: «la impulsividad motriz, siempre cargada de afectos de placer y displacer, de la historia afectiva arcaica e inconsciente, facilita la recuperación de los fantasmas originales del cuerpo (sádicos, de persecución, de omnipotencia, devoración, destrucción...).». «Se trata de participar en la aparición de una inteligencia con una dimensión más humana». Del 95 podemos destacar la *unidad de placer* como aquel entorno que inviste al niño con placer y espejo de unidad, lo que unifica los placeres parciales vividos en su cuerpo. De la unidad de placer y sus representaciones, saldrá el *continente psíquico*: si faltan estos habrá *pérdida de cuerpo* y emergerán *las angustias arcaicas*. Habla a su vez de una *represión primaria positiva*. De 1996, sobresale *la PPA como elección filosófica* cuyos principios se resumen en: *comprender* para captar el sentido de un testimonio, *creer en el autocambio*, *el placer de actuar* como origen de la *continuidad de sí mismo*, *de las representaciones y de la maduración afectiva*. «La Ayuda Terapéutica consiste en tomar a cargo a una persona y su historia», «cuando se tenga en cuenta el afecto en la escuela será la revolución de la escuela». Habla de *procesos de acción-transformación*: «la acción es lo que se supone que ejerce un efecto sobre el otro o sobre sí mismo». Toda acción es una transformación exterior como interior de la persona. Niveles de representación *inconsciente*: *fantasmáticos* (reactualización de los *fantasmas sensoriomotores*), *narcisísticos* (representaciones de acción que aseguran la permanencia de sí mismo: corresponde a los juegos de aseguración profunda) y *cognitivos* (corresponde a los índices externos y a los esquemas de acción). Si la *representación de sí* no se desarrolla estaremos ante la presencia de angustias arcaicas de pérdida del cuerpo. El niño vive con la madre una unidad de placer y las repeticiones de la acción son las que están en el origen de las representaciones inconscientes. De ahí surgen los *fantasmas sensoriomotores originarios*, como reactualización de los recuerdos de la acción. «Nuestra elección es clara: el niño pequeño con dificultades, el adolescente o el adulto que sufre es considerado como una persona que atestigua una experiencia única». Del 97. El niño transforma el pensamiento por acción, reactualizando la presencia del Otro, en una dialéctica recíproca. Las condiciones de *acción-transformación*: es necesario que el Otro sea transformable, mutable y estable. «No podemos quedarnos en el cuerpo, si no la historia se repite»: la PPA, como una auténtica *psicoterapia por la vía del cuerpo*, pretende construir una envoltura muy arcaica. En 1998, acentúa como la acción-

interacción recíproca testimonian la integración. Del déficit de transformación del continente del pensamiento surge un déficit de la *unidad de sí*, y la *patología de la acción*. El *esquema de acción* es el resultado de una integración somato-psíquica: *kinogramas*. Lo *sensoriomotor no existe sin los fantasmas*: el *cuerpo está animado por los fantasmas*, que representan la transformación de la relación de placer con el Otro. A partir de los índices de maduración tónico-emocionales, no deja de insistir en la *estrategia de rodeo* que anima nuestra intervención. En 1999, subraya que la *formación personal* del practicante debe permitir una nueva comprensión del niño. Si hay una disociación emoción-representación, o no se construye la representación mental aparece la *impulsividad o la inestabilidad motriz*, lo que provoca tanto *malestares del cuerpo* como alteraciones de la *expresividad motriz*. «Las estructuras tónico-emocionales se construyen en relación con el Otro». El niño representa su transformación en un fantasma: los fantasmas son del orden del deseo inconsciente, atenúan la angustia y la segurizan. El fantasma solo se encuentra en lo simbólico: es la representación de la presencia-ausencia. Por ello la hipótesis aparece *après-coup*, no haciendo falta comprender demasiado. *Dar tiempo*: no precipitar una terapia. *Clarificar una observación* no es hacer un diagnóstico: «la finalidad no es la normalidad». «*Trabajar sobre el síntoma no tiene sentido*: hay que trabajar sobre el origen». «La psicomotricidad ayuda a extraer las representaciones del movimiento». Y para esto, hace falta una teoría que permita situar el proceso de seguridad profunda: se trata de la *calidad del ajuste tónico-emocional*; lo que nos permite pensar en una suerte de *cultura psicomotriz*. «No hay otro medio de entender el afecto del niño que el psicoanálisis de Freud». En el año 2000 recuerda que las *teorías del PPA* proceden de la *psicología dinámica, del psicoanálisis y de la psicología sociológica*. «Hay una dialéctica continua entre la teoría y la práctica, pero también evidentes *incompatibilidades epistémicas*». Se trata de un conocimiento eficaz que toca emocionalmente a la persona: «si no fuera así, la práctica perdería su sentido y la teoría se volvería delirante». La educación tiene un vector terapéutico. «Uno es sujeto en la palabra y en el juego». El continente psíquico, el esquema corporal inconsciente, es el sentimiento de continuidad de sí-mismo. «La PPA no es un método, es una práctica que evoluciona en función de aportaciones nuevas que van enriqueciendo la manera de hacer con el niño». Del 2001: «Los *engramas* son inscripciones de transformación del cuerpo del niño». Son las huellas de las transformaciones vividas en el cuerpo del niño. Si hay afecto de de placer, surgen los *fantasmas de acción* y la pulsión de dominio. Si se da un afecto displacentero, emergen los *engramas de inhibición* y las soma-

tizaciones. Las *alteraciones psicomotrices* provienen de una disminución de los fantasmas de acción. «En el acto se suspende el pensamiento». Por ello en el proceso que va desde el fantasma a lo simbólico, hay que *propiciar las rupturas tónicas*: «no estar allá donde se espera». «Cuanto mayor acogimiento, escucha y menos deseo de hacerle cambiar, más cambio produce». En la culpabilidad excesiva de la pulsionalidad radica la pérdida de representaciones del sujeto y objeto: angustias de pérdida. «Prevenir y atenuar el sufrimiento de un niño es ayudarlo a metaforizar por los símbolos representativos o verbales». Si los niños no se tocan a niveles tónico-afectivos no evolucionan. Se llama ayuda psicomotriz a la terapia psicomotriz. «El terapeuta no ha de tener memoria. La confianza no se da, se gana a través de la escucha». «Las dudas son necesarias: una teorización nunca es definitiva, se mueve». 2002. *Cierta culpa* es necesaria, facilitadora. Al no tener suficientes representaciones que lo securicen aparecen las angustias. *La culpa*, origina un desgarramiento de las representaciones originarias. «La *represión* es la base del cambio, aunque no sea suficiente». Los fantasmas de acción permiten acceder a la simbolización desde el *esquema corporal inconsciente*, es decir, a la *construcción del continente narcisístico, fantasmático y cognitivo*. «El fantasma intenta reencontrar la pérdida, la falta originaria que nunca encontraremos». De ahí, los *Fantasmas de: elevación, persecución, destrucción, aparecer, identificación al agresor, orales, anales, fálicos, omnipotencia, devoración, sádicos*. En el 2003, destaca que lo que diferencia a la PPA del psicoanálisis es que nos fijamos en la expresividad motriz del niño, sin, además, interpretar. El placer sensoriomotor, también es simbólico: a través del Otro, el niño va a encontrar la dinámica de placer. «En el fantasma hay una pérdida porque nunca podrá vivir en el fantasma lo que se ha perdido y ahí está la falta. De esa carencia, deriva el deseo». «El psicomotricista es un especialista en las demandas del niño por la vía corporal». «La formación personal no es una psicoterapia, pero tiene efectos terapéuticos evidentes». El cuerpo deviene un objeto transicional, en tanto *metáfora tónica* que recrea al Otro en su fantasma. Define la *reformulación*, al intervenir sobre el *cómo*, la forma; o sobre el *porqué*, el sentido. Del 2006, declara que el niño juega para evitar el displacer. Dicho displacer tiene un componente biológico que impide construir sus fantasmas de acción. Existe una hormona, la dopamina, ligada al deseo: que condiciona la agitación y la inhibición o pasividad psicomotriz. Hablamos en estos casos de *pseudoseguración*. Del placer de la acción surge el conocimiento de la acción. El deseo necesita de sus límites, de ahí, el decir no, a los niños. En el 2007, recuerda que las angustias son tensiones corporales ligadas al displacer:

nacen de una *necesidad insatisfecha*. Para superar dicha angustia el niño busca la respuesta en sus recuerdos de *placer engramados y crea fantasmas de acción*: de ahí aparecen *dificultades relacionales* (habitado por un agresor todo lo que rodea al niño se convierte en agresor y no puede retener los objetos buenos), *dificultades instrumentales* (la angustia distorsiona la capacidad de sensaciones propioceptivas: una debilidad propioceptiva de ajuste práxico y del equilibrio). Y *dificultades cognitivas* (de permanencia, anticipación, memoria seriación, clasificación...). Del 2008. «Los psicomotricistas no somos ni psicoterapeutas ni psicoanalistas: trabajamos sobre el placer de actuar, y la consecuencia de este es la separación». El juego permite liberar el inconsciente originario. Todo lo que el niño representa es la expresión de una *memoria corporal engramada*. La sala de psicomotricidad es una metáfora del cuerpo de la madre.

@3. Con relación al fantasma, en la perspectiva lacaniana, la finalidad de la cura es hacer la travesía del fantasma inconsciente registrando la parte que tuvo el deseo del Otro de la infancia, en la construcción de ese fantasma, la dependencia radical del significante que ese fantasma intenta obliterar y la hiáncia nodal subjetiva que los objetos a imaginarios intentan hacer olvidar. Por eso, según Miller (2010b: 213) el *fantasma fundamental* muestra la afinidad entre goce y sentido, *es el universal de todas las fantasías del sujeto*, la estructura que vale para todas ellas y solo se va despejando de forma progresiva en la experiencia analítica.

@4. En el *Diccionario de Psicoanálisis* de Roland Chemama (2002: 69-72) ya se nos apuntan algunos conceptos interesantes que se repiten en la obra lacaniana, aproximándose con mucho a lo que es el motivo del presente trabajo cuando concretemos los posibles paradigmas lacanianos sobre el cuerpo:

Como muchos otros conceptos, *el cuerpo* ha sido abordado por Lacan en los tres registros fundamentales de su enseñanza: *lo real, lo imaginario y lo simbólico*. El abordaje metodológico distinto de estos tres registros no debe hacer perder de vista su estrecha intrincación, metaforizada por el nudo borromeo.

Cuerpo Imaginario. En su comunicación de 1936 sobre el *Estadio del espejo*, Lacan trata de la constitución de la imagen del cuerpo en tanto totalidad y del nacimiento correlativo del yo (*moi*). La imagen –unificante– del cuerpo se edifica a partir de la imagen que le reenvía

el «espejo» del Otro: imagen del Otro e imagen de sí en la «mirada» del Otro, principalmente la madre.

Se comprende que Lacan designe a menudo esta imagen del cuerpo con la expresión imagen especular. La *imagen especular*, en efecto, resulta de la conjunción del cuerpo real en tanto orgánico, de la imagen del Otro y de la imagen que del cuerpo propone el Otro, así como de las palabras de reconocimiento de ese mismo Otro. Lacan trabajará esta cuestión de la imagen especular del cuerpo en reiteradas oportunidades, y en especial a partir del esquema óptico de la experiencia de Bouasse y del esquema óptico del *Seminario X*, 1962-63, *La Angustia*. Esta imagen unificante del cuerpo, no se puede establecer a menos que exista previamente una *preimagen*, designada a veces con la expresión cuerpo propio. Dicho de otro modo, la organización del cuerpo propio del niño es el resultado de una incorporación, en lo real del organismo del niño, de la dimensión fálica de la que es revestido por el Otro parental. El cuerpo imaginario, para Lacan, es también *la bolsa agujereada de los objetos a, pedazos de cuerpo imaginariamente perdidos*, de los que los más típicos son el seno, los excrementos, la voz y la mirada... A esta lista, se agrega un pedazo de cuerpo muy particular, el falo en tanto faltante.

Cuerpo Simbólico. Lacan introdujo el concepto de *cuerpo de los significantes* en su seminario sobre las psicosis. Este concepto designa el conjunto de los significantes conscientes, reprimidos o *forcluidos* de un sujeto así como su modalidad general y singular de organización. Aunque estas inscripciones son bien conocidas en los casos de histerias o de psicósomáticas, no están reservadas sólo a estas estructuras psíquicas. Palabras, sílabas, fonemas, simples letras pueden afectar el cuerpo de cualquiera, sea cual fuere su estructura. Por eso se ha podido decir que el cuerpo era una *libra de carne* en la que se inscribían los significantes de la demanda y, por lo tanto, del deseo del Otro (Chemama, 2002: 69-72).

Estos significantes conciernen en *primer lugar a su identidad* (apellido, nombre, lugar en la genealogía, sexo, raza, medio social, etc.). A esta herencia anterior al nacimiento viene a agregarse la constelación de los significantes que vehiculizan los deseos, conscientes e inconscientes de los Otros parentales, que constituyen la alienación simbólica del sujeto. Algunos de los significantes de las primeras inmersiones en el lenguaje del niño se inscriben en la memoria psíquica, otros se graban en el cuerpo. Cuando se quiere insistir en el impacto de la palabra sobre el cuerpo, se dice más bien que el *cuerpo es hablado*. Correlativamente, Lacan ha afirmado que

el *cuerpo era hablante*. Observemos que este *cuerpo simbólico* aparece también en la existencia que recibe de toda nominación independientemente de su presencia orgánica.

Cuerpo Real. El concepto de real en Lacan es susceptible al menos de tres significaciones específicas. Connota lo imposible, lo resistente y el objeto del rechazo.

Cuando el concepto de real *connota lo imposible*, lo real del cuerpo está constituido por todo lo que del cuerpo escapa a las tentativas de imaginización y de simbolización. Aun cuando sea absurdo cernir con palabras lo que constituye lo imposible de decir, sin embargo podemos aproximarnos a ello pensando en las diversas teorías del cuerpo que aparecieron y todavía seguirán apareciendo en el curso de los siglos en los diversos continentes. Todas son incompletas y ninguna lo dice todo del cuerpo. Otro real encuentra un lugar importante en la enseñanza de Lacan. Es aquel con el que chocamos, el que vuelve siempre al mismo lugar, el que viene a poner obstáculo a nuestras aspiraciones y a nuestros deseos, especialmente a los deseos infantiles de omnipotencia del pensamiento. En Lacan encontramos también bajo esta denominación a la *prematuración orgánica del recién nacido*, a su *patrimonio genético* y al *despedazamiento corporal originario*, obliterado por la imagen unificante del cuerpo.

El ser deseante asume difícilmente la no existencia de la relación sexual y la muerte como destino final de cada cuerpo. Además cada uno puede rechazar (en el sentido de reprimir o renegar) una u otra de sus características corporales particulares.

¿Hay que concluir de todo esto, como Freud, que la anatomía constituye el destino del ser deseante? La clínica psicoanalítica demuestra que no basta con tener un cuerpo de sexo masculino para identificarse como hombre. Sin embargo, no se puede decir que el cuerpo real, en tanto organismo, carezca de importancia. Dicho de otro modo: el cuerpo real no deja de constituir destino, y si la anatomía no es enteramente destino, lejos está de dejar de serlo del todo.

@5.

a) Un *Lenguaje del Cuerpo*.

Desde esta posición, el cuerpo aparece como constructor de su funcionalismo. El cuerpo, motricidad, conducta y emoción, acá, serían considerados como una combinación neuroeducativa. Su gran aporte vino

desde la psicología genética (Piaget). También Wallón, el constructivismo vigotskiano, Luria, Damasio, V. Da Fonseca...

Donde a partir de un organismo genéticamente determinado, su yo corporal se complementa evolutivamente con el aporte de la justa y buena proporción de factores afectivos, neurológicos, sociales y cognitivos. En este modelo paradigmático, la cognición, la emoción y la psicoeducación se presentan como el punto nodal de donde convergen y parten todas las adquisiciones significativas y susceptibles de modificación por parte del sujeto. Este es el llamado modelo bio-psico-social cuyo sustento parte del concepto de personalidad de la psicología o pedagogía. Es el yo ideal, que condiciona una clínica de la conciencia, de la mirada. Lo podremos denominar: cuerpo imaginario. En este sentido, el cuerpo imaginario es parecido, entre identificaciones similares.

b) Un Cuerpo *sin Lenguaje*.

Parte de una clínica que se centra en lo motor y en lo neuromotriz. Hablamos del cuerpo instrumental, determinado por el paralelismo mental-motor, es decir un órgano, el del cerebro, sería el responsable neurofisiológico de la correcta marcha de las funciones neuromotrices. Por ello, el abordaje de sus alteraciones se compone de técnicas reeducativas tipo: la kinesiología, la ortofonía, la fisioterapia o cierta pedagogía de la motricidad etc.

Recordamos algunos autores que acuñaron conceptos como: Sherrington (*función postural*), Broca (*localizacionismo*), Schreber (*Calipedía*), Tissié (*Edón. Física*), Ozeretsky (*Examen Psicomotor*). Es decir, al modificar los fundamentos orgánicos de la *máquina neuromuscular*, se repararían la inteligencia y el carácter. Es una clínica desde lo real del organismo y de la ciencia. Apuntando a lo instintivo de las funciones orgánicas, podremos decir que se trata de un cuerpo común para todos.

Por supuesto aunque haya puntos de imposible acuerdo entre las dos posiciones anteriores, la justa combinación neuro-educativa etiológica y terapéutica es la que prima en estos momentos.

Sabiendo, sin embargo, que lo real del sujeto y el cuerpo, el verdadero *cuerpo como lo real del sujeto* radica en las pulsiones, más allá de los instintos. Allí donde el lenguaje llegó a afectar al organismo particularizando su relación con el cuerpo, haciendo existir un goce del acto que resulta irreductible a la palabra. Es lo que hace que cada cuerpo sea *singular* en su goce fantasmático y pulsional.

c) Un Cuerpo *del Lenguaje*.

El problema consiste en que las dos tópicas anteriores presentan no pocas contradicciones.¹ Venimos a referirnos a la imposibilidad de traducción, a la *incommensurabilidad* (Khun, 1975, 1978, y 1989; Feyerabend, 1984, 1989) que se da entre términos que parten de posiciones y esquemas radicalmente divergentes.

Otro contrasentido se presenta cuando al tratar de aunar paradigmas pretendemos encontrar algún (meta) modelo que pudiera agrupar a todos los implicados. ¿Cuál sería la justa proporción de los componentes biológicos, psicológicos y sociales que integran a una persona?. ¿Qué es lo importante?: aunque parezca una cuestión baladí, no deja de tener continuas consecuencias en la dirección del tratamiento. Y lo es, porque por muchos intentos integradores que se hubieran dado, quiérase o no, siempre hay alguno de ellos que —como razón última— comanda la reordenación de los otros. Con lo que de, alguna manera hay que discernir: elegir desde donde y con qué se habla lo que se habla a sabiendas de la real imposibilidad de armonizar modelos diversos.

Por último. Si apelamos a la totalidad, no encontramos nada de lo singular. Entonces ¿qué valor va a tomar una enunciación, una demanda particular de un sujeto?

Por mi parte, yo no soy total. Ustedes tampoco. *Si fuéramos totales, cada uno sería* total por su lado, y no estaríamos aquí juntos, tratando de organizarnos, como se dice (J. Lacan, Sem. II, 1954).

Y esto sucede porque, habitualmente, frente a lo incompleto, a lo deficiente, a lo minusválido o a lo cosificado se propone habitualmente lo contrario: la reparación, la sedación, la normalización, la integración o la restauración de una supuesta homeostasis originaria que retorne al sujeto al estado de un supuesto bienestar adaptador. Es decir, aportar un saber externo y ajeno que no entiende del deseo que cada síntoma, bajo la forma del sufrimiento, deja traslucir en cada sujeto.

Desde esta tercera posición epistemológica queremos proponer, entonces, la particularidad de cada sujeto y de su historia con su cuerpo. Donde el acento se ponga en lo que dice y hace cada sujeto por medio de

1. P. ej. ¿qué tiene que ver el *organismo* cosificado de la neurología con la conducta de un *individuo* en tanto miembro de lo social?: ¿a partir de un forzamiento de tipo neuroetológico? Lo cual conlleva el hecho de la dificultad de argumentar p.ej. a un médico, en qué consiste la *radical acientificidad* del inconsciente singular que comanda los actos en cada sujeto.

su cuerpo, del espacio, del gesto, de las variaciones tónico-emocionales, del movimiento y la representación. Sería ahora, una clínica desde lo simbólico donde el cuerpo y el inconsciente son tomados por el lenguaje, hasta el punto de subvertir no solo el cógito cartesiano (*allá donde pienso, soy por: allá donde no pienso, soy*) donde lo simbólico como eje del sujeto, permite escuchar y observar sus producciones, posibilitando un nuevo sentido que apunta a lo que de deseo y goce se coloca en su síntoma psicomotor. Hablamos de lo Simbólico como aquello que queda encuadrado en aquellos campos del saber conocidos como las *logociencias*: que comprenden al psicoanálisis, pero también la lingüística, la lógica matemática, la matemática, la antropología... Tenemos pues, en tercer lugar y descompletando los anteriores modelos, una clínica desde la escucha y la observación desde el inconsciente.

@6. Veamos, a partir de lo anterior, cuales son los elementos fundantes de la constitución subjetiva respecto del cuerpo y el inconsciente:

A. *Lo humano, se con-forma (Imaginario)*. La Imagen del humano, su imaginario, nace alienada a un universo simbólico preexistente que la va a nominar, pues si esta, previamente fragmentada, no se encadena a una estructura difícilmente la forma, globalizada, tomará figura alguna. El operador que permite dicha formación gestáltica requiere de la sanción de un Otro, con la condición de que no sea anónimo: a esto se refiere lo que Lacan vino a nombrar como *Deseo de la Madre*. La imagen unificada en el espejo permite así, la identificación y reconocimiento de si como uno-mismo (Lacan, 1936). Sin embargo, el júbilo que el niño vive ante el reconocimiento de la forma propia adquirida, no va a evitar que la prematuridad fisiológica del *enfant* respecto a su intencionalidad, se plasme bajo la diferencia entre *el querer* (el principio del Placer) y *el poder* (del principio de Realidad).² Es bajo esta brecha fundante e incurable, entre *la satisfacción esperada y la obtenida*, donde la *represión primaria* va a distribuir los procesos que organizan el armazón de la subjetividad.

Alguna de las consecuencias del establecimiento del universo Imaginario son: acceder a la realidad, el yo, la conciencia, identidad, el otro (el no-yo), las emociones, aprendizajes...

B. *Lo constituyente, es la Interpretación (Simbólico)*. La vida no es más que las palabras de su interpretación, su significación (Schopenhauer, Freud, Lacan...) a partir de una *primera* experiencia de satisfacción

2. La misma cuestión fue señalado a su vez por F. Doltó en 1986, en sentido contrario: dicho encuentro con la imagen propia, produciría una decepción radical.

(alucinada, insistiría S. Freud, 1895). De hecho, el inconsciente no es más que *un aparato de interpretar*, que diría Freud.³ Hasta el punto de que se pueda enunciar que el *cuerpo* propio, *como el inconsciente, están estructurados como un Lenguaje* (Lacan, 1990). Existe en cada cual, un margen de lectura interpretativa que depende del campo semántico del sentido de cada significante y que compete a su libertad de elección. Lo que provoca, sin embargo, que si alguien resulta requerido, llamado, por un significante que le interpele, *no pueda no elegir*: porque en este caso no elegir, también será una elección. En cierto sentido, pues, advenimos predeterminados al mundo y, sin embargo, existimos libres en nuestras elecciones subjetivas de deseo: es lo que Lacan aludía con «la insondable decisión del ser». ¿Qué es lo que se lee realmente en la historia de cada cual sino la escritura de las marcas de sus elecciones y por lo tanto, las huellas de la falta en el Otro, *es decir, de su deseo*? El deseo (Miller, 2010b: 167), traduce la incidencia de la demanda en la necesidad. El deseo, como la pulsión, busca la satisfacción pero no la encuentra: en ese sentido es una función de pura falta. El Deseo, entonces: no tiene objeto, aunque no es sin objeto que lo causa; es lo que se esconde tras la demanda, lo es de dificultad, insiste, preexiste al sujeto, es una significación, es deseo del Otro, se le puede reconocer, toma la forma del entusiasmo, es lo que se transmite, el deseo es el significante de la falta...

C. *La Pulsión se satisface (Real)*. El goce, mítico, de la vida alienada al Lenguaje va a instaurar lo real de la pulsión, el empuje libidinal. En ese sentido la pulsión, como se vió anteriormente, es un goce perdido en bruto, sin cifrar aún, que más tarde con la operación de separación, va a recuperar su valor bajo las especies de los objetos, en calidad de plus de goce, de resto o de causa significante de la letra. Por ello cada palabra y cada letra, cada fragmento del cuerpo podemos decir, adquieren en cada quien un diferente valor, que le es propio: es lo que hace que el goce, por medio del fantasma, sea lo más particular, definitorio e inconfesable de cada cual. Si el deseo debido a la falta estructural, está siempre insatisfecho, la pulsión, por el contrario, siempre se satisface. Y lo hace de dos maneras:

- *Por la vía del placer*. Es cuando la tensión instintiva de la necesidad fisiológica se distiende, volviendo el organismo a su primitiva homeostasis retornando a su equilibrio anterior. Esta modalidad es

3. «Leer un síntoma» Jacques-Alain Miller. <http://ampblog2006.blogspot.com.es/2011/07/leer-un-sintoma-por-jacques-alain.html>. Septbr. 2012.

lo propio del organismo que habita en el humano en tanto pura satisfacción de necesidad. Sin embargo, la cuestión que retorna al sujeto de forma enigmática, es que la demanda nunca se agota en su simple respuesta: por eso la demanda es siempre, demanda de otra cosa. Nunca se pide exactamente lo que se dice pedir. Es así como el placer retorna bajo la égida del deseo. Hasta, el límite incluso, de poder encontrar cierto displacer en el placer.

- *Por la vía del goce.* Es este un camino paradójal, pero estrictamente humano. Aludimos acá al *Más allá del principio del placer*, freudiano (1920) que podemos formular algo apresuradamente como un: placer en el displacer. Con esto se nombra aquella satisfacción que aún siendo displacentera alcanza sus metas y cuya tendencia última, de ser dejada a su libre curso, llegaría hasta la muerte; es por eso que otro de sus nombres es la freudiana *pulsión de muerte*. Ahí es donde encontramos el origen de las repeticiones, del siempre lo mismo, de las fijaciones, del eterno retorno: «y lo que Lacan llamó goce, si quisiéramos traducirlo en términos freudianos, nombraría en efecto esta satisfacción de las pulsiones libidinales y la pulsión de muerte» (Miller, 2010b: 236). La Pulsión, resumiendo: no es sin objeto, es intemporal, no conoce la contradicción, no conoce la censura, se puede ligar a ciertas representaciones, tiende a la satisfacción, es un circuito, está ligada a ciertos orificios...

@7. Fijémonos en cómo esta elección de paradigma o modelo epistémico, que va a vertebrar nuestra teoría e intervención, trae aparejado un absoluto cambio de perspectiva de diferentes categorías. Pasando a poner el acento de las primeras a las siguientes.

Veamos algunos ejemplos: de la lógica proposicional pasamos a la lógica modal; determinismo/causa; esencia/existencia; azar/contingencia; aprioris/aprés-cup; ontología/óntica; totalidad/unificación global; Todo/No-Todo; conocimiento/sabiduría; saber/no-saber; contradicción/paradoja; semblante/real; individualidad/singularidad; déficit/falta; preguntas/respuestas; entender/comprender; decires/dichos; técnica/ amor; complemento/suplemento; fragmentación/parcialidad; Yo/sujeto; aprendizaje/transmisión; experimento/experiencia; virtualidad /presencia; culpa/responsabilidad; Nombre del Padre/nombres del padre; asunción/consentimiento; impotencia/imposibilidad; fobia/angustia...

@8.

	<i>REAL</i>	<i>IMAGINARIO</i>	<i>SIMBOLICO</i>
<i>Ontológicamente</i>	Existencia.	Consistencia.	Esencia. Insistencia. Ausencia.
<i>Acto Psicomotor</i>	Motilidad.	Motricidad.	Actos fallidos.
		Expresividad	Equívoco. Lapsus.
	Visión. Imagos.	Vista.	Mirada.
	Audición. Voz.	Oído.	Escucha.
	Acto.	Actividad. Actuación.	Acción. Asociación. Acting.
	Conexión.	Conciencia. Realidad.	Inconsciente.
		Yo Ideal.	Ideal del Yo.
		Comunicación.	Relación.
		Metonimia.	Metáfora.
		Desplazamiento.	Condensación.
<i>Organización.</i>	Juego Indicado.	Juego Roles y Reglas.	Juego Espontáneo.
	Somatognosia.	Esquema Corporal.	Fantasmát. Corp.
	Pulsiones.	Imagen Corporal.	
	Cenestesia.	Apariencia Corporal.	
<i>Prácticas Psicomotrices.</i>	Rehabilitadoras.	Reeducativas.	Terapéuticas.
		Educativas.	Psicoterapéuticas.
		Ayuda.	Clínica.
<i>Valoración Psicomotriz.</i>	Examen Neuromotor.	Balance Psicomotor. Observación parámetros.	Escucha.
	Trazo Uniano.	Trazo Unitario	Sgtes. Aмос. Rasgo Unário.
		Índices Expresividad somática.	Índices de Emergencia semántica.
<i>Orientación.</i>	Sanación.	Reparación. Reaseguración.	Descifrado.
	Equilibración.	Readaptación. Integración.	Elaboración.
	Prescripción.	Reinserción. Modificación.	Resignificación.
	Indicación	Señalamiento.	Interpretación.
	Intervención.	Comprensión.	Interrogación.
	Cifrado.		
<i>Ética.</i>	Deontología.	Moral.	Responsabilidad. Ética.

@9. A. Para el Aucouturier de los 80.s, el *Esquema Corporal* (EC) es una imagen consciente de nuestro cuerpo en el espacio y el tiempo. Algunos años más tarde dirá, que en el placer sensoriomotor hay una percepción de los parámetros exteriores que participan en la conciencia del EC. Para Doltó, 1986, el EC será el intérprete activo o pasivo de la

imagen corporal (IC). Por eso si el EC es común para todos los individuos, la IC es propia de cada uno. El EC, según esta autora, se refiere al cuerpo actual en el espacio y se estructura mediante el aprendizaje y la experiencia. Para Le Boulch, 1976, otro autor relevante, el EC se define como una intuición de conjunto o un conocimiento inmediato que tenemos de nuestro cuerpo en estado estático o en movimiento, en relación con el espacio y los objetos que nos rodean. Inspirándose en los estudios de Wallón y Ajuriaguerra, distingue tres etapas en la evolución del EC: cuerpo vivido (hasta 3 años), discriminación perceptiva (3-7 años) y cuerpo representado (7-12 años). Para P. Vayer, 1985, la elaboración del EC sigue las leyes de la maduración nerviosa: céfalo caudal y próximo-distal. Dicha elaboración del EC se lleva a cabo a través de una relación constante Yo-mundo de las cosas. Por tanto el esquema es común a los niños, aunque sea flexible de uno a otro. Para Defontaine (1978-1982) una buena integración del EC, condiciona la adaptación del sujeto en el espacio y el tiempo. Para Ajuriaguerra (1980), la noción de EC no se sabe si se trata de un esquema inscrito o si se aplica al sentimiento que poseemos de nuestro propio cuerpo, incluso si ello representa la función de los mecanismos fisiológicos que nos dan el sentimiento correspondiente a la estructura real de cuerpo. Por ello, la noción de cuerpo percibido, vivido y representado, tienen sentidos distintos según qué estado evolutivo. Por lo tanto, la noción de EC está edificada sobre impresiones táctiles, cines-tésicas, propioceptivas y visuales. Para Schilder (1983), gran estudioso del tema, el EC se concibe como una *gestalt*, como una elaboración constante con ayuda de todas las percepciones asociadas: para él, la motricidad no influye solo en la percepción de nuestro cuerpo, sino que, además, está unida a una experiencia afectiva.

B. Para B. Aucouturier, en el 87, *la Imagen Corporal* (IC) es la representación estructurada de la totalidad del cuerpo. Es la representación consciente de la imagen de nuestro cuerpo y está hecha a base de investimentos que permiten su toma de conciencia. Por ello, la IC está ligada a una reacción real con el cuerpo, y ligada al EC. Mientras que el EC depende de un núcleo consciente, en la totalidad corporal existe una parte inconsciente, que sería la imagen inconsciente del cuerpo o imaginario corporal. Para Le Boulch (1976) La IC es el Yo corporal vivenciado en sus reacciones. Para Vayer (1985), a IC se configura entre el Yo, el mundo de las cosas y el mundo de los demás. Las alteraciones de estas experiencias y relaciones del individuo con su medio pueden originar perturbaciones de la IC. Para Schilder (1983), la IC es una estructura libidinal dinámica que no cesa de cambiar con los estímulos que recibe del medio y las expe-

riencias vitales que experimenta. La IC se confunde con el Yo (aludiendo a aserto freudiano, que el Yo es, ante todo, el Yo corporal) de la personalidad. Esta unidad percibida a partir de sensaciones térmicas, dolorosas y táctiles así como cinestésicas y viscerales, es más que una percepción. Se trata de una representación apenas consciente o incluso inconsciente. Fue F. Doltó con su texto *La imagen inconsciente del cuerpo* (1986) quién hizo un mayor esfuerzo por sintetizar las aportaciones psicoanalíticas alrededor de dicho concepto. En él se nos dice que la IC es la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales interhumanas, repetidamente vividas a través de sensaciones erógenas electivas, arcaicas o actuales. Se la puede considerar como la encarnación simbólica inconsciente del sujeto deseante y el ello, antes, inclusive, de que el individuo sea capaz de designarse con el pronombre personal. La IC es la memoria inconsciente de toda la vivencia relacional y a la vez es actual. Viva, dinámica, a la vez narcisística e interrelacional. La IC se estructura mediante la comunicación entre sujetos entre sujetos y la huella, día a día memorizada, del gozar frustrado...por lo cual ha de ser referida a una intersubjetividad imaginaria marcada de entrada en el ser humano por la dimensión simbólica. La IC puede hacerse independiente del EC. La IC es siempre inconsciente y está constituida por la articulación dinámica de una imagen de base, una imagen funcional, y una imagen de zonas erógenas donde se expresa la tensión de las pulsiones.

@10. ¿De que manera tratar ese goce fantasmático particular? Conocemos algunas defensas frente a lo real, aunque no muchas:

A. Un modo: *la prescripción farmacológica*. En este caso, se aplaca la manifestación pulsional pero el malestar reaparecerá bajo otra modalidad y lo que es peor, lo que desencadenó su irrupción sigue insistiendo. En caso de no cronificarse; se trata de *una falsa cura*.

B. Otro: *el Arte*. En esta segunda propuesta *la pulsión se sublima*, esto es, se desplaza hacia fines socialmente aceptados. En algunos sujetos puede ser muy eficaz; *aunque no deja de presentar el riesgo de desestabilizarse* en algún punto. De *facto*, todos conocemos bien los efectos pacificadores y civilizatorios de los diversos lenguajes expresivos.

C. Un tercer modo: *el Condicionamiento*. Esta es una suerte de *forzamiento desensibilizador*. Es la más precaria y alienante de las curas posibles por cuanto reduce al sujeto a un simple objeto de estímulo-respuesta conductual. Deja de funcionar, cuando la sugestión, en tanto creencia o simple presencia del terapeuta ya no implica el efecto y la gratificación que conlleva.

D. El cuarto: *El Lenguaje. La palabra* –la historia, sus significantes o representaciones– *es la muerte de la Cosa* (Lacan, 1953), pero también lo que nos da vida. Lenguaje que se estructura en los humanos en *los mitos y los ritos*. Un mito, entendido acá como aquella construcción simbólica que *trata de dar un sentido a algo inefable*. Si en la neurosis, los mitos tomarán la forma de la novela familiar, en la psicosis lo hará bajo el delirio. *Novela familiar y delirio*, en consecuencia, serán intentos, nunca logrados del todo, de estructurar simbólicamente lo real que habita en cada uno. Porque justo en la medida que *la palabra no dice todo de la cosa-en-sí*, es que aparece *la falta-en-ser*, el ser-para-la-muerte, el borde o la falla. *Y con ello, el deseo*.

E. Por último: *lo que nos da vida es el Deseo*. Los síntomas, en tanto formaciones reprimidas y satisfacciones sustitutivas traducen los modos con los que cada cual pudo responder a su propio deseo. Unos, huyendo de él. Otros, no queriendo saber, otros endilgándose a los demás y otros, por fin, viviéndolo como imposible: depende de su posición estructural. Reconocer el deseo que en cada uno mora, es dar un sentido, una significación a la propia manera de gozar. Hasta, después de dar muchas vueltas, volverse a ese resto de goce y en un *yo Soy Eso, consentir a lo que nos en-causea como sujetos*.

@11. Como apunta C. Grifoll,⁴ podemos recordar que el primer juego sobre el que Freud (1920) teoriza es el juego del *Fort-Da*, el *juego del carretel*, del cual dice «fue una observación hecha de pasada». Observa como el niño, en tanto no puede renunciar a la ganancia de placer, por la ausencia de la madre, se ve abocado al juego de lanzar una y otra vez el pequeño objeto. Y el carretel, nos enseña Freud, le ayudará a simbolizar dicha ausencia. Añade Freud que este juego se encuentra en la más importante función de la cultura ya que implica «la renuncia pulsional llevada a cabo por el niño lo que le permite aceptar sin resistencia la marcha de la madre»: *Fort (fuera)- Da (aquí)*. Así el juego en sus formas más simples se muestra siempre como *una sustitución*. El sujeto que juega esta en relación a Otro que desea más allá de él. Y esto le enfrenta a la cuestión de saber *que es para el Otro*.

@12. A partir de ahí, se decantan dos posibles respuestas que toman formas paradigmáticas antagónicas.

4. Texto inédito de Carmen Grifoll, Notas sobre el juego en la clínica con niños en el 6º Documento preparatorio para la XI Jornada de estudio de la DHH-NRC: “Sorpresa e invenciones: Psicoanálisis con niños”. A Coruña 11 Nov. 2012. Con nuestro agradecimiento.

- *La Una, donde habría una separación nítida entre lo normal y lo patológico* a partir de marcadores que se pretenden bien definidos; tomando el *trastorno* como una especie de *cuero extraño* que se debe suprimir para preservar el normal funcionamiento de la personalidad, tomada esta, como una síntesis totalizante. Y que, sin embargo, *adopta una posición continuista* en sus abordajes, ofertando un enfoque cada vez más especializado de la dimensión psicofisiológica, cognitivo-conductual.
- *La Otra, donde se sabe que lo patológico está hecho de la misma materialidad significativa que la normalidad* de su misma estructura subjetiva, con lo que lo *sintomático* es definido no tanto por cánones externos como por la propia toma en consideración del afectado. Lo que conlleva que *se distinga muy nitidamente* la separación que se opera bajo un aprendizaje educativo o la transformación terapéutica.

@13. La educación se fija en potenciar el *conocimiento* compartido que tenemos los humanos, en un recorrido orientado hacia una *lógica esencialista*. A lo largo del tiempo y tras gran esfuerzo, el advenimiento de la Ilustración y la Modernidad, dio como resultado que fuera *la razón consciente* la que marcara los designios de las elecciones personales y sociales. No por nada, el debate sobre los universales, el progreso y sus imperativos éticos fueron temas muy apreciados por Descartes, Rousseau, Kant, Hegel, Schopenhauer, Brentano, etc.

El ejemplo más definitorio, entonces, vendrá dado por el conocimiento y el aprendizaje impartido de los códigos empleados en las ciencias positivas.

@14. *La desadaptación* o el desajuste a dichas adquisiciones requeridas, son leídos como *trastornos* (concepto de uso masivo, en esferas educativas y clínicas) esto es, como aquellas áreas muy determinadas de la personalidad, y por tanto evaluables objetivamente que, por medio de la potenciación de sus aspectos positivos desde una lógica constructiva, buscará los mecanismos interactivos que desemboquen en un estado *saludable y normalizador* de bienestar físico, psíquico y social.

@15. A. *La paradoja*. En la paradoja coexisten, simultáneamente, dos proposiciones iguales y de sentido contrario. A ella nos hemos referido con el nombre *de ambivalencia*. La fenomenología de la experiencia analítica, nos muestra de continuo este encuentro.

La paradoja se origina por un movimiento circular de imposible salida. Si paradoja resulta ser la condición simbólica de la imposibilidad, podemos pensar que la paradoja subjetiva es la condición de posibilidad de la misma imposibilidad. Continuamente las paradojas del amor, del deseo, el super-yo, el síntoma, el arte... nos dicen de lo íntimo y lo éxtimo de cada uno. Con que la paradoja es lo que entifica esa fractura radical que la imposibilidad nos depara. Condición apriorística para buscar una salida por la vía de la contingencia casual; o del acontecimiento, o el «acaecimiento propicio» (Das Ereignis) de Heidegger.⁵

B. *La imposibilidad*. «La imposibilidad de la relación sexual». ¿A qué se refiere Lacan de manera un tanto criptica?⁶ Con este aserto se pueden apuntar diversas cuestiones. Alguna ya ha sido apuntada con anterioridad: la imposibilidad misma de un goce, al modo kantiano, para-todos igual. Pero hay algunas otras acepciones como: que toda pulsión es siempre pulsión parcial, o que la palabra dice no-todo de la Cosa y por lo tanto que no está garantizada la relación entre la Palabra y la Cosa-en sí, en el límite siempre forzado de su equivalencia entre el sujeto y el objeto. O que no hay acuerdo absoluto posible entre la lógica masculina del Uno-Todo y la femenina del Uno-No-Todo; también que no haya correspondencia posible entre el número y la palabra, o la imposibilidad de decirlo todo de Todo; que en todo Acto se suspende el pensamiento ya que el verdadero acto es solipsista. O que, en última instancia, nunca habrá un ajuste certero entre la lógica de lo particular y lo privado y lo público o social.

Por lo tanto, la imposibilidad es la aporía presente entre el ser-estar, entre esencia-existencia, entre continuidad o corte, entre número o letras, entre acto y pensamiento, entre desvelar u ocultar, entre el vacío y la Nada. La imposibilidad es lo Real mismo. Real que radica en el corte inefectuable, siempre pospuesto y nunca traspasable del todo pues su esencia, es de otro orden. Es del orden de lo fragmentario no reabsorbible del goce, en el todo del goce fálico. No-todo es simbolizable, y en tanto tal nada-que-hacer por medio de su interpretación.

Por eso la imposibilidad subjetiva misma es la «roca» donde, por no querer saber nada de ella, el Discurso de la Ciencia y del Capital terminan fagocitando de manera insaciable al sujeto; deviniendo *imposibilidad de imposibilidad*, lo que va a instaurar un movimiento totalizador perpetuo

5. Un magnífico desarrollo lo podemos encontrar en el texto de Jorge Alemán y Sergio Larriera (1998) *Lacan: Heidegger. El psicoanálisis en la tarea del pensar*.

6. A este tema, Jorge Alemán (2000) en: *Lacan en la razón postmoderna*, le dedica todo un apartado.

sin límites, ni cortes solo adecuado para una cosificación numérica; y cuyas consecuencias se dejarán sentir en el cuerpo y los afectos del sujeto: «La ciencia no piensa» dirá M. Heidegger (2005).

C. *La contingencia*. «El azar que puede ser hablado, no es el verdadero azar»: tomemos este apotegma modificado del primer versículo del *Tao-te-King*. Si el azar verdadero es la irrupción inesperada y traumática, su aparición imprevista será del orden del accidente, en tanto no habrá posibilidad previa para una significantización que ordene sus efectos de goce. Por ello, el azar quedará como una huella traumática que estampe el horror descarnado de verse reducido a un mero objeto del goce del Otro. Otra cuestión es la contingencia. La contingencia supone la suspensión temporal de la imposibilidad. La posibilidad en el interior de la imposibilidad. El espacio horadado en los bordes de la cosa para que advenga lo nuevo como posibilidad de invención. La contingencia, es una diferente respuesta al deseo del Otro apelando a los encuentros posibles y efímeros, aunque se eternicen de la materialidad de la letra y la sustancia gozante. Si lo necesario es condición de lo posible, lo contingente solo puede advenir desde el desvelamiento de lo imposible. En ese sentido el *ereignis*, el buen encuentro, es pre-visto y no pre-visto, simultáneamente. Y en tanto tal, podemos afirmar que en la contingencia la elección inconsciente es decisión de verdad, en tanto determinación forzada que signa y significantiza el goce. Por eso, viceversa, en la posibilidad programada de antemano no hay acto como tal ya no hay una elección –verdadera– sino una simple elección volitiva.

@16. Por ello, resulta decisivo distinguir entre dos *posiciones vinculares* posibles:

A. *Sugestión*. Se da cuando el paciente enuncia algo tal que así: «una palabra tuya bastará para sanarme», y la respuesta que se encuentra es del tipo: «haz como yo te digo!». Esta posición se caracterizaría por: la creencia en el Uno-Todo; es decir: Todo, es posible. Partiendo de una simetría comunicativa, especular y un certero conocimiento sobre la extirpación del malestar se podría arribar a la completud y el dominio del cuerpo y su realidad. Su objetivo general consiste en la desaparición del trastorno. Y el motor que o anima sería la compensación, la modificación o la reparación. Por tanto la estrategia empleada sería: la continuidad cuantitativa, el afrontamiento y la aceptación del Yo Ideal. Y sus medios consisten en la adaptación, por tanto, la reeducación, la rehabilitación, la normativización o el condicionamiento, es decir, las recetas de modifica-

ción que apuntan a la culpa y la deuda individual. Al final, su orientación es la moral del forzamiento.

B. *Transferencia*: Cuando la pregunta que se plantea desde el sujeto es: «¿cómo puedo hacer yo?», y la respuesta recibida es: «tu puedes saber y hacer lo que deseas». Lo que define esta posición es: la imposibilidad del Todo, es decir, la posibilidad del no-todo en un saber supuesto al Otro, es decir, la parcialidad, la castración o la falta; hasta arribar a una asunción o consentimiento al deseo. Su estrategia consiste en propiciar un saber sobre el deseo partiendo de la elaboración del síntoma. Siendo sus medios el desciframiento del inconsciente latente. Apunta a una ética de la escucha y su responsabilidad subjetiva.

@17. La *Medicina llamada Basada en la Evidencia*⁷ consiste en la integración de la experiencia clínica individual con la mejor evidencia proveniente de la investigación científica, una vez asegurada la revisión crítica y exhaustiva de ésta. La construcción de la evidencia comienza con la búsqueda y obtención de todos los estudios existentes sobre un tema concreto a partir de la literatura médica y de otras fuentes de información extrayendo la información relevante para el cuidado del paciente individual. Una vez que la evidencia está disponible, es necesario su análisis mediante la extracción y la síntesis de la información clave de cada artículo individual, evaluando la calidad y aplicabilidad de sus hallazgos. La presentación de los resultados de este proceso en un formato estándar ayuda a hacer mucho más eficiente la consulta de la evidencia. La síntesis estadística de la evidencia, idealmente a través de un metaanálisis, implica la obtención de un estimador común único. Finalmente, la integración y divulgación de la evidencia requiere disponer de una interface común y fácil de usar para hacer más accesibles las distintas fuentes de información relevantes para cubrir las necesidades de un grupo concreto de usuarios.

Como no podía ser de otra manera, desde primeros del presente siglo ya se habla con fuerza de una *psiquiatría o una psicología basada en la evidencia* y porqué no, con el tiempo, una *psicomotricidad basada en la evidencia*.

Las numerosas críticas a este patrón de intervención no se hicieron esperar, ya que si bien el modelo es sumamente aplicable a toda aquella afección que implique organicidad, no puede extrapolarse directamente a la subjetividad sin caer en riesgosas manipulaciones. Por no hablar de

7. De: <http://www.revespcardiol.org/sites/default/files/elsevier/pdf/25/C501201.PDF>. 6 junio 2012.

los espurios intereses *biopolíticos* jugados alrededor un tan presunto, como reificado cientificismo,⁸ apelativo otorgado a todo aquello que quiera proclamarse mínimamente digno de confianza.⁹

En última instancia, toda la controversia y confusión epistémicas giran en torno a las nociones mismas de etiología o causalidad, ligadas a lo Humano: o el origen de un malestar se plantea como un error manifiesto desde una lógica etiológica objetivable en sus efectos (cognitivos, neuroeducativos o sociales); o como una elección de causalidad latente que implica una lógica de consecuencias subjetivas.

Quizás ya sea llegado el momento de comenzar a proclamar bien alto que cuando de sujetos se trata, de su singularidad, *no hay nada estrictamente científico que pueda enarbolarse* como no sea el reduccionismo neuropsicológico operado, junto con su filiación a una vana etología conductual de orden antropológico e instintual.

En este sentido, por el contrario, nuestra posición ético-epistémica se puede enunciar tal que una medicina –una psicomotricidad– basada en *la antievidencia*. Donde, al contrario del anterior, no buscamos descubrir una forzada relación proporcional causa-efecto que la sostenga. Donde si las consecuencias subjetivas son, a su vez, causa de la causa, no existirá una distinción neta entre lo normal y lo patológico: pues ambos, están hechos de la misma materia. Donde en la medida que el saber del problema ya es la solución misma, no se trata tanto de una medicina de las soluciones, como de la comprensión y la respuesta. Y por tanto, de la responsabilidad. Donde, por último, dado que el saber sintomático que emerge proviene del propio sujeto, la intervención clínica no se ciñe a favor de una búsqueda meramente etiológica, como de una verdad, patogénica.

Dejemos, con esto, planteado un problema que actualmente es objeto de los más encendidos, e incluso, enconados debates.

8. Como muy bien pudo demostrar G. Bachelard en su obra *La filosofía de no* (2009), que lleva el sugerente subtítulo: *Ensayo de una filosofía del nuevo espíritu científico*. Donde plantea la misión de *psicoanalizar el conocimiento objetivo* (pg.: 122) ante la entronización del discurso de la ciencia como verdad tautológica.

9. No deja de ser francamente patética la actual diatriba entre los diversos comités de expertos, responsables de las clasificaciones nosopatológicas internacionales (CIE, DSM) que reflejan, en última instancia el combate *biopolítico* entre ciertas compañías aseguradoras (que parecen pretender reducir los criterios designados para definir un trastorno) y las farmacéuticas (que parecen querer aumentar, hasta el límite, donde lo excepcional llegue a ser la salud misma).

@18. Como tal:

No puedo comprender la función del cuerpo viviente más que llevándola yo mismo a cabo y en la medida en que yo sea un cuerpo que se eleva hacia el mundo. *El cuerpo es el vehículo del ser-en-el-mundo y poseer un cuerpo es para un viviente, conectar con un mundo definido*, confundirse con ciertos proyectos y comprometerse continuamente con ellos (Ponty, 2000: 90, 100).

La *experiencia del cuerpo* nos hace reconocer una imposición del sentido que no es la de una conciencia constituyente universal, un sentido adherente a ciertos contenidos. *Mi cuerpo es este núcleo* significativo que se comporta como una función general, y que, no obstante, existe y es accesible a la enfermedad (Ponty, 2000: 164).

@19. Si la evolución del niño pasa por un cierto número de etapas de *estructuras de relación*, es decir *de la muerte al renacimiento* (Lapierre y Aucouturier, 1977: 86), el papel del educador, en consecuencia, será proponer objetos, materiales, sonidos, temas generales de búsqueda para dejar explorar a los niños. Solamente bajo estas condiciones la expresión será auténtica, libre, espontánea y sincrética. Y la creación, un medio de superar la angustia de muerte y responder a ese deseo de supervivencia (op.cit.: 108).

@20.

...En una conceptualidad y con exigencias clásicas, se diría que «diferencia» [*différance*] designa la causalidad constituyente, productiva y originaria, el proceso de ruptura y de división cuyos diferentes [*différents*] o diferencias [*différences*] serían productos o efectos constituidos (Derrida, «La diferencia» de 1968 en: *Márgenes de la Filosofía*, 1998).

...Y queriendo *hablar sobre el fantasma, del espectro, lo que retorna, se encuentra con el cuerpo*. Para que haya fantasmas, es preciso un retorno al cuerpo, pero a un cuerpo más abstracto que nunca. No volviendo al cuerpo vivo del que son arrancados las ideas o los pensamientos sino encarnando éstos en otro *cuerpo artefactual, un cuerpo protético*, un fantasma del espíritu, podría decirse un fantasma de fantasma. La forma de aparición, el cuerpo fenoménico del espíritu: ésta es la definición del *espectro*. El fantasma es el fenómeno del espíritu. La diferencia entre el espectro y el

espíritu. Es una *differance*. ¿Qué es esa *differance*?. Todo o nada (Derrida, 1995: 143-154).

@21.

Lo presente, lo que despliega la presencia, llega a través de la presencia-
lidad a acceder a lo consistente, a la existencia, deviniendo así algo constante,
algo existente... *El ser es irrupción de presencia*... A lo en cada caso presente,
le pertenece la discordia, el no insertarse. (Heidegger, 2006: 159 y 166).

@22.

¿Qué es lo que ello satisface? *el cuerpo es sustancia gozante*, pero finalmente
no es la última palabra, no solo existe el cuerpo que goza, *está el goce de la
palabra*, hay goce del pensamiento (...). Lacan llegará a inventar *lalengua*
—en una palabra— *lalengua* tejida de significantes, pero anterior al lenguaje
(..) *lalengua* que es el significante, despojado de la estructura de lenguaje
(..) lo que se elucida, es cómo, para ustedes, el goce es interpelado por el
semblante (...) *este pase del síntoma, es querer el eterno retorno de su singularidad
en el goce* (J-A. Miller. Clase XX. Junio de 2009).

@23. En consecuencia, si el semblante mismo es causa de goce, es
el Otro el que crea un goce en lo propio, que a su vez se verá impelido
a significantizar a ese Otro inconsciente capturado, como un modo de
defensa ante lo real o como suplencia a la ausencia de relación. De ahí la
condición de semblante del cuerpo que, en tanto ser de goce, va a convocar
al Otro de lo simbólico e imaginario como *cifra, como letra o inscripción*,
conformando su radical singularidad. Si el cuerpo no llega a ser sin los
semblantes, sean simbólicos o imaginarios, Lacan va a denominar al
cuerpo como *soporte...del parlêtre* (ser-dicente).

El psicoanálisis mismo es eso, en la medida en que el psicoanalista entra en
la operación que dirige en calidad de semblante y se ofrece como causa del
deseo del analizante para permitir producir los significantes que organizan
sus identificaciones... Pero *el uso de los semblantes es vano, inoperante, hasta
profundamente nocivo si se omite el real en juego...lo real propio del inconsciente*
(Miller y Laurent. 2005).

Si el inconsciente actúa como un semblante de saber, continúa Miller,
sería *preciso dejarse engañar* cuando se conozca la *naturaleza del semblante*

te en relación con el sujeto supuesto saber. El *significante Amo*, que es el significante semblante, no solo va a perforar lo imaginario sino que atraviesa lo real del mismo y solo queda presentarlo. Es en ese sentido que un *tratamiento orientado por lo real, pretende ser un discurso que no parta, solo, de los semblantes sino que el goce real le esté permitido al sujeto, tratando de elaborar una lógica de la pulsión.*

Por lo tanto, en la medida el hombre es aquel ente que le conviene al ser, *la presencia deviene topos del semblante.*

@24. Encontramos, entonces, tres tipos de *gocce de la letra*:

- *Gocce uniano de la letra*: la *cifra*, que realiza una anulación de las particularidades del objeto en la pulsión inaudible e invisible, a partir del cuerpo como continente. Es la musicalidad, el ritmo que niega el sentido.
- *Gocce unario de la letra*: que se aproxima a lo imposible del objeto desde el goce pulsional o sintomático, ligado a la imagen del cuerpo. Las huellas que hacen blasones y emblemas del sujeto
- *Gocce propio del cuerpo de la letra, Unitario*: el *significante* en la caligrafía, el arabesco, es el cierre del sentido a partir del goce imposible de nombrar. También en el movimiento o en las acciones gestuales.

@25. Para ello prestemos atención a un par de citas. La primera, se refiere al cuerpo como el soporte, el terreno, el topos del ser de goce:

Su definición radical, si la tomamos en Lacan, es la siguiente: *un cuerpo es lo que se goza*. El cuerpo, la entidad cuerpo, es *lo que hay que suponer para que el goce tenga un soporte* (Miller, 2009. Clase XVI).

En las siguientes, se apunta al cuerpo no solo como el lugar del Otro, sino como *el Otro del goce*.

Es lo que les recordaba la última vez, apoyándome en un pasaje de los *Otros escritos* y precisamente su resumen del Seminario *La lógica del fantasma...* es lo que recordaba como el pasaje a *la óptica*, que impone la referencia al goce... Es lo que lo obliga a transferir *el lugar del Otro al cuerpo*. El Otro esencial, no es el Otro del deseo, no es el Otro de la verdad o de la palabra, no es el Otro del que cuando se es neurótico se escruta el deseo a nivel de la intersubjetividad: *el Otro del goce, es el cuerpo*. (J-A. Miller. Clase nº XV, de *Cosas de Finura del Psicoanálisis*, 2009).

Si el ser del sujeto radica en sus modalidades de goce deduciremos de entrada, que *algo del ser radica en lo más propio del cuerpo*:

Dicho de otra manera, lo que hay bajo el hábito y que llamamos cuerpo, quizás no es más que ese resto que llamo *objeto a...* Pero el ser es el goce del cuerpo como tal, es decir como asexuado (Lacan, Sem. XX: 14). Lo que soy no es más que la manera en que *Eso se goza*. Es eso el *cogito* lacaniano: *soy donde eso goza* (Miller, 2009. Clase XVI).

@26. En sus inicios, para Freud,¹⁰ la *transmisión era de tipo físico orgánico* considerando que lo que se transfiere es *la necesidad de amor*, ligado a *la herencia*. Sin embargo, más adelante, habría una transmisión desde el sistema Icc al interior del sistema Cc. afirmando que lo que se transmite es el *egoísmo narcisístico*, al objeto sexual. Con que ninguna descripción podría *transmitir nuestros actos de conciencia*.

Para el Lacan de sus comienzos, lo que se transmite es *un sentido*, una transmisión imaginaria es decir, la comunicación de las palabras. Por eso la *transmisión* de las fórmulas del porvenir lleva la mancha de *los engaños del narcisismo*. Con el acento, más tarde, gravitando hacia lo simbólico, lo que se transmite es *el ideal del yo, la palabra y el deseo*. Dicha transmisión se reencuentra *après-coup*. Lo que se transmite son los *caracteres de un carácter*, es decir, *el mensaje de un fantasma*, por eso es compatible *situar allí unos afectos*. Lo que da soporte a los significantes de la demanda, es tanto *ausencia como presencia*. Más claro: el *falo* es lo que se transmite de padre a hijo: una transmisión manifiestamente simbólica de *la castración*.

Con la preeminencia de lo real, la transmisión se toma *de algo vacío*, en fenómenos en el límite de la significación. Dentro de la transmisión de poderes del sujeto al Otro, se considera *el traumatismo* el responsable de la resistencia de la significación. Habrá que tomar, dirá, lo que se refiere a las relaciones con el goce para avanzar en la *transmisión del NP*, es decir, de *la castración*. De manera que el goce, se encuentra con la *satisfacción que puede aportar la transmisión*. Esta vía que se puede transmitir se llama: *un «estilo»*. En consecuencia, todo el esfuerzo consiste en ubicarse en buena posición, en la posición en la cual el *«saber» devenga «saber del Amo»: la transmisión sostiene ese lugar*.

10. En la obra freudiana encontramos unas 18 referencias explícitas al sintagma *transmitir* y *transmitir*; *transmisión* y *transmisión* subjetivas, que unidas a las 127 de la obra lacaniana, suman unas 145.

El último Lacan nos habla de una *no-relación*, en que *la transmisión de la escritura* llega a soportar lo que concierne a los nombres propios. Cuando es de su deseo al Otro que yo soy la traza; en la transmisión de un discurso se sabe que se trata de *la letra*. La cosa escrita se transmite como *huella*; que es *transmisión significativa*. Solo *Lalengua* permite la mansión del dicho asegurando que *solo se puede transmitir* a partir de la distinción entre lo imaginario y simbólico.

Y no solo nos habla del *misterio* trae aparejado el cuerpo, *sino de sus consonancias de goce*:

Lacan: Digamos que todo lo que puedo solicitar como respuesta es del orden de un recurso a lo Real, no ligado al cuerpo, sino como diferente. Lejos del cuerpo hay posibilidad de eso que la última vez llamaba *resonancia o consonancia*. *Esta consonancia puede encontrarse a nivel de lo real*. Respecto a esos polos que constituyen el cuerpo y el lenguaje, lo real es allí lo que establece un acuerdo (Lacan, Sem. XXIII.: 41).

Un desarrollo notable es aquel que hace sobre el saber como consecuencia de transmisión. *El saber se enseña pero lo que se transmite es la fórmula*. Para *transmitir el saber*, dirá, es necesario acarrear una experiencia en la medida que el saber toma sustancia *del grupo social*. De hecho, *no es la ciencia* la que podrá transmitir las vías que conducen a la excelencia del ser humano. Por eso *la transmisión oral* es absolutamente esencial: tal es *la garantía de la transmisión del psicoanálisis*. El *psicoanálisis es transmisible* solo a partir de unos niveles *de experiencia integral*. Con lo que la formación del psicoanalista exige que se deba *transmitir el deseo del psicoanalista*.

@27. Como señala el actual Presidente de la ELP, Toni Vicens

Para la transmisión debemos confiar en las posibilidades de hacer pasar lo real a algo que tenga una dimensión simbólica. Nuestro saber, ahora, siguiendo las trazas de la enseñanza de Lacan, es que nunca lo real será congruente con lo simbólico. No hay pacto posible con lo real, ni tampoco una pacificación de sus aspectos disolventes, destructivos o vitriólicos. En ese camino espinoso que va de lo real a lo simbólico, conocemos los fracasos, por nuestra experiencia con la psicosis. También conocemos sus éxitos, por lo que vemos surgir como creación en el arte y en la escritura. Nuestros cuerpos forman parte ahora de esa dimensión simbólica generada por el tiempo del más allá del Edipo. De ellos sabemos que gozan, que ese goce deja un rastro, que cuando ese rastro se configura en algo serio

lo podemos llamar síntoma, el cual tiene una consistencia de escritura, y que por tanto podemos leerlo, intervenir en esa escritura y provocar una renovación que se dirija a algo más manejable que el malestar de lo imposible. Manejable aquí significa que puede circular y alimentar el discurso (Alocución del Presidente de la ELP. Antoni Vicens. 11 de noviembre de 2012. Nuestra razón política. En http://wmail1.terra.es/cp/ps/Main/Layout?d=terra.es&cu=JA_RRIBAS&t=d105d).

@28. Para estos autores señeros de la psicomotricidad, la formación personal supone, quizás, la vertiente más sobresaliente en el itinerario previo del futuro practicante:

como el psicoanalista que únicamente puede formarse a través su propio análisis didáctico, *el psicomotricista no puede formarse más que a partir de la experiencia íntima de su propio «análisis psicomotor»*. En lo que respecta a nuestra especialidad debe permitir: hacer consciente al reeducador de las inducciones de su propia problemática corporal, atenuar o superar sus resistencias tónicas para poder estar corporalmente disponible y tornar conciencia de su propia relación fantasmática con el mundo, el espacio y los objetos...Para ello, deberá perder sus inhibiciones corporales y acceder a un pensamiento «corporeificado» (Lapierre y Aucouturier, 1980: 4).

@29.

Existen riesgos que no debemos ocultar. Riesgos vinculados a la misma eficacia de las técnicas psicotónicas y psicomotrices. Riesgo de aplicación por personas bien informadas aunque insuficientemente formadas, riesgo de desestructuración de la personalidad, riesgo de explotación con fines personales de dominación carismática. *Los riesgos eventuales de una educación psicotónica* que permite la eclosión conflictiva de la personalidad *no deben en modo alguno ser subestimados* y servir de pretexto a resistencias personales o institucionales, que en realidad son de otro orden (Lapierre y Aucouturier, 1980: 150).

@30. De entrada consideraremos tres corrientes principales:

- *Psicoanálisis en Grupo*: Wolf y Schwartz. El terapeuta se presenta como el objeto central de la transferencia. A su vez, no tiene inconveniente en simultanear sesiones individuales y grupales.
- *Psicoanálisis del Grupo*: Ezriel y Bion. Acá, se trata de analizar al grupo como unidad prescindiendo del individuo. La patología per-

sonal de todos se combina en el grupo, evitando los contactos individualizados.

- *Grupo-análisis*: Foulkes. El análisis es el de la persona total dentro de la globalidad consciente e inconsciente y su comunicación. Se analizan los síntomas, accidentes y los comportamientos dentro y fuera del grupo. Se trata de la transformación del yo en interacción intrapsíquica con los demás.

@31. *Niveles de Comunicación*. Según Valiente (1987: 48), pueden distinguirse seis tipos de comunicación, similares a los que fueron propuestos por Bach en 1960:

- Nivel I: nivel de *personas desconocidas*. Se observan más o menos disimuladamente bajo una actitud, en general, amable y superficial.
- Nivel II: Es el que se da entre *personas que ya han sido presentadas*. Recurren a verbalizaciones estereotipadas, cortas y descomprometidas. Caracterizado por actitudes de cautela, tanteo y defensa.
- Nivel III: consiste en un nivel de relación a través de opiniones y puntos de vista, *sin que existan implicaciones personales* ni carga emocional ninguna. Evitan que se produzca cualquier fricción, como resistencia que elude cualquier fenómeno interpersonal.
- Nivel IV: aparecen algunas personas que relatan algunas dificultades o problemas propios. No obstante, hay todavía *poca implicación emocional* aunque ya se muestren las primeras identificaciones. Las comunicaciones son solo manifiestas y conscientes, a pesar de que ya van a aparecer los primeros desacuerdos de cierta intensidad.
- Nivel V: todos los miembros ya se sienten capaces de poder relatar sus problemas y dificultades. Han aceptado al grupo como continente de conflictos o de movimiento emocional entre ellos. Se responde con *identificaciones*. Al activarse las alianzas y rechazos manifiestos *la dinámica personal se anima* notablemente. El terapeuta y los demás miembros reciben los diversos registros y los devuelven a la persona que los presentó.
- Nivel VI: todos los fenómenos no solo son atendidos a niveles conscientes, sino que son referidos en un plano inconsciente intentando encontrar los significados correspondientes en él. Además, la comunicación aparece centrada en el intercambio de emociones y sentimientos en vez de ideas y razonamientos. *Los sentimientos transferenciales adquieren la máxima importancia*: sean dirigidos al terapeuta o a los

miembros del grupo. Este es el nivel de máxima operatividad dentro de la psicoterapia psicoanalítica de grupo.

- Nivel VII: se suele dar en el psicodrama o grupos de movilización. *La comunicación no es solo verbal sino gestual y corporal. Son niveles de máxima movilización emocional.*

@32. La segunda puntualización, también básica, se nos antoja un tanto más banal. *Dado que hoy día se presenta como terapia casi cualquier metodología* que tenga pretensiones curativas, este apelativo se ha convertido en auténtico cajón de sastre donde caben los más diversos modelos técnicos¹¹ dejando de lado, precisamente, lo que es máspreciado: la posición ética del sujeto, el tratamiento clínico de determinados síntomas y malestares, su evaluación psicopatológica y el rigor en la dirección de la cura. Esto, toma un cariz especialmente delicado en la infancia, hasta límites francamente delirantes en tramos más avanzados de edad. Por ello, no dejaremos de reivindicar –independientemente de la titulación académica inicial del futuro practicante– *la dignidad y la seriedad* de toda formación exigible a cualquier profesional que tenga interés en tratar los malestares y la sintomatología mental y subjetiva. Esta es otra de las razones que permite sostener la pertinencia (psico) terapéutica de la práctica psicomotriz en la patología psíquica cuando se toma desde una perspectiva psicodinámica: es decir, cuando es *referida a la emergencia de formaciones inconscientes en el saber y goce de cada sujeto y su cuerpo.*

@33.

Criterios que informan de la forma que tiene el niño de ser y de estar en el mundo. Se trata de la relación del sujeto con:

- El espacio.
- El tiempo.
- Los objetos.
- El o los sujetos, con el otro o consigo mismo (Aucouturier, Darrault y Empinet, 1985: 263).

@34. Se define *Iatrogénico-a* (RAE. 1992) como «toda alteración del estado del paciente producido por el médico». También la encontramos como alusión a *malpraxis* e incluso, a *negligencia*. Sirva como simple botón de muestra y, a falta de estudios longitudinales, alguno de los *efectos*

11. Véanse del autor: 2006a, 2005c, 2009b.

contraproducentes que hemos podido constatar en este abordaje si un técnico no está bien formado y orientado: angustia, ataques de pánico, desestabilizaciones fantasmáticas, irrupción de recuerdos traumáticos, caída brusca de ideales, sentimientos de despersonalización e irrealidad, episodios distímicos, conversiones histéricas, vivencias regresivas, compulsiones obsesivas, desinhibiciones, pasos al acto e impulsiones facilitadas, transferencias masivas, perplejidad e incluso y excepcionalmente, desencadenamientos psicóticos, etc.

Si tuviéramos que presentar una casuística –aunque fuera muy preliminar– de dicha intervención, la experiencia muestra que los efectos indeseables de nuestra práctica se verifican a tres niveles:

- A nivel del marco teórico y epistemológico: *Iatrogenia Conceptual*.
- A nivel del Sistema de Acciones: *Iatrogenia Procedimental*.
- A nivel del Sistema de Actitudes: *Iatrogenia Actitudinal*.

Por ello, nunca se insistirá lo suficiente en la importancia de la formación del futuro practicante, así como no dejar de lado la prudencia, el tacto, la minuciosa observación y el cálculo ponderado como guías de toda intervención.

@35. En 1896 en *Las neuropsicosis de defensa* afirmó, que «la misma es un proceso que atribuye los propios impulsos, sentimientos y afectos a otras personas o al mundo exterior, como un proceso defensivo que nos permite ignorar estos fenómenos indeseables en nosotros mismos». Según Laplanche y Pontalís (1997) la proyección se trata de una defensa de origen muy arcaico que actúa particularmente en la paranoia, pero también en algunas formas de pensamiento «normales», como la superstición. De modo más profundo se puede decir que las estructuras o rasgos esenciales de la personalidad pueden aparecer en el comportamiento manifiesto. Tal es el hecho que se encuentra en la base de las *técnicas* llamadas *proyectivas*: el dibujo del niño revela su personalidad; en las pruebas normalizadas que son los *tests proyectivos* propiamente dichos (por ejemplo *Rorschach*, *T.A.T.*), se sitúa al sujeto en presencia de situaciones poco estructuradas o de estímulos ambiguos lo que permite leer, según normas de desciframiento propias del tipo de material y la actividad creativa propuestos, ciertos rasgos de su carácter y ciertos sistemas de organización de su conducta y de sus emociones.

@36. Por ello al referirnos a la práctica de la psicomotricidad no podemos desconocer las múltiples influencias trasvasadas desde diferentes abordajes, sean de tipo *psicofísico*, *psicoexpresivo* o *psicodinámico*. Citemos algunas:

Entre las llamadas *prácticas Psicodinámicas* citaremos algunas pocas: la *Vegetoterapia* de W. Reich, la *Bioenergética* de Lowen (1972, 1998), la *Coreoenergética* de J. C. Pierrakos, el *Focusing* de Gendlin, la terapia *Gestalt* de Laura y Fritz Pearls (Frederick S. Perls, 1975; Marie Petit 1986; Luís Carvajal, 2008), los *Grupos de Encuentro y terapéuticos* (Luchins, 1984; A. Schutzenberger y M. J. Sauret, 1980), las *Psicoterapias infantiles* (Annie Anzieu, 2001; Zulliger, 1968), el *Morfoanálisis* de S. Pierrot, el *Psicoanálisis Dinámico* de S. Sarkisoff, o el *Análisis Corporal de la Relación* (A. Lapiere, 1997), la *Práctica Psicomotriz* (B. Aucouturier, 2004; Rose Gaetner, 1979; Jaques Richard, 2004; J. Defontaine, 1982; Rodríguez Ribas, 2001, 1998b, 2002, 2002a, 2003a, 2003b, 2004b, 2006c, 2006d, 2007, 2008a, 2008b, 2009), la *Dinámica Corporal* (S. Kesselman, 1980) o la *Clínica Psicomotriz* de E. Levín (1991).

A las que se pueden añadir innumerables *prácticas Psicofísicas* que han ido surgiendo al par de las llamadas *gimnasias blandas*, o *suaves*, a menudo con un gran componente oriental: *Relajación* (Shultze, Jacobson, Wintrebert), el Método *Pilates*, la *Antigimnasia* de T. Bertherat (1977), la *Eutonía* de G. Alexander (1983), *Yoga* (M. Zwaig, 1983), *Gimnasias Blandas* (Ivonne Sendowski, 1984).

Por no hablar de las denominadas *prácticas Psicoexpresivas*, como son el *Arteterapia* (J. P. Klein, 2006), la *Expresión Corporal* (Henri Bossu, y Claude Chalaguier, 1986) la *Biodanza*, *Danzaterapia* (M. Fux, 1985), el *Psicodrama* de J. L. Moreno, (José María López Sánchez 1982, Pierre Bour, 1977), la *Musicoterapia* de Rolando Benezon (1981) etc.

@37. *El motivo de consulta*: describe de forma simple *el objeto de demanda* realizado por la familia, el paciente o el servicio. Dichas entrevistas iniciales, aparte de valorar la situación por la que transita el sujeto, el desencadenamiento y tipo de malestar que le aqueja, permiten *evaluar el alcance de la demanda*. Es decir, cual es la posición subjetiva del paciente respecto a su padecimiento. Si la demanda se reduce a una simple queja sin interés de resolución o si va acompañada de algún tipo de petición. Si dicho requerimiento se acompaña de algún tipo de interpretación. O, si se dan las condiciones de destitución subjetiva para que el sujeto pueda responsabilizarse, significando la cuota que le corresponde en dicha

tesitura. Es ahí donde podremos localizar una *primera envoltura formal* que todo síntoma presenta.

Pero es evidente que nada de esto queda garantizado: *el grado de sufrimiento subjetivo* no necesariamente se corresponde con *la gravedad clínica psicopatológica*, con una subjetivación de su malestar o con un verdadero interés por cambiar de posición. Como se ha formulado, no todo aquel que pide ser curado, lo desea realmente; e incluso, debe ser curado. A menudo, se presentan síntomas *egosintónicos* que no reclaman para sí intervención alguna. Por el contrario, existen ocasiones donde lo más prudente consiste en respetar los mecanismos y anudamientos que el sujeto pudo elaborar, so pena que bajo un arrogante *furor sanandi* podamos desencadenar males mayores.

- *Antecedentes familiares.* En general, toda evaluación psicopatológica dará cuenta de la *versión familiar* del desarrollo del sujeto: sobre todo, si hablamos de sujetos infantiles o adolescentes. Se harán constar las enfermedades mentales familiares, de tipo endógeno y su predisposición; así como los antecedentes familiares de índole psicológico, que nos orientan hacia un trastorno no endógeno. Dicha entrevista con la familia, por momentos, puede ser prescindible si el sujeto posee suficientes recursos simbólicos como para poder historizar su propia evolución. En cualquier caso, siempre será conveniente tener a mano los *referentes familiares* cercanos sobre los que el sujeto se sostiene.
- *Antecedentes personales.* Incluyen los *antecedentes físicos, psiquiátricos y de consumo*. Se explorarán aspectos físicos de las etapas perinatal, primera infancia (hasta 3 años), segunda infancia (3-11 años), infancia tardía, pubertad adolescencia; incluido el desarrollo evolutivo y edad adulta en sus diferentes ámbitos (trabajo, pareja religión, sexualidad, vida familiar, vida social), etc. Los *antecedentes psiquiátricos* son fundamentales a la hora de valorar si el malestar actual es un primer episodio o, por el contrario, corresponde a la continuación de una serie de episodios anteriores.
- *Datos significativos* a tener en cuenta serán: el embarazo, el parto, la lactancia, los primeros pasos, el sueño, control de esfínteres, el lenguaje, las primeras relaciones, vínculos y juegos, la inclusión escolar, los primeros aprendizajes, las amistades y aficiones. Manifestaciones infantiles de tipo somático, fóbico, angustiosas o alucinatorias, nos informarán sobre la neurosis –o psicosis– infantil, tan determinante en el futuro del sujeto; así como las soluciones que el sujeto encontró en el trascurso de dichos tramos vitales. En *la pubertad y la*

adolescencia suceden atravesamiento fantasmáticos muy acusados: estas etapas se definen por una redistribución de los anudamientos identificatorios y libidinales. A la caída de los ideales edípicos, con el levantamiento de otros nuevos, la aparición de los Otros, la pareja y la pandilla; se suman la irrupción de la sexualidad y la ambivalencia que acompaña traen aparejados nuevas afecciones corporales como el pudor, la intimidad, las fugas, la rebeldía o el oposicionismo. A menudo, la masiva emergencia fantasmática hace que el sujeto deje de lado lo que había sido motivo de deseo hasta entonces: estudios, aficiones, proyectos... con la consiguiente desestabilización familiar.

- *Exploración.* Ante todo, *habrá que descartar posible organicidad.* El paciente será objeto de una exhaustiva exploración general física, que ponga el acento en la neurológica y la neuromotriz, en concreto. Debiéndose sin rubor, solicitar cuantos *análisis, pruebas complementarias o informes especializados* sean de interés. No será la primera ni última vez que se atribuyan a factores psicógenos lo que resultaron claras afecciones orgánicas.

La inspección *física* será dirigida a explorar el estado del SNC: también, neuroquímica, neuroendocrinología, EEG, TAC, RM, PET, SPECT, etc. Las exploraciones complementarias psicológicas investigan aspectos del sujeto que pueden guardar relación con la clínica o la personalidad (cuestionarios de ansiedad, TOC o fobias. MMPI, 16PF, EPQ de Eysenck). Las neuropsicológicas van a explorar las funciones superiores que pueden sufrir deterioro: atención, memoria, cognición, etc.

Dentro de la *exploración mental y psicopatológica* del paciente prestaremos especial atención a su: descripción general, nivel de conciencia o vigilia, orientación témporo-espacial, atención y concentración, memoria, percepción, curso y contenido del pensamiento, del lenguaje y del habla, la psicomotricidad, afectividad, sueño, conducta sexual, conducta alimentaria y capacidad de introspección o *insight*.

@38. *Sí:* A tratar de reflejar correctamente las experiencias de los pacientes en el más profundo nivel emocional. Recordar que no se es un mero «observador» científico. Concebir al grupo como una fuente constructiva. Reconocer la responsabilidad de proporcionar un liderazgo clínico experto. Ofrecer todo lo que se entienda como útil para las potencialidades del grupo. Compartir con el grupo conocimientos, sentimientos y experiencias personales. Ayudar a los pacientes a tolerar las diferencias individuales. Aprender a distinguir dentro de las presiones grupales

las que provienen del temor ante las tensiones. Mantener despierta la curiosidad. Tener presente que la meta psicoterapéutica es el bienestar personal. Reforzar el interés natural del grupo en hacer consciente los elementos psicológicos implicados. Percibir y respetar la sabiduría inconsciente. Aceptar el papel de guardián de un ambiente benéfico. Formular claramente los objetivos a alcanzar. Continuar mejorando una selección, diagnóstico y pronósticos de todo paciente. Reconocer los principios de interdependencia social de las personalidades humanas. Dedicarse a la investigación y a los intercambios con los colegas.

No. A subestimar los propios impulsos y motivos inconscientes. Comportarse de modo «espontáneo» como se haría con un grupo social ordinario. Estimular la tendencia de los pacientes a curarse por medio de la autoridad. Prestarse a los intentos de rechazar lo patológico. Desanimarse por la complejidad de la vida de un grupo psicoterapéutico. Dejar que el interés en ayudar a crear un nivel de cohesión grupal, desvíe sus realidades desorganizadoras. Dejarse empujar al papel de guardián de las fuerzas de la comunicación de la macrocomunidad. Olvidarse de los pacientes después de su psicoterapia. Pensar que se tiene que ser un padre para los pacientes adultos. Olvidar que, inevitablemente, el terapeuta favorece su propio desarrollo psíquico, teniendo un cierto efecto de maduración.

@39.

La descarga motriz, que durante el imperio del principio de placer había servido para aligerar de aumentos de estímulo al aparato anímico, y desempeñaba esta tarea mediante inervaciones enviadas al interior del cuerpo (mímica, exteriorizaciones de afecto), recibió ahora una función nueva, pues se la usó para alterar la realidad con arreglo a fines. *Se mudó en acción* (Freud, O. C.12: 226).

Para Lacan:

Todo se remite al estatuto de la imagen del cuerpo, en la medida en que en cierto viraje inicial esta se liga a una propiedad esencial en la economía libidinal considerada, que es la *matriz motriz* del cuerpo... Gracias a esta matriz motriz, el organismo calificable por sus relaciones con lo simbólico, el hombre, como se lo llama, se desplaza sin salir nunca de un área bien definida que le veda *una región central que es propiamente la del goce*. De este modo cobra importancia la imagen del cuerpo tal como la ordeno a partir de la relación narcisista (S. XVI: 278).

@40. Como comenta E. Levín (1995: 172):

Hemos encontrado que en el tratamiento de estos niños que se mueven pero no hablan, uno de los posibles puntos de entrada es justamente *el movimiento tomado como parte del decir del niño y del terapeuta*, que imaginaria, que construye en esa pura motricidad, un gesto significativo, una escena posible como vía para separar, escandir, agujerear, hacer borde, crear superficie en ese cuerpo, de modo que empiece a funcionar en el registro del deseo, como objeto que, al faltar, causa.

@41. Si en la *neurosis*, la *interpretación* puede ser aceptada debido a la existencia de un *Otro*, ya *castrado* y establecido, no sucede así en las *psicosis*, donde quien interpreta es el propio sujeto pues *al Otro*, *rígido* y *devorador*, *le falta la falta*. Si en las *neurosis*, hay posibilidad de establecer un lazo que conforme un grupo como tal, en el caso de las *psicosis*, en general, se dará de manera identificatoria al animador.

También las modalidades *transferenciales* son diferentes en ambas: si en la *neurosis*, la suposición de saber recae en un sujeto encarnado, en las *psicosis*, la transferencia a menudo masiva, puede ser reticular, *desplazada a varios*. A su vez, si en las *neurosis* su relación fantasmática no impide establecer un *encuadre espacio-temporal* mínimo, en las *psicosis*, es *el propio sujeto el que tiene que condescender a tal*.

@42. Una pregunta que surge a menudo es el papel otorgado a la utilización de la *música y el sonido* durante la sesión. Por regla general, tomamos al sonido como un material más. Puntuando, cortando, rellenando, de fondo, desencadenando, apoyando, etc. Un uso moderado y preciso, permite relanzar ciertas situaciones así como ambientar momentos precisos, cuando el silencio puede adquirir un carácter paralizante. De otra manera, *un empleo activo* de creación sonora o musical, con materiales diversos, instrumentos, incluso la voz, puede ser enormemente productiva; sin embargo, un uso repetitivo va a desviar al grupo del trabajo, potenciando aspectos evocadores que pueden ser difíciles de manejar.

@43. En numerosos individuos, por su propia posición estructural, resulta hasta inconveniente enunciar una interpretación que separe el significativo del significado con su carga de goce. Es ahí, especialmente en los casos de *psicosis*, donde un simple apunte, remarcando algo destacable de la sesión, puede obtener mayores efectos subjetivantes que todas las construcciones históricas que pretendan darse. Sobre todo, cuando, en

las psicosis –como se verá– la labor interpretativa cae a cargo del propio paciente.

@44. Pues, como dicen Aucouturier y cols.:

El control específico del terapeuta de la psicomotricidad.

– Sin control no hay terapia.

– Para toda práctica original, control específico: hay que señalar que el análisis psicomotriz es el medio mejor adaptado para franquear la etapa de ese control tan implicante y, a veces, tan duro de soportar a nivel emocional (Aucouturier, Darrault y Empinet, 1985: 117).

@45. Esta fue nuestra *Carta de Presentación*, que de alguna manera resume, muy escuetamente, los fundamentos del trabajo que presentamos:

Introducción a una dinámica corporal de ayuda en un abordaje de transformación personal que considera la globalidad de la persona. Nace de la articulación entre la práctica psicomotriz de B. Aucouturier, la Práctica entre Varios de J-A Miller y los Grupos Terapéuticos y Operativos de Bión y E. Pichón-Rivière (entre otros).

Partimos de una concepción global del sujeto y del pensamiento en el que al soporte que es el cuerpo real, simbólico e imaginario, se articulan fantasías, deseos, goces, ilusiones, pulsiones y síntomas.

Si el cuerpo es la novela donde nuestra historia deja sus inscripciones, se tratará de leer los relatos que nuestra expresividad revela, para colocarnos en otra posición frente a las elecciones, deseos y repeticiones que marcan nuestra vida. Y así, ir a la búsqueda de un nuevo lazo afectivo y un deseo más decidido, sin pagar el precio exagerado del sufrimiento.

La práctica psicomotriz psicoterapéutica (psicoterapia psicomotriz o psicomotricidad psicoterapéutica) es una aproximación a un proceso de integración entre el hacer y el decir. Trata de poner en juego nuestro cuerpo desde situaciones de orden sensoriomotor, simbólicas y representativas, usando una diversidad de lenguajes expresivos para, en un segundo tiempo, permitir la elaboración de los contenidos latentes que se manifestaron en el primer tiempo.

La metodología es eminentemente práctica, grupal, lúdica y participativa.

Las aportaciones teóricas darán el continente epistemológico y conceptual mínimos, para enmarcar esta metodología, así como desarrollar su especificidad ante diversos ámbitos de aplicación: educación formal y no formal, enseñanza, sanidad, clínica etc.

@46. Tutorizar numerosos proyectos de fin de grado en una Facultad de Ciencias de la Actividad Física me ha permitido comprobar que independiente de la asignatura o área de conocimiento que se trate, al final la implementación de dichas tesinas se presenta con toda una serie de juegos: juegos motores, juegos para dificultades de aprendizaje, etc. La actividad física contemporánea se muestra como una recreación de las diversas competencias programadas a partir de una metodología lúdica.

@47. Veámoslo de esta manera: Si la ética es el saber de lo bueno y la estética de lo bello, pudiéramos decir que la estética ha subsumido las causalidades apriorísticas de la denominada *Hipermodernidad*. Es la *razón tecno-teo-estética* la que comanda actualmente, presente bajo las variantes psiconeurológicas o psicomísticas: lo que no excluye rápidos alivios a corto plazo. Donde fascismos, integristas y fundamentalismos se dan la mano, en la mercancía, con el diseño más bello.

@48. Correlativo a la etapa de la *escritura generalizada*, emerge la interposición del objeto técnico frente a lo real del mundo. Todo tiene que ser fotografiado, grabado o *wasapeado*. De manera que allá donde se pretende registrar todo cúmulo de sensaciones y afectos vividos, parece que, más bien, sucede justo lo contrario: maniobras de defensa contra cualquier tipo de experiencia, con la posibilidad traumática que pudiera conllevar. El efecto de esta *muerte de la experiencia* es que el sujeto *realmente* nunca estuvo allí.

@49. Recordemos, a su vez, algunos de los principios fundantes:

A. *La Psicoterapia Psicomotriz es también psicomotricidad.*

B. *Insiste en los fundamentos de la PP.* Pero pone un mayor acento en: los fenómenos grupales (emergentes, supuestos básicos e índices).

C. *Profundiza en: la movilización fantasmática y pulsional* por la vía del cuerpo, el movimiento y la expresividad como «medios transicionales». Y la elaboración simbólica de los contenidos inconscientes desencadenados en la acción.

D. *Mantiene el dispositivo de formación personal*, profundizando y con variaciones que le son originales y específicas.

E. *Sigue la tradición y orientación de otras psicoterapias y prácticas corporales* de probada solvencia teórico-clínica.

G. *Estaría indicada*, para numerosos malestares y sintomatologías, incluidos algunos hasta ahora no exploradas bajo el presente acercamiento. De los que sí existen de la idoneidad de su aplicación: adicciones,

deficiencias neurológicas, sensoriales y mentales en adolescentes y adultos, trastornos de la personalidad, de la relación, de la alimentación, etc.

H. *Requeriría* para su formación. Ante todo, una formación en la ayuda psicomotriz terapéutica. A la que se debiera sumar una familiarización específica en la formación personal de la práctica psicomotriz, una profundización en el propio análisis personal y poseer ciertas competencias en la dinámica de los fenómenos grupales bajo una perspectiva psicodinámica.

I. *No se aconseja, por el momento*, un abordaje individual en la PPP. Aunque nada descarta que pudiera llegar a darse, a falta de una mayor experiencia contrastada.

@50. Y que se muestra por medio de los llamados *fenómenos elementales* (G. de Clerembault) o bajo formas *sintomáticas* (Vallejo Ruiloba, 2008) tipo: *alucinatoria* en sus diferentes variantes, trastornos del *pensamiento*, del *lenguaje*, sensorio-perceptivos, del *humor* y de los *afectos*: la fragmentación corporal, alucinosis, pseudoalucinaciones, taqui o bradipsiquia, abulia, bloqueo e interrupción del pensamiento, percepciones delirantes, disgregación, catatonía, agitación, la apatía, anhedonia, los neologismos, formaciones delirantes, precariedades simbólicas, alteraciones del vínculo y desinserciones sociales... Es decir, todo aquello que compone la clínica, florida, *positiva o negativa* de las psicosis, bajo cuadros sindrómicos como pueden ser, la esquizofrenia, la paranoia, la melancolía, los trastornos bipolares, esquizo-afectivos, hebefrenia, las parafrenias, etc.

@51. Por lo tanto y según la U.S.M. de Alcalá de Henares (Rev. AEN. 1989), habría que contar al menos, con cuatro *áreas de intervención*:

- Área de Salud: los programas sanitarios.
- Área de Actividades Cotidianas: son los programas de autonomía.
- Área de Vida: consiste en el programa residencial.
- Área Laboral: programa ocupacional y de trabajo.
- Áreas estas, que se dividen y subdividen en diversos programas y subprogramas.

@52. Si especificamos un poco más, el *hospital de día* (op.cit: 38) consiste en un dispositivo sanitario específico para pacientes graves que ofrece, en régimen de hospitalización parcial, tratamientos intensivos durante el tiempo preciso para cada caso, destinados a promover un

cambio en el funcionamiento psicológico del paciente, que permita la continuidad de seguimiento y tratamiento ambulatorios en su servicio de Salud Mental. Sus funciones consisten en:

- Tratamientos intensivos con una perspectiva de modificación clínica.
- Alternativa a la hospitalización total.
- Espacio de transición entre la hospitalización total y la integración familiar y social.
- Continuidad terapéutica tras un periodo de internamiento.
- Espacio de diagnóstico.
- Abordaje de los tratamientos familiares indicados en cada caso.

@53. Este papel de Centros de Día, en Andalucía, y a partir de la Reforma Psiquiátrica iniciada por el IASAM (Instituto Andaluz de Salud Mental) a finales de los 80,s y continuada, luego, por el Servicio Andaluz de Salud, correspondió –a lo largo de los 90.s– entre otras estructuras intermedias, a las URA’s (Unidades de Rehabilitación de Área). URA’s que se han definido como un: dispositivo específico situado en el ámbito comunitario, para el desarrollo de Programas de Rehabilitación en Salud Mental, orientados a la recuperación de habilidades perdidas y/o fomento de habilidades compensatorias de los pacientes crónicos incapacitados.

@54. En el que se incluyen los:

1. Trastornos evolutivos, *específicos, de la elocución y el lenguaje.*
2. Trastornos evolutivos *de la habilidad escolar.*
3. Trastorno evolutivo *específico de la función motora.*
4. Síndrome de alteraciones *globales del desarrollo psicológico* (autismo infantil, autismo atípico. Sdr. Rett, Sdr. desintegrativo de la infancia o de otro tipo, Sdr. Asperger, Sdr. Hipercinético asociado a retraso mental y movimientos estereotipados etc.).

Las críticas a estas clasificaciones no se hicieron esperar. Siendo motivadas fundamentalmente, por tres cuestiones: por la promoción de una clínica no basada en la investigación sino en el consenso. Por la convicción de la causalidad orgánica de la enfermedad, que ha hecho que los autistas y psicóticos sean incluidos en el campo de la discapacidad o de las minusvalías competenciales. Y por una mera descripción comportamental en espectro del sujeto, que provoca que la frontera entre los diferentes cuadros sea cada vez más vaga: es lo que ha provocado la aparición de

una auténtica *epidemia de autismo*, cifrada casi en el millón de personas aquejadas, en EEUU en 2004.

@55. Apuntemos algunas modalidades que se han llevado a cabo:

- Grupo de *Rehabilitación psicomotriz*.
- Taller de *Terapias Expresivas*.
- Grupo de *Actividades Ocupacionales y Expresivas*.
- Grupo de Habilidades Sociales y de Comunicación.
- Grupos de *Ludoterapia*.
- Actividad de *Relajación y E. Corporal*.
- Taller de *Terapias Corporales...*

