

VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del
MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos
Aires, 2015.

Cerrar el cuerpo. La inhibición como respuesta subjetiva.

Iuale, Maria Lujan.

Cita:

Iuale, Maria Lujan (2015). *Cerrar el cuerpo. La inhibición como respuesta subjetiva. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-015/770>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/epma/xyW>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

CERRAR EL CUERPO. LA INHIBICIÓN COMO RESPUESTA SUBJETIVA

Iuale, María Lujan

Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Argentina

RESUMEN

El presente trabajo se enmarca dentro de un PROINPSI que comenzamos a desarrollar recientemente. El mismo apunta a interrogar la afectación del cuerpo y las respuestas subjetivas que de ella derivan. Para todo ser hablante se presenta un desafío: subjetivar el cuerpo. Dicha subjetivación estará signada por los efectos del trauma de la lengua y por las contingencias que se sucedan en tiempos inaugurales, facilitando o complicando dicha subjetivación. En esta ocasión nos interesa trabajar la inhibición como un modo de respuesta subjetiva, que permite cerrar el cuerpo, allí donde lo real desborda.

Palabras clave

Inhibición, Cuerpo, Imaginario, Real

ABSTRACT

CLOSE THE BODY. INHIBITION AND SUBJECTIVE RESPONSE

This work is part of a PROINPSI we started to develop recently. It aims to examine the effect on the body and the subjective responses that derive from it. A challenge arises for each speaker: subjectivise the body. This subjectivity will be marked by the effects of the "lalangue" trauma and contingencies that happen in opening times, facilitating or complicating this subjectivity. This time we are interested in working the inhibition as a way of subjective response, which closes the body, just where the real things overflow.

Key words

Inhibition, Body, Imaginary, Real

Los tres de Freud

En 1926, Freud introduce la tríada que conformará un pilar central en su teoría para cernir modos de presentación del padecimiento subjetivo. Allí hace un esfuerzo por distinguir inhibición, síntoma y angustia, desde un interés eminentemente clínico. De hecho en el primer apartado, se dedica a diferenciar inhibición de síntoma, dejando en claro que "No han crecido los dos en el mismo suelo" (1926: 83). Refiere su interés al hecho de que hay muchos casos que llegan a consulta sin presentar síntomas. Sujetos que llegan, podríamos decir, del lado de la inhibición.

La inhibición constituye un modo particular de afectación del cuerpo, y carece de la sustitución simbólica con la que cuenta el síntoma para equivocarlo. Esto depara, no pocas dificultades a la hora de intervenir, dado que la posibilidad del malentendido no juega la partida de entrada. ¿Qué hacer con la inhibición, en tanto y en cuanto se instala y pertenece al terreno del yo? Si el análisis opera con las formaciones del inconsciente, jugando con el cifrado y el equívoco, ¿qué operatoria debería ponerse en juego para conmovir una inhibición?

Formas clínicas de la inhibición

Los analistas estamos muy apegados a un sesgo de lectura que entiende a la inhibición como la consecuencia directa de la erotización

de una función. En ese sentido, cuanto más se erotiza la función, más se empobrece. Este es sin duda un modo de entender la inhibición: frente a las exigencias del ello, se erotiza la función y a los fines de eludir el conflicto, el yo evita ejercer la función afectada. Se entiende a la inhibición como "*una limitación funcional del yo*" (Freud, 1926: 85) que deviene como tal en tanto se renuncia a ella con el fin de evitar un conflicto con el ello.

Pero en verdad esta es una de las tres formas en las que Freud considera a la inhibición. La segunda forma ya no está en relación al ello, sino que obedece al lazo entre el yo y el superyo. Freud ubica allí, las inhibiciones que están al servicio de la autopunición. Freud señala que son las inhibiciones típicas que se presentan por ejemplo en el marco del desarrollo profesional: "El yo no tiene permitido hacer esas cosas porque le proporcionarían provecho y éxito, que el severo superyo le ha denegado. Entonces el yo renuncia a esas operaciones *a fin de no entrar en conflicto con el superyo*" (1926: 86)

Y por último introduce una tercera forma que no carece de valor: se trata de lo que llama "inhibiciones más generales del yo" (1926: 86) Estas obedecen a un mecanismo simple- dice Freud- y se presentan cuando "el yo es requerido por una tarea psíquica particularmente gravosa, verbigracia un duelo, una enorme sofocación de afectos o la necesidad de sofrenar fantasías sexuales que afloran de continuo, se empobrece tanto en su energía disponible que se ve obligado a limitar su gasto de manera simultánea en muchos sitios, como un especulador que tuviera inmovilizado su dinero en sus empresas" (1926: 86)

Las tareas psíquicas particularmente gravosas, nos conducen a una variedad de acontecimientos que pueden implicar para un ser hablante un trabajo semejante: situaciones traumáticas, pérdidas, enfermedades donde el cuerpo quedó transitoria o permanentemente muy comprometido; puedenser algunas de ellas. Freud lee estas tareas particularmente gravosas, en relación a factores cuantitativos donde lo que se presenta es una intensidad hipertrófica de la excitación y también, a partir de la ruptura de la barrera antiestímulo. Nos dedicaremos a interrogar esta última forma clínica a la luz de un caso.

Asunto de cuerpo

La consulta

En 2011, los padres consultan por Maya de 11 años, única hija de la pareja. En ese momento los convoca las dificultades que presentaba en el ámbito escolar, no de aprendizaje en sí, sino que "no prestaba atención y se desentendía de la tarea". Por otro lado, comentan que "es muy retraída" y que "le cuesta establecer vínculos con sus compañeros". Agregan que "le costó mucho el cambio de escuela". Ellos vivían en el interior y se vienen a Buenos Aires por los problemas de salud de su hija. Maya había hecho un tratamiento anterior, el cual se sostuvo durante tres años. Este se inicia: "por todo lo que le pasó" y se cerró "porque la terapeuta ubicó un límite, como que ella no podía avanzar más".

Lo que pasó: un cuerpo agujereado en lo real

Durante el quinto mes de embarazo, detectan que el abdomen no se ha cerrado correctamente (onfalocelo). Junto con otras malformaciones congénitas. A los seis días de nacida es intervenida quirúrgicamente y se inician estudios genéticos. Estos arrojan como resultado que se trata de un síndrome de Vater[i] incompleto, con alteraciones múltiples: onfalofaceo; ano imperforado, afectación en varias vértebras y alteraciones en vías urinarias. Todo esto significó que Maya pasara por múltiples intervenciones quirúrgicas durante sus primeros 6 años de vida; pero no presentó problemas respiratorios, neurológicos, ni cardíacos. Actualmente tiene incontinencia urinaria, y debe realizarse sondeos a diario. A esto se sumaron otras complicaciones que dejaron a la niña en riesgo de muerte en dos oportunidades, durante ese tiempo.

Tareas particularmente gravosas dirá Freud, experiencia de dolor que afecta al cuerpo y hace marca. En la "Addenda", señala que es poco lo que sabemos del dolor, pero que éste nace cuando "un estímulo ataca en la periferia, perfora los dispositivos de la protección antiestímulo y entonces actúa como un estímulo pulsional continuado, frente al cual permanecen impotentes las acciones musculares, en otros casos eficaces, que sustraerían del estímulo al lugar estimulado" (1926: 159) Y aclara que en el niño esas experiencias de dolor son independientes de las vivencias de necesidad. Agrega que el dolor corporal, en la medida en que la investidura va al lugar doliente del cuerpo, produce un efecto de vaciamiento en el yo (1926: 160)

Cerrar el cuerpo

Maya se presenta como una púber extremadamente introvertida, muy delgada y con una cabellera que le cubre el rostro y oculta su mirada. La dificultad principal radica en que nada pareciera afectarle: simplemente mantiene en reserva la voz. El cuerpo se presenta cerrado: no mira, no habla.

No la convoco directamente a hablar de lo que la aqueja, por el contrario, le ofrezco opciones: jugar a algo, conversar de cosas que no sean tan importantes, o incluso escribir. En algunos momentos elige un juego de cartas, pero se mantiene en silencio mientras juega. Tampoco acusa recibo si gana o pierde, como si hiciera algo para pasar el tiempo. Una puerta se entreabre a través de la música que le gusta: ahí no hay silencios profundos que devoren el espacio. Durante el primer año de tratamiento, a pesar de las pocas palabras, se advierten cambios en lo escolar. Los padres comentaron que "empezó a ocuparse de las cosas de la escuela" y "que estaba mejor con los compañeros". De hecho tiene una amiga con la que comparte bastante y participa en un taller de teatro, aunque se mantiene un poco al margen. Termina el primario sin dificultades. En relación a lo escolar, las intervenciones con ella, fueron en la vía de localizar el desinterés como "algo de la edad", restándole importancia.

En el tiempo previo al viaje de egresados, Maya dirá: "No quiero ir acompañada". Allí surge una primera ocasión en la que habla de los avatares de su cuerpo y de su posición al respecto. Cuenta que tiene que tomar pastillas y ponerse todos los días la sonda. "Yo no sé qué tengo que tomar y no quiero ponerme la sonda, me da impresión" (al tiempo que se le estremece el cuerpo y desvía la mirada) "Sé que si me acostumbro se me va a pasar"; pero prefiere que otro se ocupe de eso, a pesar de la exigencia médica de que ella misma se lo haga. En ese momento, propongo poner un compás de espera: apuesto a que ella se ocupe de eso, cuando efectivamente pueda hacerlo.

Del cuerpo agujereado en lo real, a un cuerpo que se cierra vía

la inhibición. ¿Qué hacer allí cuando la inhibición es un modo de hacer más soportable aquello que tuvo estatuto traumático? Sabemos que es imposible abordarla directamente, tampoco se la puede dejar tal cual, dado que las limitaciones son muchas. La apuesta es entonces la sintomatización.

Producir al sujeto

Paulatinamente, comienza a aparecer cada vez más una adolescente. Por primera vez, le oculta algo a los padres. Ese cuerpo listo para ser siempre visto, comienza a velarse. Nuevamente una contingencia que pone en jaque su vida la conmovió. Se intoxican por una pérdida de gas. Habla de la internación por la intoxicación pero no aparece angustia, aunque señala que se sintió sola, dado que sus padres no podían estar con ella. Nuevamente el silencio. Intervengo preguntando ¿qué le pasa? Piensa indefinidamente sin poder hablar. Le propongo que lo escriba. 20 minutos después puede esbozar: "A veces me siento sola, y me cuesta confiar en la gente". Cuando le pregunto cuando se empezó a sentir así, ubica que coincidió con un viaje que los padres hicieron en 2013 en el cual estuvieron un mes afuera. Si bien ella siempre viajaba a casa de sus abuelos, ésta era la primera vez que los padres hacían algo donde ella no estaba incluida. Por primera vez habla de un chico con el que chatea, al que nombra como su novio, al cual conoció en unos de los encuentros de fans de una banda que le gusta. En las sesiones siguientes se advierte otro cuerpo: en reiteradas ocasiones pareciera como si estuviera a punto de decir algo y luego sin embargo, calla; al tiempo que se pone colorada. Cuando le pregunto qué le pasa, y señalo que parece que va a decir algo y se frena, dice: "es que te quiero decir algo y al mismo tiempo no"; "quiero pero no puedo". Primera emergencia que sanciona la división subjetiva y nos lleva a la lectura que Lacan realiza de la inhibición en el *Seminario 10*. Allí la lee como detención del movimiento, puesto que el movimiento está presente en toda función aunque ésta no sea locomotriz. Dice: "Nuestros sujetos están inhibidos cuando nos hablan de sus inhibiciones, y nosotros mismos, cuando hablamos de ellas en congresos científicos, pero cada día, cotidianamente, están impedidos. Estar impedido es un síntoma. Estar inhibido es un síntoma metido en el museo" (1961-62: 18) Propone entonces ese viraje que va de la inhibición al impedimento como pasaje que permite sacarla del museo, que haga lazo con el Otro de la transferencia, y por ende qué interpele al serhablante produciendo la división subjetiva.

A partir de ese momento comienzan a producirse una serie de movimientos: hay un interés cada vez mayor por el cuidado de su cuerpo y se advierte una clara libidinización del mismo. Elige ropa, se plancha el pelo, ya no oculta su propia mirada. Los padres comentan sorprendidos que ha empezado a preguntar qué le pasó cuando era chica. Ellos señalan que nunca le ocultaron nada, sino que ella "parecía no haberlo registrado". Y finalmente comienza a hacerse ella misma los sondeos, delimitando un borde corporal que le es propio, donde el horror se transmuta en condición de cierta libertad, que la suelta de la dependencia al Otro.

Cuando lo real apremia

En el *Seminario 22*, Lacan retoma sus tres registros, estableciendo la ausencia de prioridad de uno sobre otro. Plantea que los tres tienen el mismo estatuto, aunque no por ello los considera sin diferencias. Es en torno al sentido que cada uno tiene, que los distingue. Aquí funda a lo real como lo impensable y luego lo referirá a la función de la ex-sistencia. Lo imaginario lo liga a la consistencia y al sentido, y trae allí la geometría de la bolsa para dar cuenta del cuerpo como bolsa

agujereada. Lo simbólico tendrá función de agujero.

En clase del 10 de diciembre de 1974 vuelve a inhibición, síntoma y angustia para decir que “la inhibición, como Freud mismo lo articula, es siempre asunto de cuerpo, o sea de función” Y agrega “es lo que en alguna parte se detiene por inmiscuirse, si puedo decir, en una figura que es figura de agujero, de agujero de lo simbólico” (Lacan, 1974: 13) Propone a la inhibición como una detención del funcionamiento en tanto que imaginario.

Del mismo modo en el *Seminario 24* distinguirá lo imaginariamente simbólico de lo simbólicamente imaginario. El primero alude a lo que hay de simbólico en lo imaginario y ubica allí como efecto a la verdad. Mientras que el segundo se refiere a lo que hay de imaginario en lo simbólico y pone ahí a la geometría, en la medida en que remite a lo que tiene un cuerpo. Es en esa correlación que localiza allí a la inhibición.

Entonces, lo imaginario está enraizado en el cuerpo y es inherente a lo que consiste, pero además incide en el modo en que el ser hablante se relaciona con el mundo: “lo corpo-reifica, lo hace cosa a imagen de su cuerpo” (Lacan, 1975: 118)

Ahora bien, dos años después, en la clase del 9 de mayo de 1978, se propone interrogar la hiancia que hay entre lo imaginario y lo real. Es en esta época que situará allí, en el lugar en el que ubica el goce del Otro, al verdadero agujero. Y dirá que “lo que hay entre ellos es la inhibición...precisamente a imaginar” (103). Se pregunta entonces “¿Pero qué es esa inhibición? Dado que también tenemos ahí un ejemplo de ella”. Y responde: “No hay nada más difícil que imaginar lo real”. Y propone mantener la diferencia entre representación y objeto, distinción que considera capital.

En el material trabajado podemos aventurar una aproximación a la inhibición desde la perspectiva freudiana, que propone ese tercer tipo tan particular: aquella que obedece a la respuesta de un psiquismo que se encuentra comprometido en tareas particularmente gravosas. Cuando el cuerpo se vuelve el lugar donde se producen los embates de lo real, la dificultad para velar ese verdadero agujero se torna mas trabajoso. Lacan propone entonces también otra versión de la inhibición: en este caso la detención en la posibilidad de imaginar, de hacer tejido, entramados que velen lo real.

Pasar de estar inhibido a estar impedido, sintomatizar la inhibición, implica que alguna trama comience a esbozarse.

En este caso en particular ello llevo a una primera vacilación respecto a la relación que Maya mantenía con su cuerpo y por ende con el mundo; así como también introdujo una posición nueva respecto del saber: la posibilidad de abrir una pregunta. ¿Qué me pasó? Momento inaugural para la subjetivación.

NOTA

[i] Síndrome de VACTERS o VATER: VACTERL / VATER es una asociación de malformaciones congénitas típicamente caracterizados por la presencia de al menos tres de los siguientes: Defectos vertebrales, atresia anal, defectos cardíacos, fistula traqueo-esofágica, anomalías renales, anomalías de las extremidades y los datos de prevalencia y la incidencia exacta no son disponible debido a los criterios de diagnóstico de variables, pero la asociación se ha reportado en <1-9 / 100.000 recién nacidos, y la incidencia anual se ha notificado a ser 1 / 10.000 y 1 / 40.000 nacidos vivos. No se ha encontrado ninguna distribución geográfica específica o predominio en ciertos grupos étnicos. Un grupo de malformaciones congénitas se encuentra en el nacimiento o en los primeros días de vida, e incluye al menos tres características de componentes: defectos vertebrales (60-80% de los pacientes), comúnmente acompañado por anomalías de las costillas; ano imperforado / atresia anal (55-90%); defectos cardíacos (40-80%); traqueo-esofágica fistula (50-80%), con o sin atresia esofágica; anomalías renales (50-80%), incluyendo agenesia renal, riñón horsehoe y quística y / o los riñones displásicos; y anomalías de las extremidades (40-50%). Defectos de las extremidades están clásicamente definido como anomalías radiales, incluyendo aplasia del pulgar / hipoplasia, y tienen grados variables de severidad. También se han informado otros tipos de anomalías de las extremidades. Mientras que las malformaciones anteriores se consideran las características de los componentes centrales, muchas otras malformaciones se han descrito en los pacientes afectados. Estas malformaciones atípicas deben ser utilizados como pistas en otras condiciones posibles. La etiología de VACTERL / VATER es desconocida y la asociación es en gran medida esporádica. Se han reportado un alto grado de heterogeneidad clínica y causal, y la agrupación familiar, sugestiva de factores hereditarios. El diagnóstico de la asociación VACTERL / VATER se basa en el cuadro clínico al nacer. El diagnóstico diferencial incluye el síndrome de Baller-Gerold, síndrome CHARGE, enfermedad Currarino, el síndrome de microdelección 22q11.2, la anemia de Fanconi, el síndrome de Feingold, síndrome Fryns, asociación MURCS, Spectrum óculo-aurículo-vertebral, síndrome de Opitz G / BBB, síndrome de Pallister-Hall, síndrome de Townes-Brocks y VACTERL con hidrocefalia (ver estos términos). El diagnóstico prenatal puede ser un reto, ya que ciertas características de los componentes pueden ser difíciles de determinar antes del nacimiento. El tratamiento normalmente se centra en la corrección quirúrgica de las anomalías congénitas específicas (normalmente atresia anal, ciertos tipos de malformaciones cardíacas, y / o fistula traqueoesofágica) en el período postnatal inmediato, seguido por el tratamiento médico a largo plazo de las secuelas de las malformaciones congénitas. Si la corrección quirúrgica óptima es alcanzable, el pronóstico puede ser relativamente bueno, aunque algunos pacientes continuarán siendo afectados por sus malformaciones congénitas durante toda la vida. Es importante destacar que los pacientes con VACTERL sindical no tienden a tener deterioro neurocognitivo. Extraído de <http://www.orpha.net/> 25-05-2015

BIBLIOGRAFÍA

- Belaga, G. y otros (2011). El cuerpo en psicoanálisis. Venezuela: Ed. Pomaire
- luale, L. (2011). El cuerpo en psicoanálisis. Detrás del espejo. Perturbaciones y usos del cuerpo en el autismo. Buenos Aires: Letra Viva.
- luale, L. (2014). Cuando el cuerpo no hace borde. Revista Imago Agenda N° 185. Octubre de 2014. Buenos Aires: Letra Viva.
- luale, L. (2015). "La constitución psíquica y la subjetivación del cuerpo". luale, L-Groel, D- Said, E- López, D- Belucci, G- Lutereau, L: El sujeto en la estructura. Bs. As.: Letra Viva.
- luale, L. (2014). "Niños "graves": del trastorno a la subjetivación". Redes Y Paradigmas 8. N° dedicado a los trabajos presentados en la 15° Jornada Anual. Año 2013. N° 5. Buenos Aires: Polemos.
- Freud, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu. 1990
- Lacan, J. (1961-62). Capítulo 1. El seminario 10. La angustia. Buenos Aires: Paidós. 2006
- Lacan, J. (1974-75). Clase del 10 de diciembre de 1974 y Clase 13 del 13 de mayo de 1975. El seminario 22. RSI. Inédito.
- Lacan, J. (1976-77) Clase del 15 de marzo de 1977. El seminario. Libro 24: Lo no sabido que sabe de la una-equivocación se ampara en la morra. Manuscrito no publicado.
- Lacan, J. (1977-78). Clase del 9 de mayo de 1978. El seminario 25. El momento de concluir. Inédito.
- Lacan, J. (1975). Conferencia en Ginebra sobre el síntoma. Intervenciones y textos 2. Buenos Aires: Manantial. 1990
- Lacan, J. (1977): Psicoanálisis, Radiofonía y Televisión. Barcelona: Anagrama
- Miller, JA. (2002): Biología lacaniana y acontecimiento de cuerpo. Bs. As. Argentina: C. Diva.
- Miller, JA. y otros (2012): Embrollos del cuerpo. Buenos Aires, Argentina: IC-Paidós.