

VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología  
XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología  
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos  
Aires, 2016.

# **El cuerpo mortificado de la melancolía.**

Fernández, Lorena Patricia.

Cita:

Fernández, Lorena Patricia (2016). *El cuerpo mortificado de la melancolía. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-044/717>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eATH/3XQ>

# EL CUERPO MORTIFICADO DE LA MELANCOLÍA

Fernández, Lorena Patricia  
Universidad de Buenos Aires. Argentina

## RESUMEN

De acuerdo a lo presentado en el Proyecto de Investigación UBA-CyT: "Variaciones de la afectación del cuerpo en el ser hablante: del trauma de lalengua a las respuestas subjetivas", retomamos los planteos de Lacan en 1971, quien propone la noción lalengua como aquello que hace trauma e incorpora los afectos al cuerpo. De este modo, el encuentro del viviente con lalengua introduce el goce en el organismo, haciendo que este se pierda, fundando un incurable: el ser hablante ya no podrá ser un cuerpo. En esta línea, podemos afirmar que la relación al cuerpo es el modo en que cada ser hablante se las arregla con lo traumático de lalengua. En el presente escrito se indaga cuáles son las particularidades que presenta la afectación del cuerpo cuando la respuesta subjetiva se produce bajo la modalidad de la melancolía.

## Palabras clave

Afectación, Cuerpo, Lalengua, Melancolía

## ABSTRACT

### THE MORTIFIED BODY OF MELANCHOLY

As presented in the Draft UBACyT Research: "Variations of the involvement of the body in the speaking being: the trauma of lalengua to subjective answers," we return to the proposals of Lacan in 1971, who proposed lalengua notion as which produces trauma and incorporates affects into the body. Thus, the encounter of the living being with lalengua introduces enjoyment into the body, causing it to lose it, founding an incurable: the speaker being no longer will be a body. In this line, we can say that the relationship to the body is the way each speaker manages with the trauma of lalengua. In this paper we investigate the particular involvement of the body when the subjective response occurs in the form of melancholy.

## Key words

Affectation, Body, Lalengua, Melancholy

## Introducción.

Este escrito se inscribe en el marco del Proyecto de Investigación UBACyT: "Variaciones de la afectación del cuerpo en el ser hablante: del trauma de lalengua a las respuestas subjetivas", en el cual se retoman los planteos de Lacan acerca de la noción de lalengua como aquello que hace trauma e incorpora los afectos al cuerpo. Nos proponemos en el presente trabajo indagar las particularidades que presenta la afectación del cuerpo cuando la respuesta ante el trauma de lalengua se produce bajo la modalidad de la melancolía. Para ello, se despliega el recorte de un caso clínico extraído de la práctica en una sala de Internación de Salud Mental.

## Recorte del caso.

La paciente, de 38 años, es ingresada a la sala de Internación luego de ser llevada a la guardia de la institución por un familiar. Según refiere éste, hace varios meses que ella ya casi no come ni sale de su casa, donde vive sola, pasando todo el día en la cama. Muestra un estado de abandono casi total del cuidado personal, así como una importante disminución de peso, acentuada en las últimas se-

manas. Presenta diarreas profusas que llegan a la incontinencia, por lo cual a veces usa pañales, dado que no llega al baño, o no quiere levantarse para ir. Sufre crisis de llanto recurrentes acompañadas de dichos que denotan ideas de desesperanza y de muerte, así como auto reproches en torno a la separación de su pareja, ocurrida varios meses atrás. Se niega a hacer cosas que antes solía hacer, por ejemplo cocinar, o dice que no sabe cómo hacerlas. Acusa a una de sus hijas de ser invasiva, de meterse en su casa, y en su relación de pareja. Al momento de entrevistar a la paciente, se evidencia el deterioro de su cuerpo y cuidado personal. Refiere que su estado se debe a "las injusticias". Dice que ve los noticieros, lo que pasa en el mundo, se pone mal porque pasan muchas cosas, y ella no puede hacer nada. Relata que hace varios meses se separa del padre de sus hijas. Se muestra angustiada, por momentos llora, especialmente al hablar de su separación: "yo descuidé la pareja", dice. Presentó un cuadro similar varios años atrás, luego del fallecimiento de su padre. A lo largo de esta primera entrevista, muestra una actitud que impresiona reticente y su discurso resulta algo alusivo. Hacia el final de dicho encuentro, relata que durante su infancia fue víctima de violencia, pero que para ella es un tema superado. Sin embargo, al poco tiempo de su ingreso a la sala, participa de un espacio grupal en el cual, luego de presentarse, habla casi exclusivamente de la violencia a la que fue sometida de niña. Llama la atención la enorme carga afectiva, el tono querellante, y el escaso velo con que esto es relatado. Durante las entrevistas que siguieron, se intenta ubicar las coordenadas de inicio de los síntomas. Suele hablar de un modo alusivo. Dice: "hay situaciones de las cuales no se sabe cómo salir... miedos... casi pierdo a mi hija...". Relaciona esto con la circunstancia del parto de una de sus hijas, ocurrido un tiempo antes de su separación, y que habría tenido algunas complicaciones. Pero que no puede explicar con claridad en qué consistieron. Finalmente atribuye las dificultades al hecho de que notó a la hija "desamparada", y entonces ella comenzó a abocarse mucho a su cuidado. Pero a la vez, sintió que la hija la invadía, se metía en su casa, en su pareja. Por ese entonces, ella decidió "largar todo": comenzó a contar a la gente de su entorno acerca de la violencia psíquica y física a la que había sido sometida durante su niñez por alguien cercano. La reacción obtenida no fue la esperada: sintió que no le creyeron o no le dieron importancia. Dice que entonces empezó a "descuidar" a su pareja, a dejar de trabajar, y a adelgazar. Dos meses antes de la internación, momento en que deja de ver y hablar con su ex pareja, se agravan considerablemente los síntomas.

Cabe destacar que a los pocos días de ingresar a la sala, el ánimo deprimido de la paciente cambia notablemente. Desaparecen la labilidad, la angustia, las crisis de llanto. Comienza a comer, acepta los suplementos dietarios indicados por los médicos, y sus diarreas ceden. Al respecto dice que en la sala tiene apetito todo el tiempo porque no come sola, está en buena compañía. Este notorio y rápido cambio sorprende a todos.

Por otro lado, casi desde el inicio de la internación, trae a las entrevistas temas de la convivencia en la sala. De manera alusiva, comienza a denunciar ciertas situaciones: pacientes que por la noche interrumpen el sueño para pedir cigarrillos; que son desordenadas;

que se aprovechan de las más débiles.

Refiere que trata de proteger a quienes no pueden defenderse. Lleva estas quejas también a los espacios grupales, donde de manera alusiva deja entrever a quienes acusa. Sobre esto, en las entrevistas, dice que se calla para no discutir, ya que las discusiones la descomponen. Agrega que no quiere devolver con violencia, entonces se guarda la ira: acumula y acumula.

En otra oportunidad dice que la injusticia la afecta, le angustia, la descompone. Cuando acumula siente que está a punto de desbordarse. "Quiero que no me dañen las injusticias. La teoría la tengo: siempre hubo injusticias. Acá hay un grupo que se junta y ataca a las más indefensas. Yo trato de defenderlas". Así es como va adquiriendo un lugar de cuidadora de sus compañeras, llegando incluso a mostrarse muy dispuesta a ayudar a los profesionales en situaciones de urgencia con otras pacientes. Luego de un tiempo breve de internación, se decide el alta, siendo la idea continuar el tratamiento psicológico y psiquiátrico de manera ambulatoria. Se muestra algo renuente respecto de este cambio. Durante una de sus últimas entrevistas en la sala, que tiene la particularidad de ser interrumpida constantemente por su compañera de cuarto, la paciente se queja de que su familia quiere saber de qué habla en terapia. Intervengo diciendo que puede decir que eso forma parte de su intimidad.

Durante la entrevista de alta mantenida junto al equipo tratante se muestra algo reticente con respecto al espacio psicológico. No resulta claro el motivo de su renuencia, nunca había mostrado signos de reticencia hacia este espacio. Finalmente, con tono de reproche, dice que siente que la escucha, pero necesita que le hable más, que me ría. Me muestro sorprendida, y digo que podríamos haberlo hablado antes, en el transcurso de las entrevistas. De manera efusiva, a los gritos, dice que le hago acordar a su ex pareja, quien tampoco hablaba tanto. Llora, y en tono más calmado, dice que quizás nos sentimos incómodas en la última entrevista porque nos interrumpieron todo el tiempo. Le propongo seguir hablando de esto, pero en el espacio de las entrevistas ambulatorias. Ella acepta y dice: "¡espero que no te hayas enojado! yo quiero estar bien".

En las entrevistas siguientes, en las cuales nunca vuelve a mostrarse reticente, durante varios meses describe en detalle las escenas de violencia a las que fue sometida, y habla de quienes la trajeron de mentirosa o no reaccionaron como esperaba al contar sobre ello. Detalla también cómo cuidó a otros integrantes de la familia para que no les sucediera lo mismo que a ella. A su vez, aprovecha cada vez que asiste a la institución para compartir momentos con sus ex compañeras, llevarles cosas, y llega a proponerse como acompañante de una de ellas al momento en que a ésta le dieran el alta. Esto no impide que una contingencia en su entorno desencadene una nueva crisis. Se recrudece el sentimiento de injusticia, que va tomando un tinte reivindicativo cada vez más marcado. Aparece nuevamente el auto reproche: "¡¿yo no quise ver lo que sucedía?!". Lleva a cabo una serie de acciones de tono reivindicativo, ante las cuales obtiene como respuesta del entorno: "estás loca". Recurre en urgencia a la institución, en medio de una desorganización conductual importante, muy angustiada y lábil, y con ideas de muerte. Se arma un entramado de cuidados ambulatorios que a la vez que otorga un lugar a su sufrimiento, evita la internación que la ubicaría en el lugar de "loca" al que el Otro la arroja. Este modo de alojarla la alivia. Considero de vital importancia poder transmitir mi creencia en su palabra. Y destacar el valor de, como ella dijera, haber podido cuidar a otros integrantes de su familia de hechos como los vividos en su niñez, lo cual produce un inmediato efecto aliviador, pudiendo decir: "en eso no fallé". Luego de finalizada una entrevis-

ta, refiriéndose a quienes la tratábamos, le dice a un familiar que se encuentra a su lado: "ellas dos son mis ángeles guardianes". Lectura del caso. Ella se descuida. La paciente llega a la internación en un estado crítico. Su cuerpo, notoriamente descuidado, denuncia el padecimiento que desde hace un tiempo la aqueja. Un cuerpo que ya no trabaja, no se levanta, no come, no retiene esfínteres. Hasta se encuentra impedido de realizar aquellas actividades que suelen hacerse sin pensar demasiado, porque ya están incorporadas en la memoria corporal.

¿Qué estatuto darle a esta presentación del cuerpo que aparece mortificado? ¿Cómo pensar el acumular - largar todo que se presenta en lo real del cuerpo, a través de sus incontinencias? Ya en el Manuscrito G: Melancolía (1895), Freud describe a la inhibición melancólica como un recogimiento que tendría el mismo efecto de una herida y una hemorragia interna. Habría un agujero en lo psíquico, formando un recogimiento con efecto de succión sobre las magnitudes contiguas de excitación, con el consiguiente empobrecimiento de excitación, de acopio disponible, que se manifiesta en las otras pulsiones y operaciones. Entonces, la afectación melancólica estaría ligada a una pérdida y el afecto correspondiente es el del duelo: la añoranza de algo perdido.

¿Podría tratarse, en el caso presentado, de un duelo? En Duelo y melancolía (1914), Freud afirma que el melancólico nos muestra algo que falta en el duelo: una extraordinaria rebaja en su sentimiento yoico, un enorme empobrecimiento del yo. Si en el duelo, el mundo se torna pobre y vacío; en la melancolía, eso ocurre al yo mismo. Siguiendo esta línea, si pensamos al yo como proyección de la superficie corporal, creemos que el yo de la paciente muestra un importante empobrecimiento que se manifiesta tanto a través de la afectación de lo real del cuerpo como de sus autoreproches en torno a haber desuidado a su pareja y a no poder hacer nada con las injusticias del mundo.

Ahora bien, ¿qué pérdida desencadenó lo síntomas? Si bien el deterioro más notorio de su estado anímico y físico se recrudece dos meses antes de la internación, sus síntomas aparecen incluso antes de su separación, en el momento en que una de sus hijas se convierte en madre. De hecho, durante las entrevistas, la paciente ubica el comienzo de su padecimiento en el "casi perder" a esta hija. Ante lo cual responde con un "cuidar en exceso" que provoca un descuido hacia su pareja, y este descuido de a poco va siendo significado como "invasión". Ella admite haber invadido a su hija, pero también la acusa de ser invasiva. ¿Quién invade a quién?

Iuale (2011), propone que cuando hay extracción del objeto a, la dimensión del semblante permite que se enlacen cuerpo, imagen del cuerpo y resto velado. Pero cuando ese objeto se entromete en el cuerpo, deslocalizando el goce y mortificando el cuerpo, se producen desórdenes en lo imaginario tales como fenómenos de extrañeza, desdoblamientos, o aparición de los objetos mirada y voz en su función persecutoria. Podríamos pensar en las inversiones especulares del caso como desórdenes de este orden. Creemos que lo que se pone en juego consiste en una pérdida de la imagen narcisista en tanto la condición de madre de su hija parece poner en jaque la suya. De ser una madre que cuida, pasa a ser ella quien necesita ser cuidada, hasta llegar a usar pañales... Con lo cual no parecería haber una referencia metafórica respecto de dicha condición, sino que su ser de madre presentaría más bien un estatuto real-imaginario que ataña directamente al yo, lo cual explicaría la inversión especular que es vivenciada como "invasión". Es en estas coordenadas que decide "largas todo" lo referido a su niñez, y la respuesta que le retorna nada tiene que ver con el cuidado: no le creen. ¿Será por esto que el reproche hacia el Otro vira hacia el auto

reproche, y va tomando su cuerpo, mortificándolo?

En *Duelo y melancolía* (1914), Freud señala que lo que le impediría al melancólico realizar el trabajo de deshacimiento que el duelo implica sería la identificación narcisista, ya que el melancólico se identifica al “objeto abandonado”, objeto que aparece en el lugar de la cosa ya perdida. La identificación narcisista con la cosa, que se manifiesta de manera pura en la melancolía, desnuda la relación que el sujeto mantiene con ella: es aplastado por el objeto. Laurent (1989), en relación a la melancolía, dice que Lacan sigue las dos vertientes señaladas por Freud en relación a la Cosa y al padre.

En tanto el mecanismo de forclusión del Nombre-del-Padre designa la modalidad de identificación al padre que se produce en las psicosis, este mismo mecanismo es el que permite esa modalidad de retorno del goce que es la Cosa que cae sobre el yo. Sólo por la forclusión del Nombre-del-Padre se desnuda la relación con la Cosa. El sujeto melancólico, al castigarse, da cuenta al mismo tiempo del registro de la identificación significante de la forclusión y del registro del goce. No hay posibilidad de simbolizar una pérdida si no se produjo la inscripción de la pérdida primera: la de la Cosa. Si la melancolía da cuenta del retorno de la Cosa, es porque no hubo inscripción de la pérdida del objeto. La escena transferencial. ¿Qué efectos tuvo la intervención que le sugiere que puede decir que eso forma parte de su intimidad? Creemos que dicha intervención podría justificar su conveniencia, no en tanto posibilidad de remitir la escena con la hija a otras escenas donde también hubo una dificultad para ubicar un límite a la intromisión en su intimidad, sino como intento de regular la invasión del Otro, manifestada no solo respecto de su hija sino también respecto de algunas de sus compañeras de sala, y también de su historia. Luego de dicha intervención tiene lugar la entrevista de alta, donde se evidencia el lugar que la paciente me atribuye: quedo ubicada en serie con su ex pareja, asignándose el lugar de quien “no habla”, probablemente facilitado por la escena de la entrevista constantemente interrumpida. Ante esto propongo “hablar”, pero en las entrevistas por venir, en un espacio que resguarde la intimidad, siguiendo la línea de la intervención anterior. De todos modos, cabe destacar que su reproche me toma por sorpresa, me divide. Considero que lo que pudo haber tenido eficacia fue alojar su intento de ubicar en mí un punto de falta. Sabemos que la metáfora paterna es un modelo que nos permite plantear cómo una pérdida de goce introduce una regulación. Pero ¿cómo pensar una pérdida de goce, el establecimiento de una falta, en los casos en que el Nombre del Padre está forcluido? De Battista (2015) afirma que si seguimos la última enseñanza de Lacan con respecto al sinthome, el Nombre del Padre no es el único elemento que produce una regulación a partir de una pérdida: “si sostenemos que es el lenguaje y no el Padre el que introduce un efecto de castración real, el problema se traslada a la posición que se toma respecto de esa pérdida inaugural: se acepta o se rechaza enlazar este efecto al Padre” (2015: 159). Esto nos permitiría pensar respecto de la escena transferencial referida que cierta regulación diferente pudo producirse al ubicarse una falta en el Otro, en la transferencia: “El psicótico más bien parece apuntar a descompletar al Otro, encontrarlo deseante y concernido, construir esa falta para luego poder alojarse en ella. En cierto sentido, intenta generar una falta en el Otro que le concierne para instituirse así como amante, que pueda luego pasar a ser amado” (2015: 159). A partir de esto podríamos decir que la maniobra transferencial referida permitió el despliegue en entrevistas posteriores de los dichos de la paciente acerca de esos otros que no hablaron allí donde ella esperaba que hablaran para cuidarla. De este modo, comienza a construirse una trama, un despliegue discursivo acerca de lo padecido, lo cual va

permitiendo cernir el goce del Otro: de las injusticias referidas en la primera entrevista, cuya significación quedaba indeterminada, a su injusticia, aquella de la que fue objeto durante muchos años. En la medida que esto sucede, se puede ir construyendo una versión de un Otro que cuida, evidenciada cuando en un momento de crisis recurre a la institución en busca de ayuda, así como cuando equipara a las integrantes de su equipo tratante con la figura de los ángeles guardianes.

“La cuidadora”. Una regulación posible.

Vale detenerse en la rápida mejoría sintomática que presenta la paciente desde el momento en que ingresa a la sala y comienza a ser objeto de cuidados. Consideramos que el cuerpo va perdiendo su lugar como sede de la mortificación melancólica en la medida que algo del goce que lo mortifica va siendo localizado en el Otro por la vía, en principio, de la querella, de la acusación hacia aquellos que cometan injusticias, ya sea compañeras de internación o familiares. En este sentido, se produce un viraje de la posición melancólica a la querellante, lo cual consideramos constituye un modo de restitución del lazo al Otro, que tiene un efecto pacificador en lo real del cuerpo. Por otro lado, resulta notorio cómo a la vez que ella acusa a algunas compañeras, comienza rápidamente a ocupar el lugar de “cuidadora” de otras, “las más débiles”. El lugar de “cuidadora” de los otros siempre le permitió dar un tratamiento a “las injusticias”: los abusos, los abandonos. Y algo de este “ser cuidadora” se pone en juego desde el momento en que ingresa a la sala. Comentarios finales. Creemos que los efectos y variaciones que se van sucediendo en el recorte del caso, tanto en relación al cuerpo como al Otro, pueden pensarse si tomamos lo planteado por Lacan acerca del lugar del Otro en el cuerpo: “el cuerpo mismo es originalmente este lugar del Otro puesto que ahí desde el origen se escribe la marca en tanto significante” (1966-1967: 225). Siguiendo los planteos de Lacan retomados por Iuale, en el campo de la neurosis entendemos al cuerpo como efecto del anudamiento entre Imaginario, Simbólico y Real, en la medida en que por la suplencia que opera el cuarto nudo se hace viable que la mortificación que el trauma de lalengua opera sobre la carne sea soportada por el sujeto por la vía del recubrimiento imaginario. Pero, en casos como el presente, donde no sería la imagen lo que enlaza el cuerpo, podría ser el nombre propio en su valor de restaurador del Nombre del Padre que ha fallado en su inscripción lo que funcione como una suplencia que permite una juntura entre el nombre propio y el cuerpo por la vía del ego. “...si lalengua como ‘enjambre significante’ introduce la desregulación, el carácter simbólico del significante queda del lado del lenguaje. A este último le corresponde el armado de un modo de regulación que vacíe el cuerpo de goce.” (Iuale, 2011: 33). Sostenemos que la dificultad de la paciente para articular simbólicamente lo que se presenta como un real traumático constituye un modo de respuesta subjetiva que no puede inscribir la pérdida como falta, tal como sucede en la melancolía. A lo largo del tratamiento, ella va mostrando que encuentra un equilibrio posible entre la posición melancólica y la posición reivindicativa en aquellos lazos donde puede ocupar el lugar de “cuidadora”. Queda abierta la pregunta por la labilidad del efecto regulador de dicha suplencia, dadas las recurrentes crisis que se sucedieron aún luego del alta de internación.

## BIBLIOGRAFÍA

- Belaga, G.A. (1999). Apuntes sobre la melancolía. En Formas clínicas. Buenos Aires: Descartes. 1999
- De Battista, J. (2015) La prueba por la melancolía. En El deseo en las psicosis. Buenos Aires: Letra Viva. 2015.
- Freud, S. (1895) Manuscrito G. Melancolía. En Obras Completas. Vol.I. Buenos Aires: Amorrortu Editores. 2004.
- Freud, S. (1914) Duelo y melancolía. En Obras Completas. Vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores. 2004.
- Iuale, L. (2011) El cuerpo en Psicoanálisis. En Detrás del Espejo. Buenos Aires: Letra Viva. 2011.
- Lacan, J. (1966- 1967) Clase 20. El Seminario 14: La Lógica del Fantasma. Inédito.
- Lacan, J. (1972-73) El Seminario 20: Aun. Buenos Aires: Paidós, 2001.
- Laurent, E. (1989) Melancolía, dolor de existir, cobardía moral. En Estabilizaciones en las psicosis. Buenos Aires: Manantial. 2004.
- Miller, J.-A. (1990). A propósito de los afectos en la experiencia analítica. En Matemas II. Buenos Aires: Manantial. 2003.
- Soler, C. (1988). Inocencia paranoica e indignidad melancólica. En El inconsciente a cielo abierto en la psicosis. Buenos Aires: JVE Psiqué. 2004.
- Soler, C. (1989). Pérdida y culpa en la melancolía. En Estudios sobre las psicosis. Buenos Aires: Manantial. 2007.