



Anuario de Investigaciones
ISSN: 0329-5885
ISSN: 1851-1686
anuario@psi.uba.ar
Universidad de Buenos Aires
Argentina

CUERPOS (DES)OBEDIENTES, MODALIDADES DE AFECTACIÓN CORPORAL ANTE EL IMPERATIVO DEL SUPERYÓ

Fernández, Lorena P.

CUERPOS (DES)OBEDIENTES. MODALIDADES DE AFECTACIÓN CORPORAL ANTE EL IMPERATIVO DEL SUPERYÓ

Anuario de Investigaciones, vol. XXV, 2018

Universidad de Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369162253022>

Psicoanálisis

CUERPOS (DES)OBEDIENTES. MODALIDADES DE AFECTACIÓN CORPORAL ANTE EL IMPERATIVO DEL SUPERYÓ

Bodies (un)obedient. Modalities of corporal affectation facing
the superego imperative

Lorena P. Fernández lorenapatriciafernandez@yahoo.com.ar
*Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Práctica
Profesional El tratamiento del padecimiento subjetivo en la experien,
Argentina*

Anuario de Investigaciones, vol. XXV,
2018

Universidad de Buenos Aires, Argentina

Recepción: 11 Marzo 2018
Aprobación: 11 Octubre 2018

Redalyc: [https://www.redalyc.org/
articulo.oa?id=369162253022](https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369162253022)

Resumen: El presente trabajo surge como producto del recorrido iniciado en función de la Beca UBACyT de Maestría: *Tratamientos subjetivos ante la incidencia del superyó en el cuerpo* (2016-2018). El mismo se inscribe en el marco de la Investigación UBACyT: *Variaciones de la afectación del cuerpo en el ser hablante: del trauma de la lengua a las respuestas subjetivas* (2016-2017), dirigido por Luján Iuale. En el caso de la investigación a desarrollar en función del Plan de Tesis, el propósito consiste en examinar la articulación entre cuerpo y superyó, específicamente al modo en que este último afecta al primero, y a las distintas respuestas subjetivas que de ello se desprenden. Dicha indagación se realizará en articulación con una serie de viñetas clínicas. En el este escrito nos serviremos de dos de ellas para aproximar algunos de los avances realizados en función de los objetivos e hipótesis que enmarcan y guían nuestra investigación.

Palabras clave: Cuerpo, Superyó, Afectación, Respuestas Subjetivas.

Abstract: The present work arises as a product of the path initiated in function of the UBACyT Masters Scholarship: *Subjective treatments before the incidence of the superego in the body* (2016-2018). The same is part of the UBACyT research: *Variations of the affectation of the body in the speaker: from the trauma of the language to the subjective answers* (2016-2017), directed by Luján Iuale. In the case of the research to be developed according to the Thesis Plan, the purpose is to examine the articulation between body and superego, specifically the way in which the latter affects the former, and the different subjective responses that emerge from it. This inquiry will be carried out in conjunction with a series of clinical vignettes. In this writing we will use two of them to approximate some of the advances made based on the objectives and hypotheses that frame and guide our research.

Keywords: Body, Superego, Affectation, Subjective Responses.

Introducción

El presente trabajo surge como producto del recorrido desarrollado en función de la Beca UBACyT de Maestría: *Tratamientos subjetivos ante la incidencia del superyó en el cuerpo* (2016-2018). El mismo se inscribe en el marco de la Investigación UBACyT: *Variaciones de la afectación del cuerpo en el ser hablante: del trauma de la lengua a las*

respuestas subjetivas (2016-2017), dirigido por Luján Iuale. En el caso de la investigación a desarrollar en función del Plan de Tesis de Maestría, el propósito consiste en contribuir a la indagación de la articulación entre cuerpo y superyó, específicamente al modo en que este último afecta al primero, y a las distintas respuestas subjetivas que de ello se desprenden. Dicha indagación se realizará en función de una serie de viñetas clínicas seleccionadas para tal fin. En el presente trabajo nos serviremos de dos de ellas para aproximar algunos de los avances realizados en función de los objetivos e hipótesis que enmarcan y guían nuestra investigación.

Nuestro interés por el tema a investigar en sintaxis surgió, principalmente, a partir del encuentro con pacientes melancólicos en la práctica hospitalaria. El intento por formalizar dicha experiencia (Fernández, 2015; 2016), despertó nuestro interés por indagar con mayor profundidad la articulación entre el cuerpo y el superyó (Fernández, 2017). Ahora bien, si consideramos que el sujeto encuentra diversos modos de responder ante lo real, sostenemos que la incidencia del superyó en el cuerpo puede ser leída también a partir de otras respuestas subjetivas (Fernández, 2018; Abínzano y Fernández, 2018).

Cabe aclarar que nuestra investigación no se orienta por una pretensión de exhaustividad en la recolección de respuestas subjetivas existentes, en tanto reconoce la imposibilidad de realizar dicha tarea, dado que consideramos que la respuesta ante el encuentro con lo real siempre es singular. La investigación intenta, a través de la revisión bibliográfica y la formalización de materiales clínicos, constituir un aporte a la dilucidación y profundización del tema, circunscribiéndolo a dichos materiales. Nos propusimos entonces, como objetivo general: contribuir a la conceptualización de los modos de afectación corporal que se presentan en algunos casos clínicos como respuesta ante la incidencia del superyó. La hipótesis general que guía nuestra indagación consiste en considerar que en los casos seleccionados es posible encontrar diferentes modalidades de afectación corporal como respuesta subjetiva ante la incidencia del superyó.

En torno a nuestro tema de indagación, resulta interesante lo planteado por Bassols, quien destaca la doble cara del superyó: como ley o imperativo que insiste, y como respuesta del sujeto. Afirma que así como el superyó es el residuo de aquello que el sujeto fue como objeto del goce del Otro, es también una reacción a esa dimensión de resto de goce, una respuesta enérgica a la satisfacción pulsional para señalar su límite, ahí donde el propio sujeto tendería a desaparecer en su ser de objeto del goce del Otro. De hecho, el autor propone una clínica de las respuestas del sujeto a su propio inconsciente entendido como ley, como coacción imperativa (Bassols, 2000). Si bien el autor ubica la incidencia superyoica sobre el sujeto, creemos que estas referencias pueden servirnos como orientación para indagar aquellos imperativos que afectan el cuerpo y que, a la vez, son respuesta subjetiva.

La afectación del cuerpo

La incidencia del superyó

Para abordar la cuestión de la afectación corporal, creemos interesante tomar una pregunta de Soler (2011), quien en su texto acerca de los afectos lacanianos, se cuestiona: ¿qué es lo que afecta? Ante lo cual responde:

Sin duda, lo que me dicen o lo que no me dicen, la palabra de amor o la palabra de injuria, y el silencio también, no podrían dejarme indiferente, y más bien producen pasión. Pero igualmente todo lo que toca mi cuerpo, desde la caricia hasta los abusos, desde el bienestar hasta el dolor. (p. 8).

Miller (2003) coincide con esta posición en tanto señala que el afecto implica que el sujeto está afectado en sus relaciones con el Otro: “es indudable que en el afecto se trata del cuerpo, pero más exactamente de los efectos del lenguaje sobre el cuerpo: esos efectos (...) de “otricación” del cuerpo.” (p. 160).

En Freud podemos leer estos efectos del otro sobre el cuerpo, por ejemplo, ya en “Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices e histéricas”. Allí afirma que el síntoma histérico se comporta como si la anatomía no existiera, en tanto presenta una lesión funcional sin alteración anatómica, sino con alteración en la concepción o representación del cuerpo. Es decir, hay una representación que no entra en conexión asociativa con otras representaciones, quedando desconectada por haber recibido una valoración afectiva que resultó traumática para el aparato por su valor sexual. Pero ¿por qué una valoración afectiva puede resultar traumática? Para Freud lo traumático radica en la inconciliabilidad de conciencia por tratarse de mociones eróticas hacia una persona “indebida”, por ejemplo un cuñado, tal el caso citado por Freud. Por ello, este monto de afecto o quantum es desplazado, quedando asociado a otra representación, y produciendo una configuración del cuerpo particular, puesta de manifiesto en el síntoma conversivo (Freud, 1893 [1888-1893]). Es decir que habría en el mecanismo conversivo un juicio valorativo que sentencia a una representación como indebida, y que se contrapone a otra de valor sexual. Esta hipótesis de defensa ante una representación inconciliable continuará vigente en la conceptualización freudiana, pero lo que en un momento es adjudicado a un acto voluntario (Freud, 1894), pasa luego a complejizarse en tanto la etiología traumática debe ser considerada en dos tiempos (Freud, 1896).

De todos modos, lo más interesante de esta temprana tesis freudiana, a los fines de nuestra indagación, consiste en considerar al cuerpo como una red de representaciones en comercio asociativo según la variabilidad del quantum de afecto que las conecta, lo cual implica suponer, no sólo un sujeto dividido en el encuentro con la representación inconciliable, sino un cuerpo afectado por esa división: ¿de dónde proviene ese juicio valorativo? En torno a esto, unos años más tarde, Freud se pregunta qué es la conciencia moral, ante lo cual responde que “según el propio lenguaje lo atestigua, pertenece a aquello que se sabe con la máxima certeza” (Freud,

1913 [1912-1913], p. 73). Y agrega: “conciencia moral es la percepción interior de que desestimamos determinadas mociones de deseo existentes en nosotros” (p. 73). Añade que el acento recae sobre el hecho de que la desestimación no necesita invocar otra cosa porque está cierta de sí misma. Es decir, algo se percibe en el interior, y tiene el carácter de una cosa cierta, irrefutable.

Más tarde, abordará a la conciencia moral como heredera de la instancia parental vía la introducción del narcisismo (Freud, 1914). En “El sepultamiento del complejo de Edipo”, continúa en la misma línea, planteando al superyó como heredero de dicho complejo, en tanto introyección de la autoridad parental (Freud, 1924). Sin embargo, ya en “El yo y el ello”, al presentar al superyó, ubica su raíz en la identificación primaria, directa, inmediata, y más temprana que cualquier investidura de objeto, en tanto hunde sus raíces en el ello (Freud, 1923). Más adelante, en “El Malestar en la cultura”, diferencia claramente el superyó del ideal del yo, situando al ideal del lado de Eros y ligando al superyó al Tánatos, a la vez que ubica claramente a la conciencia moral como producto de la renuncia a la satisfacción pulsional (Freud, 1930). El carácter de satisfacción paradójica queda destacado en “Moisés y la religión monoteísta”, al señalar Freud (1937-1939) que:

“mientras la renuncia instintual por causas exteriores sólo es displacentera, la renuncia por causas interiores, por obediencia al superyó, tiene un nuevo efecto económico. Además del inevitable displacer, proporciona al yo un beneficio placentero, una satisfacción sustitutiva, por así decirlo” (p. 112).

Por su parte Lacan, ya en el Seminario 1, en un intento por delimitar las nociones de superyó y de ideal del yo, plantea que el primero se sitúa esencialmente en el plano simbólico de la palabra, a diferencia del Ideal del yo. Sin embargo, acentúa también su carácter insensato, ciego, de puro imperativo (Lacan, 1953-1954). Desarrollos posteriores de Lacan parecen continuar en la línea de destacar cada vez más la vertiente real del superyó, especialmente a partir de su formulación del objeto a (Lacan, 1962-1963). En el Seminario 18 será más contundente al referir que lo que dice el superyó es: “¡Goza! Tal es la orden imposible de satisfacer, que como tal está en el origen de todo eso que se elabora, por más paradójal que eso pueda parecerles, en términos de la conciencia moral.” (Lacan, 1970-1971, 164). Hasta señalar, en el Seminario 20: “Nada obliga a nadie a gozar, salvo el superyó” (Lacan, 1972-1973, p.15). Si lo que está en juego es el objeto voz, ¿qué puede hacer el sujeto con ella?

Al decir de Quignard (1996), escuchar es ser tocado a distancia: “escuchar es obedecer. Escuchar se dice en latín *obaudire*. *Obaudire* derivó en francés a la forma *obéir* [obedecer]. La audición, la audientia, es una *obaudientia*, por lo tanto una obediencia” (p. 68). Siguiendo esta línea podemos decir que la voz se hace oír y que el oyente obedece, consiente forzosamente aquello que se le impone. Lo cual transforma en significación plena el lugar vacío de la causa del deseo del Otro. “La seducción de la voz, que culmina en sometimiento, despoja de su

palabra al obediente, dicho de otra manera, acarrea su aniquilamiento subjetivo” (Moreno Cardozo, 2008, p. 64).

Para examinar sus efectos en el cuerpo, tomemos lo que describe Lacan en torno de la voz y el aparato donde resuena. Señala que la misma, en tanto objeto a, da cuenta de una voz desprendida de su soporte, dado que lo que vincula al lenguaje con una sonoridad es una relación más que accidental. “Lo propio de la resonancia es que en ella domina el aparato. Lo que resuena es el aparato. No resuena ante cualquier cosa. Resuena, digamos, ante su nota, ante su frecuencia propia” (Lacan, 1962-1963, p. 202). Agrega que la voz no resuena en un vacío espacial, sino en el vacío del Otro como tal, el vacío de su falta de garantía: “es en ese vacío que la voz en tanto distinta de las sonoridades, voz no modulada pero articulada, resuena. La voz de que se trata es la voz en cuanto imperativa. En cuanto reclama obediencia o convicción” (p. 202). El ejemplo de la dafnia le permite dar cuenta de que una voz no se asimila, pero se incorpora. Es decir: se hace cuerpo. De allí que refiera que el sacrificio, con lo que implica de cuerpo entregado al Otro, esté destinado no a la ofrenda ni al don, sino a la captura del otro como tal en la red del deseo.

Tomemos, a modo de ejemplo, un caso presentado por Lacan en sus Seminarios 1 y 2. Allí hace referencia a un paciente con un síntoma que se conoce como “calambre de escritor”. Se trata de una distonía, es decir, una contracción que causa movimientos involuntarios de la mano y posturas anormales de la muñeca y los dedos. Tiene la característica de ser focal, lo que significa que la distonía se limita a un área específica y por lo general se manifiesta durante una tarea determinada, en la mayoría de los casos: escribir. Lacan destaca que el paciente, de origen musulmán, nunca había podido aceptar una cosa que la ley coránica en la que se había criado dictamina: que al ladrón le debe ser cortada la mano. Esta no aceptación de la ley implicó que su niñez transcurriera en una profunda suspensión respecto de la misma. Toda su relación con su medio original, el sostén, el orden, los cimientos, quedaron obstruidos, ya que había una cosa que él se negaba a comprender: por qué si alguien era ladrón le tenían que cortar la mano. El análisis termina revelando que a su padre lo habían acusado injustamente de ladrón, y por esta razón, y precisamente en tanto no la comprendía, este sujeto tenía “cortada” su propia mano. (Lacan, 1953-1954; 1954-1955). Lacan articula en este caso la conflictiva neurótica respecto de la ley en tanto incomprendida por el sujeto, pero actuada por él. Destaca cómo los síntomas encarnan la ley como tal: “El superyó es eso, en la medida en que aterroriza efectivamente al sujeto y construye en él síntomas eficaces, elaborados, vividos, continuados, síntomas que se encargan de representar el punto en que la ley no es comprendida por el sujeto, pero sí actuada por él. Los síntomas se ocupan de encarnarla como tal, le dan su aire de misterio”. (Lacan, 1954-1955, p. 199).

Llegados a este punto del recorrido nos preguntamos ¿es la obediencia, bajo las diversas modalidades con que se presenta en la clínica, el único modo de respuesta subjetiva ante el superyó? En ese caso, ¿qué ocurre con el imperativo, con esa voz que aplasta al sujeto? ¿Puede el

cuerpo verse afectado de otra manera? Para responder estas preguntas examinaremos dos viñetas clínicas extraídas de nuestra práctica. En esta oportunidad decidimos comenzar por tomar materiales clínicos de sujetos que se inscriben bajo el tipo clínico que despertó el interés de nuestra investigación: la melancolía. Aunque ya hayamos hecho referencia a ellas en otro trabajo (Fernández, 2018), nos parece relevante situar antes algunas cuestiones en torno a la incidencia del superyó en el cuerpo melancólico.

En “Duelo y Melancolía”, Freud (1915) hace referencia a la falta de pudor propia de la melancolía. Al respecto dice:

“tiene que resultarnos llamativo que el melancólico no se comporte en un todo como alguien que hace contrición de arrepentimiento y de auto reproche. Le falta (o al menos no es notable en él) la vergüenza en presencia de los otros, que sería la principal característica de este último estado. En el melancólico podría casi destacarse el rasgo opuesto, el de una acuciente franqueza que se complace en el desnudamiento de sí mismo” (p. 248).

Esta referencia ya nos dice algo en relación a la afectación que sufre la imagen corporal en el melancólico. Siguiendo esta línea, Belaga (1999) sostiene que en la melancolía hay una presentación del cuerpo real que se sustrae de la imagen, lo que se evidencia en los fenómenos de desafectación corporal, de dejar caer el cuerpo. En relación al autorreproche melancólico, ubica que se trata de la manifestación del dolor moral como neurosis actual, es decir, en el cuerpo. Por otro lado, Assoun (1998) señala al dolor de existir melancólico como inhibidor de la acción, aunque ubica que hay un activismo en el intento por actuar su culpa, y que el enlentecimiento psicomotor se debería a esto. Destaca que la importancia de la parálisis, tanto en lo físico como en lo moral, como verdadero concomitante sensoriomotor del dolor, y que detrás del ser doliente del melancólico hay una queja como reproche a sí mismo.

Viñeta 1: Alguien se descuida

Mabel, de 38 años, es ingresada a la sala de Internación de un Hospital General luego de ser llevada a la guardia por su hija. Según refiere ésta, hace dos meses que la paciente ya casi no come ni sale de su casa, donde vive sola, pasando todo el día en la cama. Presenta un abandono casi total del cuidado personal, una importante disminución de peso, y 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. Se niega a hacer cosas que antes solía hacer, por ejemplo cocinar: dice que no sabe cómo hacerlo. Acusa a su hija de ser invasiva, de meterse en su casa, y en su pareja. Su hija la acusa a ella por lo mismo.

Mabel refiere que su estado se debe a “las injusticias”. Dice ver lo que sucede en el mundo y sentirse mal: “pasan muchas cosas y yo no puedo hacer nada”. No puede explicar a qué se refiere. Relata que hace varios meses se separó de su pareja, Ana. Angustiada, llora al hablar de

su separación: “yo la descuidé”, repite varias veces. Su actitud impresiona reticente y su discurso alusivo. Presentó un cuadro similar varios años atrás, luego del fallecimiento de su madre. Relata que durante su infancia fue víctima de abusos, pero que es un tema superado. Sin embargo, al poco tiempo de ingresar a la sala, participa de un espacio grupal en el cual habla exclusivamente de ese tema. Es llamativa la gran carga afectiva y el escaso velo en su relato.

Durante las entrevistas, se intenta ubicar las coordenadas de inicio de los síntomas. De 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 primer parto de su hija, ocurrido poco antes de su separación, y que habría tenido algunas complicaciones. Pero no puede explicar con claridad en qué consistieron. Finalmente atribuye las dificultades al hecho de haber notado a la hija desamparada. Allí es cuando comienza a abocarse mucho a su cuidado. Pero a la vez, siente que la hija la invade, se mete en su casa, en su pareja. En ese entonces, además, le cuenta a su entorno acerca de los abusos sufridos en su niñez. La reacción obtenida no es la esperada: algunos no le creen o lo minimizan. Comienza a “descuidar” a su pareja, a la vez que deja de salir, de trabajar, y de comer. Dos meses antes de la internación se agravan considerablemente los síntomas.

Cabe destacar que a los pocos días de ingresar a la sala, el ánimo de Mabel cambia notablemente. Dice que allí tiene apetito porque no come sola, está en buena compañía. En las entrevistas denuncia a pacientes que por la noche interrumpen el sueño para pedir cigarrillos; que son desordenadas; que se aprovechan de las más débiles. Ella trata de proteger a quienes no pueden defenderse. Dice que la injusticia la afecta, le angustia, la descompone. Va adquiriendo un lugar de cuidadora de sus compañeras, llegando incluso a querer ayudar a los profesionales en situaciones de urgencias. Durante una entrevista que tiene la particularidad de ser interrumpida constantemente por su compañera de cuarto, la paciente se queja de que su hija quiere saber de qué habla en terapia. Intervengo diciendo que puede decir que eso forma parte de su intimidad.

Tras un tiempo breve de internación se decide el alta, siendo la idea continuar el tratamiento psicológico y psiquiátrico de manera ambulatoria. Mabel se muestra algo renuente respecto de la idea de dejar la sala. Durante la entrevista de alta, al hablar acerca del tratamiento ambulatorio, aparece cierta reticencia con respecto al espacio psicológico. Finalmente, con tono de reproche, dice que siente que la psicóloga la escucha, pero necesita que le hable más, que se ría. Luego, de manera efusiva, a los gritos, dice que le hago acordar a su ex pareja. Lloro, y en tono más calmado, dice: “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, ya calmada, acepta.

En las entrevistas ambulatorias, durante varios meses, Mabel describe en detalle las escenas de abuso a las que fue sometida. Llegó a cortar la tela que recubría su colchón, meterse adentro y coserla luego para sentirse

a salvo. Cuenta también cómo cuidó a otros familiares para que no les sucediera lo mismo que a ella.

Esto no impide que la noticia de un nuevo abuso en su entorno desencadene una nueva crisis. Se recrudece el sentimiento de injusticia, que va tomando un marcado tono reivindicativo. Y luego, 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 al hospital, en medio de una desorganización conductual importante, muy angustiada, y con ideas de muerte. Junto a su psiquiatra y familiares se arma un entramado de cuidados ambulatorios que a la vez que aloja 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. Las intervenciones apuntan a transmitir nuestra creencia en su palabra. Y destacar el valor de, como ella dijera, haber podido cuidar a otros niños de hechos como los vividos por ella, lo cual produce un inmediato efecto aliviador. Luego de finalizada una entrevista, refiriéndose a quienes la tratábamos, le dice a un familiar: “ellas dos son mis ángeles guardianes”.

Un cuerpo descuidado

Comencemos por ubicar que si bien el comienzo de los síntomas de Mabel - autorreproches por descuidar a su pareja; descuido personal- ocurre en el momento de su separación, coincide con la noticia del segundo embarazo de su hija. Creemos que esto último pone en juego una pérdida de la imagen narcisista en tanto Mabel ve puesta en jaque su condición de madre. De ser una mamá que cuida, pasa a ser ella quien necesita ser cuidada, con “actitudes como de nena”, hasta llegar a usar pañales... Con lo cual no parece haber una referencia metafórica respecto de dicha condición, lo que explicaría el transitivismo a nivel especular que es vivenciado como “invasión”. Y que también parece trasladarse a la figura paterna: hay un padre que abandona a su hija, lo cual parece deslizarse metonímicamente hacia su propio padre, quien tampoco la cuidó. En el segundo embarazo de su hija, ya no hay un padre que abandona: la pareja de su hija toma el lugar de padre del primer niño y del bebé por venir. El reproche hacia el Otro vira hacia el auto reproche, y se aloja en su cuerpo, que encarna el descuido del que fue objeto. Así, llega a la internación presentando una serie de perturbaciones a nivel del cuerpo, que se especifican por la vía de la mortificación y la desregulación: no controla esfínteres, no puede alimentarse, presenta un adelgazamiento y abandono del cuidado personal significativos.

Alguien que cuida

Sin embargo, durante su internación Mabel habla en sus sesiones de sus quejas, acusaciones y reproches acerca de los otros. Pero consideramos que la escena transferencial cambia partir de la intervención donde se la invita

a ubicar un límite frente a la invasión del Otro. Intento de construir un bode, de delimitar un adentro y un afuera. Aunque, por sus efectos, quizás podamos pensar que esta intervención apeló a una intimidad con la cual la paciente no contaba.

En la entrevista de alta se evidencia el lugar transferencial en el que Mabel me ubica: en serie con su ex pareja y su madre, asignándome el ser de quien “no habla, no se ríe”. Otra vez la confusión: ¿Quién es quién? Algo es expuesto, ante lo cual se le propone “hablar”, pero en las entrevistas por venir, en un espacio que resguarde su intimidad. Ante su reproche, se le ofrece una escucha que preserve un espacio de intimidad, pero diferente, que la cuide. Sabemos que la metáfora paterna es un modelo que nos permite pensar 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 forcluído? De Battista (2015) plantea 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” (p. 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. Y esta intervención produce el efecto de posibilitar en posteriores entrevistas el armado de una trama, el despliegue discursivo acerca de lo padecido, lo cual va permitiendo localizar 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. Al ingreso, su cuerpo encarna el descuido del que fue víctima. El tratamiento permite que se rearme en su lugar de cuidadora. No sin antes ofrecerle algunos cuidados. Ubicar a quienes conformamos su equipo tratante en el lugar de “ángeles guardianes” no solo da cuenta de esto. También implica un lugar conveniente en tanto los ángeles se caracterizan por ser protectores.

Viñeta 2: Una broma del superyó

El caso tiene lugar en una entrevista de seguimiento tras una situación de urgencia. Se trata de una paciente de mediana edad, en tratamiento ambulatorio desde hace un par de años en un Hospital General, tras haber estado internada alrededor de 10 años en un Monovalente. Presenta antecedentes de intentos de suicidio y un diagnóstico de melancolía. El día anterior a la entrevista que se relatará, la paciente se presenta ante su equipo tratante diciendo que piensa en suicidarse, y que tiene un plan certero para llevarlo a cabo. Además de las características típicas de este tipo de cuadros -abulia, anhedonia, sentimientos de tristeza, ideas de desesperanza y enlentecimiento psicomotor- presenta una inquietud motora que preocupa a los profesionales tratantes. Luego de comunicarse con un familiar, y constatar que se trata de alguien continente y comprometido con el cuidado de A, se indica acompañamiento familiar

permanente, se realiza un cambio de medicación, y se cita al día siguiente para nueva evaluación y seguimiento. Es en ese contexto que tengo oportunidad de entrevistar a A, y de constatar su estado. Más allá del descuido de su aspecto y abandono del cuidado personal, llama mucho la atención el marcado enlentecimiento psicomotor, así como la letanía en sus respuestas. Su gesto facial y su actitud corporal denotan un abatimiento y sufrimiento intensos. Su mirada se encuentra siempre dirigida hacia el piso. Bajo esta presentación, A va respondiendo a las preguntas que hacemos quienes conducimos esa entrevista. Al preguntar qué le había hecho pensar en quitarse la vida, la paciente comenta un episodio menor, un accidente doméstico que había hecho que su hijo se enojara mucho por su descuido, y dejara de hablarle desde hacía unas semanas. A se reprocha su torpeza, dice que no sirve para nada, y refiere que para ella ya no tiene sentido continuar viviendo. En ese momento, intervengo preguntando si no habrá sucedido que su hijo se asustó y se preocupó por su salud, sólo que no lo manifestó de la mejor manera. Esta simple intervención parece tener un claro efecto de alivio, que se traduce de manera inmediata en el cuerpo de A: muy lentamente levanta su cabeza, se endereza un poco, me dirige su mirada y pregunta, como sorprendida, si habrá sido así. A partir de ese momento mira con atención a quien le habla.

Al finalizar el encuentro, el afecto melancólico que acompañaba la idea de suicidio parece haber perdido gran parte de su grado de certeza. Junto al familiar de la paciente, se acuerdan pautas de contención y seguimiento, dado que se decide continuar con el tratamiento de manera ambulatoria, sosteniendo el acompañamiento familiar permanente. Al momento de despedirnos, su familiar le sugiere a A, en tono complaciente, pasar por un conocido local de comidas por el cual la paciente parecía tener cierta predilección. El rostro de A vuelve a cambiar repentinamente, parece iluminarse. Y, a medida que lentamente se va dibujando una leve sonrisa en su rostro, dice: “¿Al local de X? Ah bueno, haber sabido y me arreglaba un poco”. Todos los presentes nos reímos algo tímidamente. Ella también. La hermana explica el gusto de A, no solo por los productos comestibles del chef del local, que todos conocíamos, sino también por su persona. Ese comentario final de A no solo se acompaña de una risa. Además nos roba una sonrisa a cada uno de quienes estábamos allí. De hecho, me atrevo a decir que nos alivia: nuestros cuerpos dan cuenta de cierta distensión. Nos vamos despidiendo mientras hacemos todas alguna broma acerca de las delicias del chef

El humor. Su articulación con el cuerpo

Advertimos que la palabra “humor” presenta cierta ambigüedad. Por un lado, hace referencia a lo que se caracteriza en el sujeto como estado afectivo, que puede ser variable de acuerdo a su ubicación en el eje placer-displacer. De ahí que el sujeto pueda estar de buen humor, de mal humor, eufórico, disfórico, triste, contento, aburrido, etc. Pero, por otro lado, el mismo término sirve también para dar

cuenta de esa capacidad o actitud humorística a la que algunas personas, en determinadas circunstancias, recurren. Veremos por qué podemos afirmar que esta segunda aplicación del término “humor” también se articula con la afectación del cuerpo.

En “El humor”, un breve texto dedicado al tema, Freud (1927) refiere que el proceso humorístico puede consumarse de dos maneras: en una única persona que adopta la actitud humorística, mientras a otra le corresponde el papel de espectador y usufructuario; o bien entre dos personas, una de las cuales no tiene participación en el proceso humorístico, pero a la cual la otra hace objeto de su consideración humorística. A la vez destaca que al oyente no involucrado lo alcanza un efecto a distancia de la operación humorística, llegando de ese modo a registrar la ganancia de placer humorístico. Freud señala, sin embargo, que el proceso que tiene lugar en el humorista es el que merece la mayor atención. “No hay ninguna duda de que la esencia del humor consiste en ahorrarse los afectos a que habría dado ocasión la situación y en saltarse mediante una broma la posibilidad de tales exteriorizaciones de sentimiento” (p. 158). En ese sentido, el proceso que ocurre en el oyente copia al que advino en el humorista. Si bien este punto de vista económico acerca del ahorro de afectos y la ganancia de placer humorístico ya había sido señalado por Freud en su texto sobre el chiste (Freud, 1905), le interesa en este artículo dar cuenta del punto de vista dinámico. Es así que introduce la articulación del humor con el superyó.

El humor. Su articulación con el superyó.

Antes de adentrarse en la relación entre el humor y el superyó, Freud detalla una serie de características del primero. Refiere que tiene algo de liberador, de grandioso y patético. Lo grandioso radica en el triunfo del narcisismo. Dice que el yo “rehúsa sentir las afrentas que le ocasiona la realidad; rehúsa dejarse constreñir al sufrimiento, se empecina en que los traumas del mundo exterior no pueden tocarlo, y aún muestra que solo son para él ocasiones de ganancia de placer” (Freud, 1927, p. 158). Considera esencial este último rasgo, dado que no se trata solo de afrontar la situación real con una suerte de sabiduría justificada. Debe haber un triunfo del principio del placer a pesar de lo desfavorable de las circunstancias reales. Por eso señala que el humor no es resignado, sino opositor. A través del rechazo de la exigencia de realidad, y de la imposición del principio del placer; con su defensa frente a la posibilidad de sufrir, el humor constituye uno de los modos en que la vida anímica intenta sustraerse de la compulsión de padecimiento. Se aproxima así a los procesos psicopatológicos dado que el yo se rehúsa a sentir los afrontes que le ocasiona la realidad, “pero sin resignar, como lo hacen otros procedimientos de igual propósito, el terreno de la salud anímica” (p. 159). A su vez, se diferencia del chiste en que este último sólo sirve, o bien a la ganancia de placer, o pone esta última al servicio de la agresión.

En este punto, la hipótesis dinámica le sirve a Freud para dar cuenta de por qué, a pesar de las características mencionadas, el humor preserva la salud psíquica. Es así que refiere:

Obtenemos entonces un esclarecimiento dinámico de la actitud humorística cuando suponemos que consiste en que la persona del humorista debita el acento psíquico de su yo y lo traslada sobre su superyó. A este superyó, así hinchado, el yo puede parecerle diminuto, todos sus intereses desdeñables; y a raíz de esta nueva distribución de energía, al superyó puede resultarle fácil sofocar las posibilidades de reacción del yo (p. 160).

Entonces, Freud propone que, ante determinada situación, la persona sobreinvierte a su superyó y a partir de esto modifica las reacciones del yo. Así, el humor sería la contribución a lo cómico por la mediación del superyó. No se trataría en este caso del superyó como amo severo, imperativo de goce, sino de otra dimensión del superyó, una que intenta consolar al yo y ponerlo a salvo del sufrimiento, y por eso, destaca Freud, “no contradice con ello su descendencia de la instancia parental” (p. 162).

Este superyó benévolo y protector también es mencionado por Freud en la “Conferencia n° 31”, cuando refiere que la situación a la que el yo reacciona con angustia es a la de ser abandonado por el superyó protector, por los poderes del destino, con lo que terminaría la seguridad contra todos los peligros que lo rodean (Freud, 1933 [1932]). De hecho, puede pensarse que la angustia ante la pérdida del superyó descrita por Freud, es traducida por Lacan como angustia ante la castración en el Otro (Rabinovich, 2001). Si tomamos en cuenta que la última propuesta de Freud acerca de la constitución del superyó, por la cual le atribuye las funciones de conciencia moral, autoobservación y formación de ideales, “hemos de corroborar que ello presupone la inclusión en la organización superyoica de lo que hoy, definitivamente, llamamos ideal del yo” (Rabinovich, op cit).

Luego de este breve rodeo, sostenemos que el caso de la segunda viñeta presentada da cuenta de la aparición del humor allí donde había un estado de arrasamiento subjetivo tal que el pasaje al acto parecía tener muchas posibilidades de ser llevado a cabo, a través de ese cuerpo tomado simultáneamente por la inhibición melancólica y por la inquietud motora. Pero en ese gesto de humor al final de la entrevista, A se desentiende de esa realidad que nos había reunido allí. Parece olvidarse de los detalles relatados acerca de sus ganas de quitarse la vida. Y no sólo eso. Reconocemos también la ganancia de placer propia del humor en tanto su cuerpo queda afectado por gestos, movimientos, miradas, que dan cuenta de una sustracción de sufrimiento; de un alivio. Y que, como un eco, y tal como referimos anteriormente con Freud, alcanza un efecto a distancia en los allí presentes.

Conclusiones

Luego del recorrido teórico y del abordaje de dos materiales clínicos, llegamos a las siguientes conclusiones:

1. Constatamos en ambas viñetas el retorno del imperativo superyoico propio del tipo melancólico: como mortificación corporal; cuerpo que queda tomado como resto, desecho del Otro.

2. En el primer caso, la obediencia al imperativo superyoico toma la forma del autorreproche por haber descuidado a su pareja, y se encarna en el cuerpo por la vía del “descuido”.

3. En el segundo caso, la obediencia al imperativo superyoico toma la forma del autorreproche por no servir para nada, por no merecer seguir viviendo, y toma el cuerpo por la vía de la intención suicida, constatable tanto en su ideación, como en las simultáneas inhibición e inquietud motoras.

4. En relación a la primera viñeta clínica, consideramos que cierta regulación diferente pudo producirse en tanto lo que retornaba como reproche de “descuido” encarnándose en el cuerpo, pasa luego a constituir, vía el reproche al otro, un “cuerpo de cuidadora”, que permite la restitución de la imagen corporal y de las funciones biológicas básicas, las cuales se habían perdido al momento del ingreso a la internación.

5. A partir de la segunda viñeta clínica inferimos que el imperativo superyoico, desplegado bajo la forma del autorreproche y la ideación suicida, luego se transforma: cede algo de goce a través del humor. Y esa respuesta subjetiva denota una afectación distinta del cuerpo, en tanto puede reírse y producir risa en el otro.

6. Sostenemos que en ambos casos la transformación en las respuestas ante el imperativo superyoico fueron posibilitadas al ubicarse una falta en el Otro, en la transferencia.

7. Si bien constatamos la satisfacción paradójica; el mandato imposible de goce del superyó, sostenemos que es posible regular dicho imperativo.. En este escrito hemos encontrado estas modalidades ligadas al deseo y al humor. Queda seguir indagando otras formas de manifestación en otros casos clínicos.

BIBLIOGRAFÍA

- Abíñzano, R. y Fernández, L. (2018). El cuerpo y sus vicisitudes en la anorexia mental: entre el odio y el superyó. Artículo aprobado para su publicación en *Desde el Jardín de Freud* n° 19. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia. ISSN: 1657-3986; e-ISSN: 2256-5477.
- Assoun, P.L. (1998). Lecciones psicoanalíticas sobre cuerpo y síntoma. Buenos Aires, Argentina: Nueva visión. 1998.
- Bassols, M. (2000). La pasión del superyó. Presentación del Congreso de Torino, Mayo de 2000, fuente Web: <http://lemessenger.online.fr/Castellano/pasiodelsuperyo.htm>
- Belaga, G. (1999). Apuntes sobre la melancolía. En *Formas clínicas*. Buenos Aires, Argentina: Descartes. 1999.
- De Battista, J. (2015). La prueba por la melancolía. En *El deseo en las psicosis*. Buenos Aires, Argentina: Letra Viva. 2015.
- Fernández, L. (2015). ¿Un cuerpo afectado por la pérdida? En: Memorias del VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional

- en Psicología. XXII Jornadas de Investigación. XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. 2015.
- Fernández, L. (2016). El cuerpo afectado de la melancolía. En: Memorias del VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIII Jornadas de Investigación. XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. 2016.
- Fernández, L. (2017). Las incidencias del superyó en el cuerpo. En: Memorias del IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIII Jornadas de Investigación. XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. 2017.
- Fernández, L. (2018). Impulsiones: cuando el mandato superyoico afecta el cuerpo. En Iuale L. y cols: *Cuerpos afectados*. Buenos aires, Argentina: JCE Ediciones. 2018.
- Fernández, L. (2018). Cuerpo y superyó. La pulsión invocante como efecto del trauma de la lengua. Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología vol. XIV, junio de 2018. Buenos Aires, Argentina. ISSN: 0329-5885, pp. 111-116.
- Freud, S. (1894). Las neuropsicosis de defensa. En *Obras Completas*. Vol. III. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores. 2004.
- Freud, S. (1896). Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa. En *Obras Completas*. Vol. III. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores. 2004.
- Freud, S. (1893). Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices e histéricas. En *Obras Completas*. Vol. I. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores. 2004.
- Freud, S. (1913 [1912-1913]). Tótem y tabú. En *Obras Completas*. Vol. XIII. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores. 2004.
- Freud, S. (1914). Duelo y melancolía. En *Obras Completas*. Vol. XIV. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores. 2004.
- Freud, S. (1923). El yo y el ello. En *Obras Completas*. Vol. XIX. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores. 2004.
- Freud, S. (1924). El sepultamiento del complejo de Edipo. En *Obras Completas*: XIX. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores. 2004.
- Freud, S. (1927). El humor. En *Obras Completas*. Vol. XXI. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores. 2004.
- Freud, S. (1933 [1932]). Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. Conferencia 31: La descomposición de la personalidad psíquica. En *Obras Completas*. Vol. XXII. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores. 2004.
- Freud, S. (1930). El Malestar en la cultura. En *Obras Completas*. Vol. XXI. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores. 2004.
- Freud, S. (1937-1939). Moisés y la religión monoteísta. En *Obras Completas*. Vol. XXII. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores. 2004.
- Gérez Ambertín, M. (2007). *Las voces del superyó en la clínica psicoanalítica y en el malestar en la cultura*. Buenos Aires, Argentina: Letra viva. 2013.
- Lacan, J. (1953-1954). *El Seminario 1: Los Escritos Técnicos de Freud*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Lacan, J. (1954-1955). *El Seminario 2: El yo en la teoría de Freud y en la teoría psicoanalítica*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

- Lacan, J. (1962-1963). Clase XIX. En *El Seminario 10. La angustia*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Lacan, J. (1964). Clase XVIII. En *El Seminario 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Lacan, J. (1970-1971). Clase X: Del mito que Freud forjó. En *El Seminario 18: De un discurso que no fuese del semblante*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Lacan, J. (1972-73). Clase I: Del goce. En *El Seminario 20. Aún*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Laurent, E. (1989). Melancolía, dolor de existir, cobardía moral. En *Estabilizaciones en las psicosis*. Buenos Aires, Argentina: Manantial. 2004.
- Laurent, E. (2014). *Cuerpos que piden escritura*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Laurent, E. (2010). Impasses del superyó. En *Los divinos detalles*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Moreno Cardozo, B. (2008). Obediencia y enunciación. En *Desde el Jardín de Freud* n° 8. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia. ISSN: 1657-3986, pp. 61-74.
- Quignard, P. (1996). El odio a la música. Buenos Aires, Argentina: El cuenco de Pata. 2015.
- Rabinovich, N. (2001). El superyó: un obstáculo en la cura. En *Revista Imago Agenda* n° 48. Buenos Aires, Argentina: Letra viva. 2001.
- Soler, C. (1989). Pérdida y culpa en la melancolía. En *Estudios sobre las psicosis*. Buenos Aires, Argentina: Manantial. 2007.
- Soler, C. (1988). Inocencia paranoica e indignidad melancólica. En *El inconsciente a cielo abierto en la psicosis*. Buenos Aires: JVE Psiqué. 2004.
- Soler, C. (2011). *Los afectos lacanianos*. Buenos Aires, Argentina: Letra Viva. 2016.
- Soria Dafunchio, N. (2008). *Confines de las psicosis*. Buenos aires, Argentina: Serie del Bucle. 2008.