

# Manía de automartirio y holofrase en la melancolía

## *Self-torture mania and holophrase in melancholy*

Por Matías Laje<sup>1</sup>

---

### RESUMEN

Este trabajo tiene como objetivo precisar el diagnóstico y el análisis del síntoma en la melancolía. En primer lugar, se revisa la evolución del concepto freudiano de la melancolía, a partir de las elaboraciones psicoanalíticas del superyó, junto con algunas consideraciones epistémicas que lo hicieron posible. Con el objetivo de elaborar algunas coordenadas para el análisis del síntoma, se diferencian la introyección y la identificación del objeto. En un contrapunto con algunas definiciones del DSM5®, se demarcan criterios psicoanalíticos para su diagnóstico diferencial, a partir de la relación a la palabra, al cuerpo y al Otro, tomando como eje la noción lacaniana de holofrase. Con la noción de “manía de automartirio” se busca diferenciar la melancolía del estupor esquizofrénico y, también, del masoquismo neurótico. Además, se propone una relación entre la melancolía y la manía que no es la de una mera alternancia. Con una chicana de Goethe, se amplían recorridos anteriores sobre el uso del humor en el análisis de la melancolía y la posición del analista en la cura.

**Palabras clave:** Melancolía, Manía, Holofrase, Superyó

### ABSTRACT

This work aims at specifying the diagnosis and analysis of the symptom in melancholy. In the first place, the evolution of the Freudian concept of melancholy is reviewed, starting from the psychoanalytic elaborations on the superego, together with some epistemic considerations that made it possible. In order to elaborate some coordinates for the analysis of the symptom, introjection and identification of the object are differentiated. In a counterpoint to some definitions of the DSM5®, psychoanalytic criteria for differential diagnosis is based on the relation to the word, the body and the Other, taking as an axis the Lacanian notion of holophrase. The notion of “self-torture mania” seeks to differentiate melancholy from schizophrenic stupor and also from neurotic masochism. In addition, melancholy and mania are proposed not as a mere alternation. With a joke by Goethe, previous notes are expanded regarding the use of humor in the analysis of melancholy and the position of the analyst in the cure.

**Keywords:** Melancholy, Mania, Holophrase, Superego

---

<sup>1</sup>Universidad de Buenos Aires (UBA). Facultad de Psicología, UBA. Licenciado en Psicología UBA. Instituto de Investigaciones en Psicología. (IIP). Consejero y revisor de publicaciones y Tutor de Tesis de Grado. UBA. Docente Catedra Clínica de Adultos en grado y posgrado Facultad de Psicología, UBA.

Escuela de Psicoanálisis de los Foros del Campo Lacaniano, Buenos Aires, Argentina.

“El Odio es el tonel de las pálidas Danaides.”

Charles Baudelaire

### Rendimiento social y padecer subjetivo

Mientras la primera gran guerra europea trastocaba la realidad cotidiana de Viena, Freud se refugió en el trabajo, acaso más que nunca. De ahí surgieron, entre otros escritos cruciales, casi treinta conferencias en la Universidad –en solo un año y medio, es notable–, bajo un contexto más similar que diferente a esta pandemia global, que ya va por su segundo año. Entre esas conferencias, incluso más leídas que la *Traumdeutung*, hay una que trata sobre la formación de síntomas. Allí, *a la vista de todos y escondida para cada quien*, Freud fijó, para el síntoma, una referencia cardinal que no abandonaría nunca. Un síntoma en psicoanálisis es lo que produce sufrimiento *para la persona* (Freud, 1917/2011). Luego, en *Inhibición, síntoma y angustia*, la tesis del síntoma como defensa ante un peligro pulsional (1926/2012) es la misma; no se trata solo de un criterio externo al sujeto.

Ahora, el padecer a veces no alcanza una forma analizable. Incluso al interior de la perspectiva analítica, las inhibiciones y defensas que no son primarias al síntoma desorientan la escucha con la astucia del tero. Aun así, su dimensión real vuelve inevitable que el síntoma no se presente como tal desde el inicio, lo que hace a la esencia misma de la transferencia; caso contrario no habría ningún deseo de saber que motive la consulta. Las nuevas primeras entrevistas, no siempre preliminares, enfrentan a cada analista con esos miedos que Freud distinguió como infantiles, es decir pulsionales: la oscuridad de no saber el punto cardinal particular del eventual análisis y la soledad ante el desconocido que tiene delante. Entonces, la segunda intervención analítica en relación al síntoma –la primera es escuchar– ocurre ya comenzado el recorrido.

Por su parte, la consideración objetiva de lo que es “estar enfermo” –y lo que no– se recorta como una silueta, en su contraste con ciertos criterios o ideales de época que acentúan una “debilidad” antes que otra, incluso en la persona misma. Los diagnósticos de depresión han aumentado en la última década en un 17%, según un informe de la OMS sobre nuestra región (Organización Panamericana de la Salud, 2017). En su aparente reverso y clínicamente impreciso, el término *workaholic* ha caído en desuso. Sin apresurar conclusiones, lo que muestra el aumento diagnóstico en un caso y la disminución en el otro es la dinámica de la relación síntoma-enfermedad.

En 2013, la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA, en inglés) publicó una nueva versión de su manual diagnóstico DSM-5®, el más influyente a nivel global. Diez años después de su edición anterior, la depresión dejó de estar subordinada a los “Trastornos del estado de ánimo” (APA, 1994), para obtener plena ciudadanía en la nosografía psiquiátrica bajo la categoría autónoma de “Trastornos depresivos” (APA, 2013 y 2014). Es muy difícil que esta nueva jerarquía no incida en una mayor

prevalencia de los diagnósticos de depresión. Consideremos, ahora, el equivalente en el DSM-5® al *workaholism*, el “Trastorno por déficit de atención con hiperactividad” (Andreassen, C. S. & als., 2016) (APA, 2014: 33). Algunos criterios del DSM-5® para su diagnóstico son:

- a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p. ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).
- b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p. ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada). (...)
- d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (p. ej., inicia tareas, pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).
- e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).
- f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos). (...)
- i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej., hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas). (APA, 2014: 33-34).

Si bien la APA propone incluso algunos más, con estos seis criterios de la nueva versión del DSM-5® ya se alcanza, en sus propios términos, el diagnóstico de “Trastorno por déficit de atención con hiperactividad”, con total independencia del padecer subjetivo. Ante la ausencia de índices de salud, cabe preguntarse si no se trata, en realidad, de una evaluación de rendimiento social. Que en la APA no lean a Freud me parece, en este punto, lo menos grave. Con estos mismos criterios, si la relación al síntoma produce padecer, pero no interfiere en el trabajo, no habrá razones para considerar un tratamiento. Esto pasa incluso dentro del mismo psicoanálisis, cuando el ideal de productividad vuelve impalpable lo que viene de un síntoma que es todo lo contrario a una posición de inhibido. Revisado tres años después, por su parte, el “Trastorno de ansiedad” del DSM-5® incluyó una perspectiva un poco más clínica para el diagnóstico diferencial:

El trastorno de ansiedad generalizada puede diagnosticarse de forma concomitante si la ansiedad/preocupación es lo bastante grave como para requerir atención médica (APA, 2016: 8).

Lo que no queda claro es la preocupación de quién.

En la práctica, con estos criterios, es la ansiedad del clínico la que se trata en el paciente. Aún así, la APA ha dejado intacta la suficiencia de los criterios de rendimiento escolar, laboral y social del “Trastorno por déficit de atención con hiperactividad” (APA, 2016). En *El malestar en la cultura*, Freud llamó la atención sobre los costos subjetivos en este programa social de productividad:

La cultura obedece en este punto a la compulsión de necesidad económica; en efecto se ve precisada a sustraer de la sexualidad un gran monto de la energía psíquica que ella misma gasta (...) Puesto que la cultura impone tantos sacrificios no sólo a la sexualidad, sino a la inclinación agresiva del ser humano, comprendemos mejor que los hombres difícilmente se sientan dichosos dentro de ella (Freud, 1929/2011: 101-111).

A la luz de la teoría de la libido, cultura y síntoma –tal y como lo definió Freud en 1917– no se diferencian del todo; es un efecto de discurso lo que permite distinguirlos. Sin desentenderse por eso de la “compulsión de necesidad económica”, el análisis dispone las condiciones para modificar la relación al síntoma, por razones diferentes de aquellas que llevaron a la APA a considerar que un bajo rendimiento es, en y por principio, un trastorno objetivo y medicable. Un año después de publicar *El malestar en la cultura*, Freud no dejó pasar la oportunidad para, además, extraer la cuestión psicopatológica de toda segregación:

Lo que nosotros, yo, mis amigos y colaboradores, pudimos aprender por ese camino nos pareció sustantivo para la edificación de una ciencia del alma que permita comprender los procesos normales y los patológicos como parte de un mismo acontecer natural (Freud, 1930/2001: 208).

Al día de hoy, el psicoanálisis no ha dado con un criterio intrínseco y continuo a los procesos psíquicos mismos para calificarlos *per se* de enfermedad. Menos aún rinde demasiados homenajes a los discursos desde los cuales se los podría considerar un trastorno, lo que trae algunas consecuencias para el psicoanálisis. Si la noción de trastorno es externa al sujeto, no por eso es ajena a todo interés. Nos informa la Organización Panamericana de la Salud:

La falta de acción es costosa. Según un estudio dirigido por la OMS, que calculó los costos de tratamiento y los resultados de salud en 36 países de ingresos bajos, medios y altos durante los 15 años que van de 2016 a 2030, bajos niveles de reconocimiento y acceso a la atención de la depresión y otros trastornos mentales comunes, como la ansiedad, resultan en una pérdida económica global de un billón de dólares cada año. Las pérdidas son incurridas por los hogares, los empleadores y los gobiernos. Los hogares pierden financieramente cuando la gente no puede trabajar. Los empleadores sufren cuando los empleados se vuelven menos productivos y son incapaces de trabajar. Los gobiernos tienen que pagar mayores gastos de salud y bienestar. (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

¿No es por el malestar en quienes ven perjudicado su beneficio ante la debilidad de las fuerzas productivas que el clínico, en definitiva, es llamado a responder? ¿Dónde está, ahí, el sujeto? Desde una perspectiva un tanto diferente, el análisis puede posicionar al sujeto de un modo particular ante un malestar que le concierne, en su cuerpo y en su persona. Y acaso pueda también dar una oportunidad para una nueva relación al síntoma. Es cierto que es un resultado que la cura no siempre obtiene. Ahora, el dispositivo analítico no puede apostar al sujeto de manera responsable sin un diagnóstico. Y si el diagnóstico es impreciso, lo desaloja de antemano.

### El concepto de melancolía

Las elaboraciones freudianas que dieron su flor en el superyó –segunda tópica– resultaron decisivas para un concepto propiamente psicoanalítico de la melancolía. Revisemos el recorrido.

1917. “La instancia crítica escindida del yo” (Freud, 1917/2003: 245).

1921. “La diferenciación entre el yo y el ideal del yo” (Freud, 1921/1989: 122).

1923. “Mientras que el yo es esencialmente representante del mundo exterior, de la realidad, el superyó se le enfrenta como abogado del mundo interior, del ello”. (Freud, 1923/1986: 37).

Desde el comienzo, Freud delimita la melancolía y la manía en su relación al saber y al objeto. El melancólico no sabe qué perdió; el maníaco, sobre qué triunfó (Freud, 1917/2003). En ambas, se trata de una posición en la ignorancia. El autorreproche, lapidario y típico en la melancolía, le enseña a Freud sobre esa “instancia crítica escindida del yo” (1917/2003: 245), que deberá esperar a 1923 para ser nombrada como “superyó”. Entre ambas tópicas, Freud formaliza un nuevo dualismo pulsional, antagónico y primario en los seres hablantes, que no se limita al principio de placer. Esto resulta fundamental para captar lo que está en juego en la melancolía.

En 1917, el objeto en la melancolía era considerado faltante y resignado. Luego, con una teoría más precisa del ideal, el concepto freudiano de melancolía es “una identificación con un objeto reprobado” (Freud, 1921/1989: 126). Esto quedará aún más claro con la segunda tópica: “el objeto, a quien se dirige la cólera del superyó, ha sido acogido en el yo por identificación” (Freud, 1923/1986: 52). Entonces, ¿cómo opera el superyó en la melancolía? La melancolía es una vivencia autopunitiva del infortunio, que el superyó juzga como castigo merecido. Esta es la posición judicativa en la melancolía. No es por eso masoquismo. El yo del perverso desconoce su división al llevarla al campo del Otro, lo que es del todo diferente al yo en la melancolía. Para precisarlo, volvamos por un momento a la cuestión del narcisismo en la manía. ¿Qué está diciendo Freud cuando propone que “en el maníaco, yo e ideal del yo se han confundido” (Freud, 1921/1989: 125)? Desde la segunda tópica freudiana, queda más

claro que el narcisismo del maníaco no está exacerbado, sino desintegrado por el superyó. Otro tanto sucede en el yo del melancólico. Por eso, quizás la manía no sea una “fase” en la melancolía, sino su núcleo mismo.

### La introyección del objeto en la melancolía

La predominancia clínica del objeto en la melancolía es, junto con el superyó, el resorte de la reflexión clínica de Freud. Ahora, Freud no siempre nombra esa relación al objeto en la melancolía como una identificación: “El análisis de la melancolía (...) nos ha proporcionado otro ejemplo de esa introyección del objeto” (Freud, 1921/1989: 103). La introyección ha tenido mayor eco en Ferenczi y Klein, desde luego, incluso más que en el propio Freud. Con Lacan, ha quedado más claro que la identificación, y no la introyección, es la que porta una coordenada significativa. Según Freud, esas identificaciones son cicatrices de amor. Y acaso también del odio, el de ambivalencia, que no es el odio que se presenta en la melancolía. Por eso, la verdadera identificación al objeto, no es la melancólica, es la identificación histórica.

Entonces, para captar la introyección melancólica hay que contrastarla doblemente. Por un lado, con la identificación significativa. Hablar de introyección del objeto resulta más preciso, dada la ausencia del registro simbólico que presenta el síntoma en la melancolía. Despejar, e incluso construir, rasgos simbólicos en los autorreproches –tan duros como inespecíficos en la melancolía– es ya una conquista de la cura y el comienzo del duelo. La segunda oposición es con la paranoia. Los delirios melancólicos son la experiencia interior del objeto, que en la paranoia, tesis de Lacan, es vivido desde un Otro aglutinado en su consistencia real.

### La función de la palabra en la manía y en la melancolía

A veces, durante alguna entrevista, tenemos la impresión de que podríamos salir del consultorio y algunos pacientes seguirían hablando. Por fuera de toda demanda, en las antípodas del *Fort-Da*, un melancólico no pide ni despide, sino que objeta al Otro. La repetición de su testimonio no es por sobredeterminación significativa, sino que presenta la dimensión más real del lenguaje. Esto implica una encerrona paradójica: ¿cómo registrar en el Otro, su inexistencia? En un intento de separación de antemano, sin pasar por la alienación significativa, su vocación testimonial deja escuchar el núcleo maníaco de la melancolía. Introducir la significación por la vía de la interrupción resulta imprescindible. En este sentido, la puntuación queda, más que nunca, a cargo de cada analista.

Antes que a un significativo fuera de la cadena, el melancólico nos confronta a eso que Lacan situó en 1964 como “la holofrase”:

Quando no hay intervalo entre S1 y S2, cuando el primer par de significantes se solidifica, se holofrasea (Lacan, 2010: 245).

La función del diagnóstico en psicoanálisis no se limita a ese otro primer par –todavía insuperado– de neurosis/ psicosis. La tesis de la *Verwerfung* de Lacan (1959), de una coherencia fascinante, puede volver impalpables algunos matices entre las diferentes psicosis; matices que son muy relevantes para la dirección de la cura. Por ejemplo, a nivel de la transferencia y en los requerimientos particulares de su abstinencia, la posición del analista es bien diferente –y debe serlo– ante una furia paranoica, una melancolía profunda o una disociación esquizofrénica. Esto le da su valor a recuperar la holofrase como categoría clínica, en su oposición, no solo con el par significativo, sino también con el significativo que hace signo por fuera de la cadena discursiva. La melancolía, como la holofrase, es más delirante que alucinatoria.

Un breve ejemplo, este es el elemento que toma Soler en su comentario sobre el caso de Robert, el “niño del lobo” de Rosine Lefort (2000). Para Soler (2008), la holofrase estabiliza la psicosis de Robert en una melancolía y no en una paranoia. Nótese que Rosine Lefort ya había alcanzado a escuchar algo de esto en el nombre que le da al caso, que rima con el de Freud, lo cual es obvio. Ahora, el nombre del caso no es “de los lobos”, sino *au loup*, al lobo, que es el índice holofrásico de esos agujeros insimbolizables en el pequeño Robert, (Lefort, 2000; Soler 2008). La holofrase es quizás ya un pretratamiento de ese agujero, más real que verdadero. Que la pendiente de la introyección, antes mencionada, tienda hacia la identificación significativa no sería un modo demasiado errante para el análisis de la melancolía.

### Algunas coordenadas para el diagnóstico

El diagnóstico siempre es diferencial y en este caso, mal que le pese a los melancólicos, no son aquí ninguna excepción. El autorreproche delirante es consecuencia lógica de la introyección (Pommier, 2009), estamos de acuerdo. Ahora, en la paranoia, antes que una proyección, que tampoco es algo verdaderamente exclusivo de la paranoia, lo que se escucha es una misma trama en todas las dimensiones de la topología del sujeto. El aglutinamiento discursivo del paranoico –su *engluement*, decía Lacan– no da cuenta del agobio melancólico, testimonio de lo insoportable de un cuerpo holofrásico. Sin agujeros, es un cuerpo que duele por entero y no por partido, de un modo muy diferente a la pasión que el significativo condensa y recorta en algunas partes del cuerpo histórico. Tampoco es el cuerpo sin dolor, efecto de la disociación.

En el cuento sobre M. Valdemar, Poe da una fórmula para la holofrase melancólica. Cuando el hombre de ciencia le pregunta a M. Valdemar, hipnotizado ante el umbral de la muerte, si en ese estado acaso pudiera explicarle lo que siente y lo que desea:

—¡Le digo que estoy muerto!

(Poe, 2002, versión de Julio Cortázar).

Al producir el intervalo significante, el decir del análisis vivifica la palabra durante la cura. El recorrido mismo del análisis introduce en el testimonio melancólico la dimensión de la pérdida. Cada interpretación extrae de la holofrase un nuevo eslabón, lo que le da su tintineo a la cadena significante. Por eso, la melancolía no es un duelo que se retiene al infinito como en el caso de algunas ob-cesiones. La melancolía es un duelo que no ha comenzado.

En este sentido, el melancólico no es solo un traumatizado por la intensidad de lo real a inscribir, como el veterano de guerra o ante lo real de la sexualidad. No siempre se trata de que algo no anda muy bien en lo simbólico, o no solo. A veces, la pasión por lo real de la melancolía se afirma en la naturaleza misma de lo faltante, cuando eso que falta nunca estuvo. Entonces, el duelo se plantea en términos de privación, porque no podría hacerlo de otro modo; son esos duelos difíciles, donde lo faltante conserva toda su dimensión real. Ahora, la privación puede darse o no al modo de una melancolía. Algunas histerias gozan con la privación de lo que desean, tesis de Freud.

Nunca falta en una melancolía, el planteo del duelo en términos forclusivos, gran dificultad para el análisis; el otro tramo escabroso es el agobio corporal, cuando toma todo el cuadro clínico y obstaculiza cualquier intervención. Antes de que el agobio masivo amenace, en definitiva, la interrupción del tratamiento, abordar lo real del cuerpo melancólico en interconsulta psiquiátrica es lo más indicado. No se trata de medicar la angustia del analista *en* el melancólico, como en la defensa psiquiátrica antes mencionada, sino de prestarle un poco de angustia, cuando la disociación afectiva se presenta con toda su fuerza. Dosificada en el análisis, como proponía Lacan, la angustia puede producir una apelación a un registro en lo simbólico. Otra diferencia diagnóstica importante está en el periplo maníaco y la hazaña obsesiva, donde el registro del Otro resulta decisivo. Este registro mantiene el esfuerzo<sup>1</sup> obsesivo en la dimensión de lo *contable*.

La posición melancólica, aún en su máxima quietud, es también a diferenciar del estupor esquizofrénico. No es por una disociación entre la pulsión y la cadena significante que el melancólico se queda quieto. En este punto hay una cuestión que quisiera plantear sobre el diagnóstico en psicoanálisis. Hay una referencia en la tesis doctoral de Lacan, que es un trabajo bastante poco leído, quizás por ser una tesis en Psiquiatría. Se trata de una consideración inicial, una especie de salvedad, donde Lacan deja en claro que va tomar como punto de partida la distinción clásica en cierta psiquiatría entre “el grupo de las demencias y el grupo de las psicosis”, siendo que a diferencia de las primeras, en la psicosis “se revela que en la ausencia de todo déficit (...) de capacidad y (...) de lesión orgánica (...) son todos problemas específicos a la síntesis psíquica” (Lacan, 1932/2015: 13-14). Esta es la antesala conceptual de su tesis sobre la psicosis modelo

1958, considerada como una estructura. De ahí que el diagnóstico de esquizofrenia psiquiátrica y el de esquizofrenia, en tanto psicosis en análisis, sea discontinuo a nivel de la cura. En este sentido, algunos analistas han continuado esta tradición:

Es mejor pensar la psicosis o la neurosis como una toma de posición que como un automatismo en cuya etiología el ser que lo padece no tiene nada que ver (Lombardi, 2008: 242).

Ahora, ¿será mejor para “el ser que lo padece”? ¿Espero que sí! Es muy poco y, además, inadecuado, lo que el psicoanálisis puede ofrecerle al psicótico si lo segrega, en primer lugar, como categoría diagnóstica y luego como analizante de pleno derecho. Si el estupor esquizofrénico es una experiencia de la dimensión más real del significante, en la quietud melancólica, entendida como manía de automartirio, el empuje y la meta de la pulsión están superpuestos. Por su parte, en la detención obsesiva y en la parálisis histérica, la inhibición está delimitada por su relación al deseo. Entonces, lo fundamental no está en la intensidad de la detención, que en las neurosis graves puede ser incluso mayor al de una melancolía un poco más discursiva. Si el criterio clínico está en el registro del Otro, el criterio ético implica una respuesta que no se limite a las demandas del mercado, aunque tampoco por eso las desoiga por completo.

### Ante el superyó

En la posición de cada analista ante el superyó se juega, en buena parte, la suerte del analizante melancólico. Por eso, queremos ampliar lo que propusimos en otra parte (Laje, 2017), sobre el valor del humor en el análisis de la melancolía. Desde luego, no se trata de promover ahí las alegrías de la vida, lo que implica el pasaje al acto del analista. Hay una pauta en Goethe:

Goethe contaba que un obispo inglés, el conde de Bristol, le había reprochado el hecho de haber provocado numerosos suicidios con su *Werther*. Goethe respondió: “¿Usted les habla también en esos términos, por ejemplo, a los grandes hombres de este mundo, que con un trazo de pluma, y para complacer los ejercicios estilísticos de su diplomacia, envían a centenares de miles a los campos de batalla, permiten que ochenta mil personas mueran, e inducen a sus súbditos al asesinato, el saqueo, la violación, e incluso al homicidio premeditado? ¿A la vista de esto, ellos entonan un *Te deum!* (...) Para no hablar de las numerosas personas que se suicidan solo para arribar más rápidamente a la magnificencia del Paraíso, o para escapar a las quiméricas ideas religiosas que ustedes les infunden. ¿Qué hacen ustedes entonces? ¡Ensalzan a Dios Nuestro Señor!” (Goethe, 2015: 518, n. 1030, versión de Miguel Vedda).

Entonces, el uso del humor en el análisis permite un

cambio en la meta pulsional; donde se espera castigo se encuentra alivio. Así, “el automartirio de la melancolía, inequívocamente, gozoso” (Freud, 1917/2003: 249) queda, al menos, un poco equivocado a nivel de la persona gramatical y de la meta de la pulsión. El humor, a diferencia de la resignación melancólica, no gambetea la realidad enunciativa, sino que rencausa algo del deseo ahí donde el superyó juzgaba lo real como una condena. En este sentido, el humor es una elaboración del componente destructivo de la pulsión, que es uno de los mayores aportes que el decir puede hacer al análisis. Ahora, la humorada, de cuya maestría Goethe da prueba, es un recurso fundamentalmente táctico, con una duración acotada en el tiempo. Si alguna vez una maniobra así permite sortear una encerrona en el análisis, ningún tratamiento puede reducirse a un mero ejercicio de la interposición del humor.

Por último, hay una afinidad entre el decir y la melancolía. Esto se debe a que el decir acontece fuera de lo simbólico, lo que también hace a la topología de la melancolía. Ahora, el decir es sin Otro en el momento de su acto, si bien su efecto de discurso lo diferencia de la holofrase melancólica.

### Algunas conclusiones parciales

En la melancolía, la manía de automartirio no es solo el resultado de la introyección del objeto odiado, sino que es también consecuencia de una sobreinvestidura del superyó y registro afectivo de una privación cuyo duelo se presenta como irrealizable. La holofrase es un criterio que puede orientar la escucha analítica, para diferenciar el testimonio del melancólico del significativo fuera de cadena y precisar así su diagnóstico, siempre diferencial. El duelo, como simbolización de lo faltante, lleva la introyección al registro de la identificación, índice de que la melancolía se introduce en la pendiente de la pérdida. En estos casos, el humor puede ser un aliado táctico del análisis para la elaboración del componente destructivo de la pulsión. Nos queda como pregunta para futuros trabajos, una topología del núcleo maníaco de la melancolía, en su afinidad con el decir.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Forth Edition*. Washington: APA.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Washington: APA.
- American Psychiatric Association (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington: APA.
- American Psychiatric Association (2016). *Suplemento del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, quinta edición*. Versión en español. Arlington: APA.
- Andreassen C. S., Griffiths M. D., Sinha R., Hetland J., Pallesen S. (2016). The Relationships between Workaholism and Symptoms of Psychiatric Disorders: A Large-Scale Cross-Sectional Study. *PLoS ONE*, 11(5): e0152978. Recuperado de <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152978>
- Freud, S. (1986). “El yo y el ello”. En *Obras Completas*, XIX. Buenos Aires: Amorrortu Editores, pp. 13-66. (Original publicado en 1923).
- Freud, S. (1989). “Psicología de las masas y análisis del yo”. En *Obras Completas*, XVIII. Buenos Aires: Amorrortu Editores, pp. 63-136. (Original publicado en 1921).
- Freud, S. (2003). “Duelo y melancolía”. En *Obras completas*, XIV. Buenos Aires: Amorrortu, pp. 241-255. (Original publicado en 1917).
- Freud, S. (2011). “23a Conferencia. Los caminos de la formación de síntoma”. En *Obras completas*, XVI. Buenos Aires: Amorrortu, pp. 326-343. (Original publicado en 1917).
- Freud, S. (2012). “Inhibición, síntoma y angustia”. En *Obras completas*, XX. Buenos Aires: Amorrortu, pp. 83-161. (Original publicado en 1926).
- Freud, S. (2011). “El malestar en la cultura”. En *Obras completas*, XXI. Buenos Aires: Amorrortu, pp. 65-140. (Original publicado en 1929).
- Freud, S. (2001). “Alocución en la casa de Goethe, en Francfort”. En *Obras completas*, XXI, Buenos Aires: Amorrortu, pp. 208-112. (Original publicado en 1930).
- Goethe, J. W. v. (2015). *Fausto*. Buenos Aires: Colihue. Versión de Miguel Vedda.
- Lacan, J. (1971). “D’une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose ». En *Écrits II*. París: Seuil, pp. 44-102. (Original publicado en 1959).
- Lacan, J. (2010). *El Seminario 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2015). «De la Psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité, seguido de Premiers écrits sur la paranoïa». París: Seuil. (Original publicado en 1932).
- Laje, M. (2017). “El humor no es chiste: usos clínicos de un decir que no desanuda tragedia y comedia”. En *Revista Desde el Jardín de Freud*, 17, 43-49.
- Lefort, R. y R. (2000). « Le Réel, le Symbolique, l’Imaginaire dans la dialectique de l’Autre et de l’Objet au cours de la cure dialectique. Les feuillets du Courtil », 3. Recuperado de <http://www.courtil.be/feuillets/PDF/Lefort-f3.pdf>
- Lombardi, G. (2008). *Clínica y lógica de la autorreferencia*. Buenos Aires: Letra Viva, 2008.
- Organización Panamericana de la Salud (2017). “Depresión: hablemos”, dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad. Recuperado de [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es)
- Poe, E. A. (2002). “La verdad sobre el caso del señor Valdemar”. En *Cuentos*. Madrid: Alianza. Versión de Julio Cortázar.
- Pommier, G. (2009). *La mélancolie. Vie et œuvre d’Althusser*. París: Flammarion.
- Soler, C. (2008). “Rectificar al Otro”. En *Estudios sobre las psicosis*. Buenos Aires: Manantial, pp. 21-31.

### NOTAS

<sup>1</sup>El término *Zwang* de *Zwangsneurose* tiene aquí todo su valor, como en “*Zwangsarbeit* (trabajo forzado) y *Zwangjacke* (camisa de fuerza)”, un matiz en el concepto freudiano de la neurosis obsesiva que nos recuerda la traductora de nuevas versiones recientes de Freud al francés (Francoal, 2017: 86 n.6).