

Universidad Nacional de Mar del Plata

Facultad de Psicología

*Título del proyecto: "La Anorexia: su conceptualización
desde la escuela psicoanalítica"*

Informe final correspondiente al requisito curricular conforme O.C.S 143/89

Alumnas:

-Navella, Ana Paula. Mat. 5173/00. DNI 28916915

-Páez, Cecilia Alejandra. Mat 5820/02. DNI 30876977

-Pili, Laura. Mat. 5829/02 DNI. 30876674

Supervisor:

Lic. Alfredo Cosimi

Cátedra de radicación:

Introducción a la teoría psicoanalítica

Fecha de presentación: 28 de agosto de 2009.



Nº CLASIFICACION:	ADQUISICION:
t-13 N	
	Nº INVENTARIO:
	R-585

“Este Informe final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de las alumnas: Navela, Ana Paula; Páez, Cecilia Alejandra y Pili, Laura, de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de las autoras”.

“El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por las alumnas: Navella, Ana Paula. Mat. 5173/00, Páez, Cecilia Alejandra. Mat. 5820/02 y Pili, Laura. Mat. 5829/02, conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los ²⁸..... días del mes de ^{AGOSTO}..... del año 2009”



Alfredo S. Cosimi
Psicoanalista
M.P. 45.321

Firma, aclaración y sello del supervisor

Informe de evaluación del supervisor.

La monografía, dedicada en parte a resumir una buena fracción de la bibliografía psicoanalítica sobre la anorexia, cumple con las expectativas que demanda una tesis universitaria: estudio suficiente, fidelidad interpretativa de las fuentes primarias y secundarias, minuciosidad, consignación de una importante cantidad de los autores y desarrollos relevantes sobre el tema. La tesis se permite, además del resumen bibliográfico, la anotación de algunas elaboraciones de las autoras: críticas en algunos casos, de hipótesis explicativas y de relaciones poco señaladas entre las diferentes producciones teóricas en otros. Este conjunto hace que el texto final sea respetable y trasluzca el buen trabajo que han realizado las autoras.

Alfredo Salvador Cosimi.

Profesor Titular *Introducción a la Teoría Psicoanalítica.*

28 agosto de 2009.

“Atento al cumplimiento de los requisitos prescritos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por las alumnas: Navella, Ana Paula (Mat. 5173/00), Páez, Cecilia Alejandra (Mat 5820/02) y Pili, Laura. Mat. 5829/02)”

Firma y aclaración de los miembros integrantes de la Comisión Asesora:

Fecha de aprobación:

Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Psicología
Secretaría de Investigación y Postgrado

Proyecto de investigación- requisito curricular
Plan de estudios o.c.s 143/89

Nombre y apellido:

-Navella, Ana Paula. Mat. 5173/00

-Páez, Cecilia Alejandra. Mat. 5820/02

-Pili, Laura. Mat. 5829/02

Cátedra de radicación del proyecto:

'Introducción a la teoría psicoanalítica

Supervisor:

Lic. Alfredo Cosimi

Título del proyecto:

'La Anorexia: su conceptualización desde la escuela psicoanalítica"

Descripción resumida:

En este trabajo nos proponemos describir qué se entiende por Anorexia y cuáles son las principales causas o factores que la originan, desde el discurso psicoanalítico.

Palabras claves:

Anorexia - psicoanálisis

Descripción detallada:

-Motivos:

Dado que la anorexia no fue estudiada en profundidad durante nuestra carrera y es un padecimiento psíquico que –según algunos autores- se observa cada vez con mayor frecuencia, es que decidimos interiorizarnos en esta problemática, desde el punto de vista

psicodinámico a fin de contribuir con el tema en la actualidad y a su vez, ampliar nuestros conocimientos.

-Antecedentes:

Luego de la revisión de la literatura en busca de antecedentes sobre estudios similares encontramos los siguientes:

Hemos encontrado en el libro de Ginette Raimbault y Caroline Eliacheff "Las indomables figuras de la anorexia" (1991), desarrollos sobre el tema: Las primeras referencias se dan en Avicena o descripciones más completas en Richard Morton quien indica que mientras las partes carnosas estaban evidentemente consumidas en estas enfermedades nerviosas, la fiebre, la tos y otros signos de enfermedad médica faltaban. Atribuye a los trastornos a violentas pasiones de la mente y propone llamarlas Phtysis nerviosa, y señala como características centrales: ayuno con la siguiente consunción, amenorrea y sobre actividad. Más tarde a fines del siglo XVIII, Robert Whyt en Inglaterra y Nadeau en Francia hacen una detallada descripción de los síntomas con iguales características a las observadas actualmente. (Hasta aquí los desarrollos prepsicoanalíticos según las autoras).

En un texto de Diana Graciela Antebi (2005), se menciona a Charles Lasegue que fue quién acuñó el término Anorexia histérica en 1873, la cual será para él una enfermedad mental, es decir, un cuadro clínico preciso, con una evolución bastante típica y un tratamiento propio. Lasegue menciona que este comportamiento responde a un orden donde el deseo se compromete y se pone en juego.

A continuación, comenzaremos con las referencias propiamente psicoanalíticas: Freud señala en "Estudios sobre la histeria", caso Emmy Von N, (1895, pág. 78) que este caso "muestra un pequeño monto de conversión (...) los síntomas psíquicos de nuestro caso de histeria con escasa conversión se pueden agrupar como alteración del talante, obsesiones y abulias. Las abulias están condicionadas aquí por un doble mecanismo psíquico. (...) Otra clase de abulias se basa en la existencia de asociaciones no desasidas, de tinte afectivo, que oponen resistencia al anudamiento de asociaciones nuevas, en particular las de índole inconciliable. El ejemplo más patente de una abulia de este tipo nos lo ofrece la anorexia de nuestra enferma". (Se encuentran otras referencias a este tema en otras partes de la obra, como "Estudios sobre la histeria"; "Un caso de curación por hipnosis"; "Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos"; entre otros).

Volviendo a los desarrollos de Rainbault y Eliacheff, las autoras postulan que Abraham, en sus trabajos sobre las fases pregenitales del desarrollo se esfuerza por mostrar el origen de los trastornos alimenticios estudiando más a fondo el papel del sadismo, la ambivalencia, la oralidad, de la culpabilidad específica del deseo de incorporación del pene paterno. Para Abraham todos estos elementos siguen perteneciendo a la naturaleza histórica. De igual manera, afirman que Melanie Klein, a través de sus estudios sobre la función de los fantasmas arcaicos, propone un nuevo ángulo de comprensión de la dinámica oral. Interpreta todo fenómeno psíquico en términos de defensa contra la angustia, ya sea bajo un modo esquizoparanoide, ya sea bajo un modo depresivo. Anna Freud, para dichas autoras, sitúa la anorexia mental en lo que ella denomina los comportamientos ascéticos de la adolescencia, un modo de defensa propio de la edad. (Hasta aquí, los comentarios sobre el texto de Rainbault).

Hemos encontrado además, que Lacan, en el Seminario sobre la relación de objeto, afirma lo siguiente: "La anorexia mental no es un no comer, sino un no comer nada. Nada es precisamente algo que existe en el plano simbólico. (...) Se trata, en detalle, de que el niño come nada, algo muy distinto que una negación de la actividad. Frente a lo que tiene delante, es decir, la madre de quien depende, hace uso de esa ausencia que saborea. Gracias a esta nada, consigue que ella dependa de él". (1956; pág 187)

Otra autora que trabaja este tema es Silvia Amigo. En "Clínica de los fracasos del fantasma" (1999, pág. 96), postula que "Cualquier estructura clínica puede estar acompañada, además, por un trastorno de la alimentación" y posteriormente realiza una diferenciación con la histeria: "Si el "eating disorder" es uno más de los muchos recursos de un sujeto, podemos decir que es un "eating disorder" histórico. En ese caso se trata de un recurso más que tiene el sujeto de poner el jaque al Otro, jugando a través de la comida, con su deseo. En cambio, lo que yo llamo anorexia vera se da en el sujeto cuyo único objeto de juego para movilizar el deseo del Otro es su propia desaparición."

Objetivo general:

Describir la Anorexia desde los aportes psicoanalíticos, tanto clásicos como contemporáneos.

Objetivos particulares:

1. Abordar el concepto de anorexia en la obra de Sigmund Freud
2. Analizar el concepto de acuerdo a desarrollos psicoanalíticos actuales.

Método:

Investigación bibliográfica.

Será un trabajo descriptivo, no experimental. Se tomarán aportes de autores con perspectiva psicodinámica, como Lacan y otros autores contemporáneos.

- Lugar de realización del trabajo:

Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Psicología.

- Cronograma de actividades:

Mes	febrero	marzo	abril	mayo	junio
Actividad					
Investigación bibliográfica	X	X	X	X	X
Reuniones de Equipo	X	X	X	X	X
Análisis del material teórico	X	X	X	X	X
Informe final				X	X

Bibliografía básica de referencia:

- Actualidad psicológica –revista- (2001) *Trastornos alimentarios* - Buenos Aires- (288).
- Amigo, Silvia (1999) *Clínica de los fracasos del fantasma*- Rosario: Homo sapiens
- Antebi, Graciela, "Charles Lasegue, la nueva mirada" en: Bejla R. de Goldman (2005) *Anorexia y bulimia, un nuevo padecer*- Buenos Aires: Lugar editorial
- Baravalle, G; Jorge, C. y Vaccarezza, L. (1993) *Anorexia. Teoría y clínica psicoanalítica*. Barcelona: Paidós
- Burde, Lydia y Sorbías, Elizabeth (2001) *Los enfermos psicossomáticos: personalidades míticas*. Rosario, Santa Fé: Laborde editor
- Freud, Sigmund (1873) *Obras completas*- Buenos Aires: El ateneo
- Galende, Emiliano (1997) *De un horizonte incierto*. Buenos Aires: Paidós
- Hekier, Marcelo. (1996) *Clínica del hacer, Clínica del decir: Anorexia Bulimia: Deseo de nada*. Argentina. Paidós.
- Lacan, Jacques (1956) *Seminario IV, La relación de objeto*- Buenos Aires: Paidós
- Raimbault, Ginette. (1991). *Las indomables. Figuras de la anorexia*. Buenos Aires: Nueva Visión
- Recalcati, Massimo. (2004) *La última cena, Anorexia y Bulimia*. Italia: Del Cifrado.
- Rojas, María Cristina- Sternbach, Susana. (1997) *Entre dos siglos. Una lectura psicoanalítica de la posmodernidad*. Buenos Aires: Lugar

Lic. ASCSIMI

Supervisor

Alfredo S. Costantini
Psicoanalista
M.P. 45.321

PAEZ cecilia A.

Pira, Laura

Paula Novella

Declaro a Supervisión Mg. Martínez Horroco. 9/3/09

Proyecto Aprobado

13/3/09

MARTÍNEZ H.

INDICE GENERAL

Capítulo I: Introducción.....	pág. 2
Capítulo II: La Anorexia en los textos freudianos.....	pág. 8
Capítulo III: La Anorexia desde autores post- freudianos.....	pág. 35
Capítulo IV: Conclusiones generales.....	pág. 88



Agradecimientos

En primera instancia, consideramos que no podemos dejar de reconocer y valorar a todas aquellas personas que nos acompañaron y colaboraron en este trabajo tan importante para nosotras.

Comenzamos por el director de esta tesis, Licenciado Alfredo Cosimi, a quien le agradecemos profundamente por toda su dedicación, tiempo, labor, paciencia y enseñanza constante, enriqueciendo nuestros saberes previos; dado que sin él no estaríamos escribiendo estas últimas líneas pertenecientes a este requisito, el cual es un paso fundamental para obtener nuestro esperado título. Queremos rescatar también el hecho de que cada encuentro haya sido programado telefónicamente y se haya llevado a cabo cara a cara, lo que generó un intercambio fluido y permanente.

Por otra parte, le otorgamos un lugar primordial al Instituto C.E.T.AL (Centro Especializado en Trastornos Alimentarios) por sus valiosos aportes tanto teóricos como vivenciales.

Para finalizar, valoramos el apoyo de nuestras familias, amigos, compañeros de trabajo y facultad a lo largo de este proceso de investigación.

A todos ellos, ¡muchas gracias!



CAPÍTULO I

Introducción

Mucho se ha dicho y se continúa diciendo acerca de la Anorexia: se la considera desde los manuales de psiquiatría como un trastorno alimentario, como un “mal de nuestra época” para los medios de comunicación masiva, o bien “un capricho de adolescentes que quieren estar flacas”, para algunos padres. En relación a esto, creemos que es un tema al que se le debe dar suma importancia por el nivel de complejidad y gravedad que implica desde todo punto de vista: biológico, social, familiar, pero sobre todo psíquico. El presente trabajo entonces, es el resultado de nuestra inquietud sobre como entiende el psicoanálisis a la Anorexia y que aportes se pueden hacer a la comprensión del tema.

Para cumplir nuestro objetivo, hemos analizado primeramente las teorizaciones freudianas y luego las contribuciones de autores post-freudianos, como Melanie Klein, Jaques Lacan y Silvia Amigo, entre otros.

Antecedentes históricos de la Anorexia

Creemos que es de vital importancia realizar un breve desarrollo histórico del cuadro, como así también comenzar con la etimología del concepto. Según Bejla R. de Goldman, (2005), el término *Anorexia* proviene del griego, con el prefijo **a**, que sería **in**, en castellano es el grado cero de la negación.

El verbo tiene varias acepciones, a saber: alcanzar, tocar, tender, ofrecer, dar, expandirse de gozo, **desear a alguien**. La autora señala que ninguno de estos conceptos nos remite a **comer**. Continúa expresando que: “Anteponiéndole el prefijo de la negación, diríamos que para lo que aquí nos convoca en cuanto a la traducción, la palabra que más le cuadra a **Anorexia** sería: sin deseo, falta de gozo” (Anorexia y bulimia, un nuevo padecer. 2005; 7)

Horacio R. Losinno, en **Anorexia nerviosa- una perspectiva histórica** (2001), expresa que si bien hubo casos de anorexia ya en el siglo XVI o quizás antes, la primera descripción médica de la Anorexia nerviosa fue publicada por Richard Morton a fines del siglo XVII. Este autor relata el caso de una joven de 18 años de edad que comienza a presentar algunos síntomas de “consunción nerviosa”. Restringía su ingesta, tenía amenorrea, vómitos y al cabo de dos años presentaba hipotermia y estaba muy delgada “como un esqueleto sólo recubierto con piel”. Según Morton este cuadro se debía a un conjunto de tristezas y preocupaciones ansiosas. Indicaba que

mientras las partes carnosas estaban evidentemente consumidas en estas enfermedades nerviosas, la fiebre, la tos y otros signos de enfermedad médica faltaban. Atribuía los trastornos a violentas pasiones de la mente y propuso llamarlas *Phthisis nerviosa*, señalando como características centrales: ayuno con la siguiente consunción, amenorrea y sobreactividad.

En 1764 Robert Whytt, de Edimburgo, publicó un informe en el que describía “una atrofia universal derivada de un estado mórbido de los nervios” (Losino; 2001). Whytt supone que el “deseo de descanso refrescante y el humor bajo o la melancolía que generalmente acompañan a esta enfermedad, puede contribuir a evitar la adecuada nutrición del cuerpo”. (Anorexia nerviosa- Una perspectiva histórica, en Revista Actualidad Psicológica. 2001)

El aporte de Charles Lasègue

Siguiendo a Ginette Raimbault y Caroline Eliacheff, (1991) vemos a lo largo de su texto que fue Charles Lasègue, en 1873, quien no sólo describe los síntomas de la enfermedad, sino que se coloca a si mismo en tanto que terapeuta. En ese momento era médico de la Prefectura de Policía de París, cuando describe lo que el llama “Anorexia histérica”. Este cargo lo convertía en un representante modelo de las relaciones que se habían establecido entre la Policía y la Psiquiatría en la época del “gran encierro”, es decir de la creación de los manicomios. Lasègue expresa:

El adelgazamiento progresa rápidamente y con el aumento la debilidad general. El ejercicio se torna laborioso y la paciente permanece de buen grado en decúbito. Cuando se levanta experimenta vértigos y malestares y aún hace crisis sincopales. El rostro es pálido, sin decoloración de los labios. Se constata un ruido de soplo cardiovascular de causa anémica, que frecuentemente aparece al principio de la afección y que es casi constante en este estadio. (Lasègue; 1873/ 1991)

Lasègue ocupa, según las autoras, un puesto clave en la determinación de quién es apto para el trabajo y quién debe ser encerrado. Además es un experto en medicina legal y su tarea consiste precisamente en “establecer el inicio de los desórdenes mentales y el fin de la responsabilidad” (1991.16). Para Lasègue, “la Anorexia histérica no es una enfermedad mortal, sino más bien espontáneamente resolutive, en un plazo más o menos breve y según los niveles”. Charcot, por su parte, sigue el camino opuesto. Consideraba que el cuadro podía llevar a la muerte y sugería actuar con todos los recursos posibles.

Posteriormente, para Lasègue la Anorexia histérica se vuelve mental. Según él no se trataba de una neurosis tal como se la comprendía en esta época prefreudiana. Vemos que la presenta como una perversión, en dos sentidos: perversión del sistema nervioso central y perversión del sentido moral. Volviendo al texto de la revista ya citada, Lasègue afirma lo siguiente:

Una jovencita de unos 15 a 20 años siente una emoción que o bien confiesa o bien disimula. Lo mas frecuente es que se trate de un proyecto de casamiento real o imaginario, de una contrariedad aferente a alguna simpatía o aún a alguna aspiración más o menos conciente. Otras veces quedamos reducidos a conjeturas sobre la causa ocasional, sea porque a la jovencita le convenga encerrarse en ese mutismo tan habitual en las histéricas, sea porque no conozca la causa primera. (Lasègue; 1873/ 1991)

Para Diana Graciela Antebi, en **Charles Lasègue: la nueva mirada** (2005), el gran mérito de Lasègue reside en la renuncia momentánea al saber, basado en gran parte en el “reconocimiento de la instalación de la enferma en un lugar de desafío”. El hecho de definir la sintomatología como una perversión, es muy importante en relación a considerar el comportamiento en relación a cierta ley. Afirma Lasègue:

Cuando luego de varios meses la familia, el médico, los amigos ven la inutilidad persistente en todos los esfuerzos, la inquietud comienza, y con ella el tratamiento moral. (...) El exceso de insistencia llama a un exceso de resistencia. (Lasègue; 1873/1991)

La autora continúa señalando que lo interesante de este planteo es que el acento está puesto en el término de Anorexia, en contraposición al de inanición histérica, ya que advierte que este último es superficial, que la patología es delicada y que implica algo más que una simple negativa a comer, tampoco una pérdida de apetito; entiende que gravemente, se trata de poner en juego otra cosa. A partir de este comentario, ¿podríamos pensar que quizá lo que está en juego tiene que ver con el deseo?...

Podemos ver que para Lasègue la clave de todo tratamiento consiste en la no intervención inicial, en dejar un espacio para que la paciente demande ayuda al médico y acepte sus indicaciones. Recién en esta etapa, el médico tendrá autoridad sólo “si es que supo cuidarla en previsión de ese momento” (Lasègue;1873/1991)

Por otro lado, según Losinno (2001) William Withey Gull en 1873, en Inglaterra, lee ante la Sociedad Clínica de Londres un informe en el que hace referencia a un “estado mental mórbido” caracterizado por: adelgazamiento extremo, desencadenado entre las edades de quince y veintitrés años, de incidencia en el sexo femenino, hiperactividad, baja temperatura corporal y lentificación del pulso. Lo llama “Anorexia nerviosa”. De todas formas, para Raimbault, Lasègue es quien muestra una superioridad ante Gull al ir más allá de la descripción del cuadro.

Posteriormente, con el desarrollo de diferentes perspectivas teóricas, cada vez más autores fueron ocupándose de la Anorexia –a algunos veremos luego-. Creemos que hasta aquí son suficientes los datos que aportan a la historia del tema.

CAPÍTULO II

La Anorexia en los textos freudianos

Anorexia e histeria

Comenzando con el desarrollo de la obra freudiana, hemos encontrado diversos textos que refieren a la Anorexia. En **Un caso de curación por hipnosis (1893)**, encontramos el historial clínico de una joven de veinte a treinta años de edad, quien era incapaz de amamantar a su hijo recién nacido y a la vez no comía. Freud define al cuadro como una histeria ocasional. Afirma que la paciente inapetente deseaba dar el pecho al niño, pero se veía impedida a hacerlo. A partir de aquí surgían diversos síntomas, como:

La inapetencia, la repugnancia a los alimentos, los dolores cuando le ponen el niño al pecho y, además –puesto que la voluntad contraria es superior a la simulación conciente en cuanto al gobierno sobre el cuerpo-, una serie de signos objetivos en el tracto intestinal que la simulación no podría producir. (Freud, 1893; 23).

Ahora bien, ¿a qué se refiere Freud con el término “voluntad contraria”?... Vemos que lo expresa así:

Es un rasgo que se exterioriza en no poder los enfermos hacer algo justamente en el momento y el lugar en que más lo ansiarían, en hacer exactamente lo contrario de lo que se les ha pedido, y verse obligados a denostar lo que les es más caro y a ponerlo bajo sospecha. (1893; 25)

Freud explica estos hechos de la siguiente manera:

Corresponde a la inclinación de la histeria por la disociación de la conciencia, la representación penosa contrastante, que en apariencia está inhibida, es arrancada de su asociación con el designio, y entonces subsiste, a menudo inconciente para el propio enfermo, como una representación separada. Ahora bien, [en segundo lugar] lo histérico por excelencia es que, cuando llega el caso de ejecutar un designio, esta representación contrastante inhibida se objete, por vía de inervación corporal, con la misma facilidad con que en el estado normal lo hace la representación- voluntad. La representación contrastante se establece, por así decir, como voluntad contraria, al tiempo que el enfermo, asombrado, es conciente de una voluntad decidida, pero impotente. Pero

quizá, como dijimos, ambos factores sean en el fondo el mismo, a saber, que la representación contrastante halle el camino hacia la objetivación sólo por no inhibirla un enlace con el designio del mismo modo como ella inhibe al designio. (1893; 25)

Entonces –como decíamos- habría un impedimento para alimentarse y para poder ejecutar la acción de amamantar al niño. De todas maneras, nos surge el interrogante del origen de esta voluntad contraria: ¿Se tratará del Superyó que la comanda... o de las pulsiones inconcientes?... Lo veremos más adelante, ya que el autor no termina de responderlo aquí.

Decíamos anteriormente que Freud definió a este cuadro como una histeria ocasional. Ahora bien, nos preguntamos ¿por qué esta definición?... Porque una causa ocasional fue capaz de desencadenar este complejo de síntomas, cuyo mecanismo era por excelencia histérico. El autor explica que la causa ocasional en este caso sería la excitación previa al primer parto o el agotamiento que le siguió, ya que:

El primer parto corresponde a la máxima conmoción a que está expuesto el organismo femenino, y a consecuencia de ella la mujer suele producir toda clase de síntomas neuróticos para los cuales la disposición dormita en ella. (1893; 26)

Podríamos hipotetizar, entonces que quizá se trataría de una perturbación en la relación madre- hijo, donde alimentar y alimentarse estarían perturbados por una voluntad contraria.

Anorexia como inhibición melancólica en la histeria

Otro material que refiere a la Anorexia se encuentra en los fragmentos de la correspondencia con Fliess; más precisamente en el **Manuscrito G. Melancolía (1895)**. En ese texto observamos dos menciones al tema. En el primer párrafo ya no liga al cuadro sólo a la histeria, sino que ahora lo vincula con la melancolía. Postula:

La neurosis alimentaria paralela a la melancolía es la anorexia. La famosa *anorexia nervosa* de las niñas jóvenes me parece (luego de una observación detenida) una melancolía en presencia de una sexualidad no desarrollada. La enferma indica no haber comido simplemente porque no tenía apetito, nada más que eso. Pérdida de apetito: en lo sexual, pérdida de la libido. (1895; 122)

Luego, continúa expresando que “la melancolía consistiría en el duelo por la pérdida de la libido” (1895; 122). Entonces, vemos que necesariamente, para este autor, la alimentación está ligada al deseo sexual.

A partir de aquí podríamos hipotetizar que habría una pérdida de deseo sexual, con el consiguiente trabajo psíquico de desinvertirlo; lo que implicaría además una añoranza por este deseo perdido. En relación a esto, Freud se pregunta: “¿Y cómo se pueden explicar ahora los efectos de la melancolía? La mejor descripción: Inhibición psíquica con empobrecimiento pulsional, y dolor por ello” (1895; 123). Es decir que la Anorexia podría involucrar un empobrecimiento libidinal, lo que daría lugar a la inhibición de la función de la alimentación. Vemos entonces, que el no comer puede obedecer en la propia histeria, a un proceso melancólico acompañado por una inhibición.

En cuanto al término “melancolía” vemos que no es el mismo que utiliza posteriormente. Observamos que en “**Duelo y Melancolía**” (1917) el concepto posee un significado más amplio que el que se le da en 1893, y que es este:

Una tensión psíquica de amor, se diría, cuando esta se acumula y permanece insatisfecha, genera melancolía. Este sería, pues, el correspondiente de la neurosis de angustia. Cuando se acumula tensión sexual física - neurosis de angustia. Cuando se acumula tensión sexual psíquica - melancolía. (1895; 136)

Vemos su reformulación del concepto, en “Duelo y melancolía”:

La melancolía se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en autorreproches y autodenigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo. (...) Este cuadro se aproxima a nuestra comprensión si consideramos que el duelo muestra los mismos rasgos, excepto uno; falta en él la perturbación del sentimiento de sí. Vemos que una parte del yo se contrapone a la otra, la aprecia críticamente, la toma por objeto, digamos. Y todas nuestras ulteriores observaciones corroborarán la sospecha de que la instancia crítica escindida del yo en este caso podría probar su autonomía también en otras situaciones. (...) Por tanto, la melancolía toma prestados una parte de sus caracteres al duelo, y la otra parte a la regresión desde la elección narcisista de objeto hasta el narcisismo. Por un lado, como el duelo, es reacción frente a la pérdida real del objeto de amor, pero además depende de una condición que falta al duelo normal o lo convierte, toda vez que se presenta, en un duelo patológico. (...) El conflicto de ambivalencia presta al duelo una conformación patológica y lo compele a exteriorizarse en la

forma de unos autorreproches, a saber, que uno mismo es culpable de la pérdida del objeto de amor, vale decir, que la quiso. (1917; 2092)

Entonces, la melancolía ya no se circunscribe a la acumulación de tensión sexual psíquica, sino que es definida como un duelo patológico ante una pérdida de objeto.

Vemos que en 1917 el objeto perdido está investido narcisísticamente, por lo cual irrumpe un estado de anhelo por el objeto faltante. Es decir, ya no se trata de un simple duelo por la pérdida de la libido, sino que ahora está en juego la instancia yoica y los autorreproches que se le adjudican. Es por esta razón que luego Freud va a ubicar a la melancolía dentro de las Neurosis narcisistas.

Nos preguntamos entonces, ¿cómo podríamos vincular el narcisismo con la Anorexia? Una posibilidad sería plantearlo así: dado que en la etapa narcisista la libido inviste al yo, podríamos pensar que en la Anorexia no habría tal libido del yo, es decir no habría apetito que posibilite la función yoica de la alimentación, o pulsión de nutrición que involucre algo del orden del deseo. Otra posibilidad reside en que la identificación narcisista (propia de la melancolía) implique que la fantasía de muerte del yo por inanición conlleve la fantasía de muerte del objeto.

Anorexia y anestesia en la histeria

Freud indica que la anestesia histérica (refiriéndose a lo sexual) puede analogarse a la Anorexia histérica. La anestesia consiste siempre en la falta de sensación voluptuosa del órgano, para Freud. La segunda cita del Manuscrito G en relación con la Anorexia es la siguiente:

Todo lo demás está en orden, sólo que no se consiente V. al ps. G. [grupo sexual psíquico], a causa de algún diverso enlace (con asco-defensa): es la anestesia histérica, en un todo análoga a la anorexia histérica (asco). (1895; 138)

Este diverso enlace, asco- defensa es lo que se teoriza en la voluntad contraria en el caso de hipnosis, el opuesto de deseo en la **Interpretación de los sueños** y las asociaciones no desasidas de las abulias de Emmy, que consideraremos enseguida.

Conversión y afectos, el asco y las abulias

Un caso paradigmático en la obra freudiana que hemos encontrado sobre este tema, es el de Emmy von N., en **Estudios sobre la histeria, historiales clínicos (Breuer y Freud) (1893-95)**. Se trata de una mujer de



unos 40 años de edad, quien padecía de histeria, caía frecuentemente en estados de sonambulismo y entre otros síntomas, tenía Anorexia.

Freud cuenta que un día mientras Emmy almorzaba la sorprendió arrojando la comida. Al interrogarla sobre esto, respondió que no estaba acostumbrada a comer más, sosteniendo tener la misma naturaleza que su difunto padre, quien igualmente había sido de poco comer. Asimismo, la joven sólo toleraba líquidos densos, como leche, café, chocolate, etc. y siempre que bebía agua surgente o mineral “se le estropeaba el estómago”: “Todo eso llevaba el inequívoco sello de una elección nerviosa.” (Freud, 1895; 76)

Ante estos síntomas, le sugirió aumentar la ingesta de alimento, aunque no presentara una delgadez llamativa. La paciente respondió: “Lo haré porque usted me lo demanda, pero le anticipo que será para mal, porque mi naturaleza lo rechaza y mi padre era igual”. (1895; 76) Al recurrir a la hipnosis para preguntarle por qué no podía comer más ni beber agua, la joven logró relatar hechos cronológicamente ordenados, de su pasado. En relación al alimento, expresó que como de niña no se comportaba bien en la mesa, su madre le ordenaba comer dos horas más tarde el plato de carne que no había comido anteriormente. Ya la carne se había enfriado y la grasa se encontraba muy compacta. Además como un hermano era enfermo de los pulmones, el salivadero estaba siempre sobre la mesa y permanecía abierto, cosa que a Emmy le daba mucho “asco”.

Con respecto a beber agua, pudo contar que durante un viaje casi toda su familia contrajo una indigestión por beber agua en mal estado. Los demás se curaron, pero ella continuó perturbada por este episodio.

Finalmente el efecto terapéutico de esta exploración hipnótica fue inmediato y duradero, ya que al día siguiente Emmy comió y bebió sin dificultad. Dos meses después logró subir de peso. Ahora bien, ¿cómo explica Freud este caso?... expresa:

Podemos decir que el caso de la señora Emmy von N. muestra un monto pequeño de conversión; la excitación, psíquica en su origen, permanece las más de las veces en el ámbito psíquico. Bien se advierte que por ello este caso se asemeja a aquellos otros de neurosis no histéricas. Existen ejemplos de histeria en que la conversión recae sobre el aumento total de estímulo, y entonces sus síntomas corporales se introducen en una conciencia al parecer enteramente normal. Pero es más común una trasposición incompleta, y entonces al menos una parte del afecto acompañante del trauma permanece dentro de la conciencia como componente del talante. (1895; 79)

Es decir, que en Emmy una parte de la excitación psíquica se desvía como conversión: el asco y otra parte como afecto, componente del talante: la abulia. Sobre éstas escribe Freud:

Las abulias están condicionadas aquí por un doble mecanismo psíquico (...). La abulia puede ser simplemente la consecuencia de una fobia; lo es en todos los casos en que la fobia se anuda a una acción de la persona misma en lugar de anudarse a una expectativa (...). La otra clase de abulias se basa en la existencia de asociaciones no desasidas, de tinte afectivo, que oponen resistencia al anudamiento de asociaciones nuevas, en particular las de índole inconciliable. El ejemplo más patente de una abulia de este tipo nos lo ofrece la anorexia de nuestra enferma. Si come apenas es porque no gusta de hacerlo; y no puede obtener gusto alguno del comer porque ese acto está en ella enlazado de antiguo con recuerdos de asco, cuyo monto de afecto no ha experimentado todavía aminoración alguna. (1895; 80)

Aquí encontramos lo que planteábamos antes: las asociaciones no desasidas son el equivalente de la voluntad contraria del caso de hipnosis o el opuesto de deseo que más adelante ubicaremos en la **Interpretación de los sueños**. Refiriéndose a este síntoma, Freud nos muestra el ejemplo de esas asociaciones no desasidas.

Es imposible comer al mismo tiempo con asco y con placer. Y el aminoramiento del asco adherido de antiguo a las comidas no pudo producirse porque ella siempre se vio precisada a

sofocarlo en vez de librarse de él mediante una reacción: de niña por miedo al castigo debía comer con asco la comida fría, y ya adulta, el miramiento por sus hermanos le impedía exteriorizar los afectos a que la sometían las comidas compartidas. (1895; 87)

En relación al concepto del asco podemos decir que además de la comida, en Emmy está vinculado a otras asociaciones no desasidas: el miedo a los sapos. Esto lo acercaría a la estructura de la abulia, originada por las fobias:

(...)Siendo niña, el día que su hermano le arrojó un sapo muerto, lo que le produjo un ataque de contracciones histéricas; el miedo a las tormentas, por el sobresalto ya descrito, que dio lugar al vicio de castañetear la lengua, y el miedo a la niebla, por sus paseos en Ruegen. De todos modos, el miedo primario y, por decirlo así, instintivo desempeña, considerado como estigma psíquico, el papel principal en este grupo. Las demás fobias, más especiales, aparecen también determinadas por sucesos particulares. El miedo a un sobresalto súbito e inesperado es consecuencia de la tremenda impresión recibida al ver morir repentinamente a su marido fulminado por un ataque al corazón. (1895; 74)

En otro material freudiano (**Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos, 1893**) rescatamos un aporte más a este caso, en relación al asco y a las asociaciones no desasidas. Emmy se comportó durante un tiempo como una hidrofóbica; en la hipnosis se supo que una vez había visto a un perro beber de su vaso de agua. El autor teoriza sobre la estructura de estos fenómenos:

Pues bien: hemos descubierto que en el histérico, simplemente, hay unas impresiones que no se despojaron de afecto y cuyo recuerdo ha permanecido vívido. Así llegamos a la conclusión de que estos recuerdos devenidos patógenos ocupan en el histérico una posición excepcional frente al desgaste, y la observación muestra que todas las ocasiones que han devenido causas de fenómenos histéricos son traumas psíquicos que no fueron abreaccionados por completo, no fueron por completo tramitados. Podemos decir entonces que el histérico padece de unos traumas psíquicos incompletamente abreaccionados. (1893; 99)

Aquí la novedad reside en que esas asociaciones no desasidas y/o la voluntad contraria se teorizan como traumáticas.

Anorexia e identificación.

Para concluir este caso, señalamos una posible identificación de Emmy con su padre, puesto que ella dice contraer los mismos síntomas que el mismo. Entonces quizá tomaría a su padre como modelo, incorporando determinados rasgos. Según Jean Laplanche y Jean- Bertrand Pontalis, la identificación es un "Proceso psicológico mediante el cual un sujeto asimila un aspecto, una propiedad, un atributo de otro y se transforma total o parcialmente sobre el modelo de éste." (2003; 184)

Freud, en **La novela familiar de los neuróticos (1909)**, postula lo siguiente:

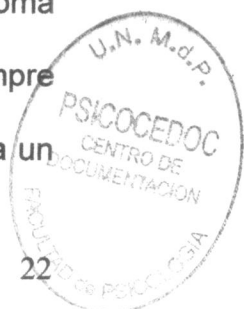
Para el niño pequeño, los padres son al comienzo la única autoridad y la fuente de toda creencia. Llegar a parecerse a ellos -vale decir, al progenitor de igual sexo-, a ser grande como el padre y la madre: he ahí el deseo más intenso y más grávido en consecuencias de esos años infantiles. (...) En el individuo que crece, su desasimiento de la autoridad parental es una de las operaciones más necesarias, pero también más dolorosas, del desarrollo. Es absolutamente necesario que se cumpla, y es lícito suponer que todo hombre devenido normal lo ha llevado a cabo en cierta medida. (...) Es el estadio siguiente en el desarrollo de esta enajenación respecto de los padres, estadio que se puede designar como novela familiar de los neuróticos. Es enteramente característica de la neurosis, como también de todo

talento superior, una particularísima actividad fantaseadora, que se revela primero en los juegos infantiles y luego, más o menos desde la época de la prepubertad, se apodera del tema de las relaciones familiares.(1909; 1361)

En relación a esto, nos preguntamos si Emmy habrá sido capaz de desasirse de estos padres, dado que, en algún aspecto parece haber quedado ligada a través de la fantasía, a su padre. Además notamos, a través del análisis del caso, que su madre tenía actitudes severas que generaban miedo en la paciente, sin permitir el deseo ni las ganas de alimentarse. Entonces, quizá este vínculo con estos padres (además de los traumas psíquicos no tramitados) tuvo gran peso en el origen del cuadro padecido por Emmy.

Anorexia, histeria masculina y conversión.

Otra parte del texto freudiano que venimos examinando en los **Estudios sobre la histeria**, se llama **La conversión histérica**. Freud se refiere a las postulaciones de Breuer. Señala la multicausalidad para que se desarrolle un cuadro. Postula que es preciso que cooperen varios factores para que en una persona, hasta ese momento sana, se forme un síntoma histérico; este último, según la expresión de Breuer, es siempre sobredeterminado. Como ejemplo de esta aseveración, el autor comenta un



caso de un niño de 12 años de edad, que había sufrido ataques de *pavor nocturnus* y era hijo de un padre muy nervioso. Un día regresó mal del colegio. Se quejaba de dificultades en la deglución y dolores de cabeza. No quería comer, vomitaba cuando se lo forzaba a alimentarse, se arrastraba como fatigado y quería estar a toda hora en la cama. Cuenta Breuer que un día su madre lo retó y en medio del llanto pudo expresar que, el volver mal de la escuela fue porque entró a un baño público y un hombre le ofreció el pene con el reclamo de que lo tomara en su boca. Salió corriendo despavorido y nada más ocurrió. Pero desde ese momento se enfermó. A partir de haber contado este suceso logró recuperarse. Entonces Breuer, en la parte teórica explica que:

Para producir el fenómeno de la anorexia, la dificultad para deglutir, el vómito, hicieron falta aquí varios factores: la naturaleza nerviosa innata, el terror, la irrupción de lo sexual en su forma más brutal en el ánimo del niño, y como factor determinante, la representación del asco. Esta enfermedad debió su duración al hecho de que él callara, lo cual denegó a la excitación su descarga normal. (1895; 48)

Vemos entonces que este caso se diferencia de los anteriores ahora, por presentar un cuadro de histeria masculina. Además, aquí ya comienza a darle importancia a una multiplicidad de factores y causas para producir un cuadro, en este caso una anorexia.

Por otro lado, en relación a las similitudes con casos como el de Emmy, podemos ver que nuevamente aparece el tema recurrente de la conversión y el asco. Para Freud, el asco tiene que ver con una sensación displacentera propia de la mucosa del tramo de entrada del aparato digestivo, que una y otra vez aparece acompañando perturbaciones alimentarias. Este asco muchas veces puede trasladarse desde una persona que lo representa, hacia la comida. Por ejemplo, como ya señalamos en el caso de Emmy, desde su hermano que escupía en la mesa, hacia el alimento y el rechazo a éste.

Estructura de la conversión histérica: la doble determinación

Comentaremos ahora el fragmento de un caso que trabaja el autor en **La interpretación de los sueños** (1905). Comienza haciendo referencia a la capacidad del sueño para cumplir un deseo inconsciente. Lo expresa de la siguiente manera:

De otros miembros de esta serie de cumplimientos de deseo, por ejemplo de los síntomas histéricos, yo conozco empero un carácter esencial que todavía echo de menos en el sueño. Sé, en efecto, por las investigaciones que tantas veces he mencionado a lo largo de este tratado, que para la formación de un síntoma histérico tienen que coincidir dos corrientes de nuestra vida anímica. El síntoma no es la mera expresión de un deseo

inconciente realizado; tiene que agregarse todavía un deseo del preconciente que se cumpla mediante el mismo síntoma, de suerte que este resulte determinado por lo menos doblemente, una vez por cada uno de los sistemas que intervienen en el conflicto. Lo mismo que en el sueño, no hay barrera alguna para una mayor sobredeterminación. La determinación que no proviene del inconciente es, hasta donde yo veo, por regla general un itinerario de pensamiento de reacción frente al deseo inconciente, por ejemplo, un autocastigo. Un síntoma histérico sólo se engendra donde dos cumplimientos de deseo opuestos, provenientes cada uno de un diverso sistema psíquico, pueden coincidir en una expresión. En el caso de una paciente, el vómito histérico resultó ser, por una parte, el cumplimiento de una fantasía inconciente del tiempo de su pubertad; era el deseo de estar continuamente grávida, de tener innumerables hijos, a lo cual se sumó después este agregado: y del mayor número posible de hombres. Contra este deseo desenfrenado se elevó una poderosa moción de defensa. Y como por los vómitos la paciente podía perder la lozanía de su cuerpo y su belleza, de suerte que ningún hombre la encontrase ya agradable, el síntoma se ajustaba también a la ilación de pensamientos punitivos y, admitido por ambos costados, podía hacerse realidad. Este mismo trato, el de admitir un cumplimiento de deseo, fue el que quiso dar la reina de los partos al triunviro

Craso. Creyó que había emprendido la campaña guerrera por ansia de oro, y entonces hizo verter oro fundido en las fauces del muerto: «Aquí tienes lo que deseabas». (1905; 692)

Entendemos entonces, que tanto un sueño como un síntoma expresan un deseo inconciente deformado. En el caso de esta paciente, vemos que padecía de vómitos histéricos, síntoma que podría llegar a formar parte de un cuadro anoréxico. Su deseo tenía que ver con estar continuamente embarazada y tener relaciones sexuales con muchos hombres. Pero hay una diferencia con el sueño: aparece un deseo preconciente, una moción de defensa, una hilación de pensamientos punitivos, un opuesto de deseo: lo que antes llamó voluntad contraria. Además nos resulta interesante cómo se muestra la oralidad en la última frase de la cita. Craso era uno de los representantes del triunvirato romano, antes de Cristo. Poseía una gran riqueza (por eso el oro). Es decir, a través de la metáfora del oro fundido (líquido y amarillo) se refleja tanto el significado de expulsar el vómito, como el juego de palabras: “reina de los partos” y Parthos, que eran quienes vivían en Parthia, una región romana de ese entonces. Entonces, el hecho de volcar el oro fundido en la boca del cadáver reflejaría, a nuestro entender, la represión de poder estar con un hombre, (o lo edípico) puesto que, al vomitar se afeaba; sucede lo mismo en el otro caso, donde Craso ya no puede disfrutar de su riqueza porque se halla muerto. Aquí se ve entonces cómo se conjugan dos fuerzas opuestas

(deseo de tener relaciones sexuales, frente al castigo a través del vómito) en la formación de la conversión histérica.

Advertencia para el tratamiento

Continuando con la cronología de las obras, en **Sobre psicoterapia. (1905)**, se plantea una serie de puntos que aluden a la forma correcta de desarrollar el tratamiento psicoanalítico. Allí Freud hace una pequeña mención al tema de la Anorexia, postulando en el cuarto punto que: “No se recurrirá al psicoanálisis cuando sea preciso eliminar con rapidez fenómenos peligrosos, por ejemplo, en el caso de una anorexia histérica.” (1905; 1011). Vemos entonces que el autor no cree adecuado utilizar el psicoanálisis en el abordaje de una anorexia grave o en la etapa más aguda. Frente a esta aclaración, nos preguntamos: ¿Cuál sería la forma correcta de proceder en la primera etapa del cuadro?... Queda abierto este interrogante, ya que el autor no propone otra alternativa por el momento y no es el tratamiento el tema que profundizaremos en este trabajo. Sin embargo, no queríamos dejar de comentar este punto, el cual nos pareció igualmente de interés.

La pulsión sexual oral en la Anorexia

El próximo texto que comentaremos es "**Tres ensayos de teoría sexual**". (1905). En esta obra Freud aborda más profundamente la fase oral señalando la relación entre la acción del chupeteo del bebé con la nutrición; es decir la satisfacción sexual que emana del chupeteo con el alimento. Por lo tanto, nuevamente continúa ligando la pulsión de la alimentación con la pulsión sexual. Entonces dice al respecto:

El quehacer sexual se apuntala primero en una de las funciones que sirven a la conservación de la vida, y sólo más tarde se independiza de ella. Quien vea a un niño saciado adormecerse en el pecho materno, con sus mejillas sonrosadas y una sonrisa beatífica, no podrá menos que decirse que este cuadro sigue siendo decisivo también para la expresión de la satisfacción sexual en la vida posterior. La necesidad de repetir la satisfacción sexual se divorcia entonces de la necesidad de buscar alimento, un divorcio que se vuelve inevitable cuando aparecen los dientes y la alimentación ya no se cumple más exclusivamente mamando, sino también masticando. (1905; 1200)

Luego expresa que si la zona erógena en cuestión (los labios) se halla reprimida, esto puede dar como resultado una perturbación en la alimentación, lo cual es dicho de la siguiente manera:

No todos los niños chupetean. Cabe suponer que llegan a hacerlo aquellos en quienes está constitucionalmente reforzado el valor erógeno de la zona de los labios. Si éste persiste, tales niños, llegados a adultos, serán grandes gustadores del beso, se inclinarán a besos perversos o, si son hombres, tendrán una potente motivación intrínseca para beber y fumar. Pero si sobreviene la represión, sentirán asco frente a la comida y producirán vómitos histéricos. Siendo la zona labial un campo de acción recíproca, la represión invadirá la pulsión de nutrición. Muchas de mis pacientes con trastornos alimentarios, estrangulamiento de la garganta y vómitos, fueron en sus años infantiles enérgicas chupeteadoras. (1905; 1200)

Es decir que al reprimirse el valor de los labios como zona erógena esto afectará la pulsión sexual de nutrición con la consiguiente formación de síntomas.

Según Freud, es también sabido que:

La madre se horrorizaría, probablemente, si se le esclareciese que con todas sus muestras de ternura despierta la pulsión

sexual de su hijo y prepara su posterior intensidad. Juzga su proceder como un amor «puro», asexual, y aun evita con cuidado aportar a los genitales del niño más excitaciones que las indispensables para el cuidado del cuerpo. Pero ya sabemos que la pulsión sexual no es despertada sólo por excitación de la zona genital; lo que llamamos ternura infaliblemente ejercerá su efecto un día también sobre las zonas genitales. (1905; 1202)

Luego de esta cita podemos valorar nuevamente el significado de esta zona primordial para un posterior desarrollo psíquico, saludable o no (si hubo perturbaciones en el amamantamiento). Lo que nos resulta interesante es que ahora está enfocada esta relación desde las vivencias de la madre, quien no es conciente de las sensaciones que genera en su hijo.

La regresión y la pulsión sexual oral

En relación al tema de la sexualidad, otro caso que comenta Freud es:

De la historia de una neurosis infantil (1914-18).

Se trata de un joven de 25 años de edad que presentaba una dependencia para sobrellevar su vida. Padecía de profundas inhibiciones en cuanto a los actos cotidianos. Al hacer la consulta necesita concurrir acompañado por su médico. Además había sido diagnosticado por Kraepelin

como maníaco depresivo. Poco antes de cumplir los cuatro años de edad sufrió una zoofobia que luego se transformó en una neurosis obsesiva de contenido religioso hasta los diez años.

En cuanto a su desarrollo sexual Freud señala que lo aquejaba una perturbación en el placer del comer, el cual el autor vincula con el ámbito sexual, ya que “toda vez que se produce un deterioro de la pulsión de nutrición (...) ello nos señala que el organismo no ha conseguido un dominio sobre la excitación sexual” (1914. 1941). Posteriormente, el niño comenzó a tener una angustia a ser devorado por un lobo, que Freud atribuye a “ser poseído sexualmente por el padre.” El padre jugaba con el niño al lobo y amenazaba con comérselo. A través de la lectura del caso, pudimos ver que la fuente de su afección neurótica se remite a la observación del coito entre sus padres cuando el tenía un año y medio, lo que habría apresurado los procesos de la maduración sexual.

A partir de este caso podemos ver como nuevamente se liga la pulsión de nutrición con la sexual, ya que “la primera organización sexual reconocible es la llamada canibática u oral, en que aún domina la escena el originario apuntalamiento de la excitación sexual en la pulsión de nutrición”. (1914; 1943) este apuntalamiento es regresivo y sintomático: la meta genital pasiva (ser amado genitalmente por el padre) ha devenido una fobia a ser devorado por el padre. Observamos que este caso comparte con el anterior la experiencia sexual abrupta desde la temprana infancia (un hombre le ofreció el pene con el reclamo que lo tomara en su boca en el primer caso, y

en el segundo, la observación a temprana edad del comercio sexual entre los padres). Aquí aparece una regresión genital de la sexualidad oral.

Además ¿No habría lugar aquí para interrogarnos si existe una relación entre el abuso sexual a temprana edad y la Anorexia?... Posteriormente, al trabajar las obras de Lacan, podremos analizar este interrogante en relación a la dimensión del deseo y la necesidad.

Inhibición y anorexia.

En **Inhibición, síntoma y angustia** (1925) Freud retoma la inhibición de la función de la nutrición y expresa sobre este punto: “La perturbación más frecuente de la función nutricia es el displacer frente al alimento por quite de la libido (...). Como defensa histérica frente al acto de comer conocemos el síntoma del vómito”. (1925; 2834).

Observamos que definió a la inhibición como limitación funcional del yo, la cual se pone en marcha al fin de evitar un conflicto, o como consecuencia de un empobrecimiento de energía.

A partir de esto vemos que podríamos retomar la articulación de la inhibición con la melancolía, donde la cuestión de la que se trata es la pérdida o el empobrecimiento yoico, dado que el yo en este caso se ve impedido a llevar a cabo determinados actos, como el comer.

Asimismo, vemos como el autor evoluciona su teorización de acuerdo a su última nosografía, incorporando el concepto de Inhibición para explicar las perturbaciones de la alimentación.

A modo de síntesis

Como forma de sintetizar las conceptualizaciones freudianas acerca de la Anorexia, podemos señalar su relación con la histeria y la conversión en hombres y mujeres, su vínculo con la melancolía y la anestesia, el papel de la identificación, y el de las diferentes pulsiones sexuales, en su dinámica regresiva, y finalmente las conexiones con la abulia y la inhibición. Retomaremos estos puntos en las conclusiones.

CAPÍTULO III

La Anorexia desde autores post-freudianos

Las Anorexias como defensas frente a las angustias en Melanie Klein

Para desarrollar este capítulo del trabajo, tomaremos los aportes de cada autor en forma cronológica. Comenzaremos con **Melanie Klein**, quien aunque no se ocupó en profundidad del cuadro, igualmente contribuyó en gran medida al psicoanálisis en general. Esta autora tiene muy en cuenta los desarrollos de **Karl Abraham**. Según Ginette Raimbault y Caroline Eliacheff, en **Las indomables figuras de la Anorexia** (1991), este autor menciona las fases pregenitales del desarrollo tratando de mostrar el origen de los trastornos alimenticios, puntualizando un papel primordial para el sadismo, la ambivalencia, la oralidad (devorar- ser devorado- amar- destruir), de la culpabilidad específica del deseo de incorporación del pene paterno. Por otro lado, se puede aplicar a esta teorización la equivalencia comer/estar embarazada y el placer de dominio anal en la anorexia; elementos que liga a la histeria. No obstante, relaciona la Anorexia con la melancolía, al igual que Freud.

Según Melanie Klein, en: **El destete** (1976) expresa lo siguiente:

La primera satisfacción que el niño tiene proviene del mundo externo y consiste en ser alimentado. El análisis ha demostrado que sólo una parte de la satisfacción deriva del hecho de aliviar su hambre. Otra parte, no menos importante, proviene del placer que experimenta el bebé cuando su boca es estimulada al succionar el pecho de su madre. Este aspecto es una parte esencial de la sexualidad del niño. (1976. 123)

A partir de esta cita, vemos que coincide con Freud en el hecho de ligar la nutrición con la pulsión sexual, otorgándole al placer un lugar mucho más importante que a la alimentación.

A lo largo de su obra, podemos rescatar cómo teoriza la Anorexia desde las primeras relaciones objetales, donde el lactante durante las primeras semanas de vida vive un estado de gran confusión en que no discrimina los objetos buenos y malos, lo exterior de lo interior, recibiendo multitud de sensaciones que no puede ordenar: es la posición confusional y más adelante puede empezar a discernir los objetos escindiendo los aspectos buenos o malos. De esta manera sentirá que existe un pecho bueno que nutre y gratifica y otro malo que lo frustra, es la posición esquizo-paranoide.

En esta posición la Anorexia es una defensa frente al pecho persecutorio. Vemos cómo lo expresa: "Tomo a la Anorexia como defensa contra la angustia insoportable que incita a desconfiar de los objetos en el instante mismo de la incorporación". (M. Klein, 1935)



La otra posición que da Klein es la posición depresiva, el lactante siente que ha dañado el pecho o a la madre con su voracidad y siente la necesidad de reparar ese daño, pero si no se cree con la suficiente capacidad de amar para reparar, vivirá su interior como malo y no podrá permitir que el objeto amado entre en él. El lactante rechazara el pecho no por miedo a que lo ataque sino a que sea dañado.

Alberto Espina Eizaguirre (1981) en la Revista de Psicoterapia y Psicología social aplicada, comenta que los estudios tempranos del Complejo de Edipo descritos por Klein explican la sexualización de las funciones alimenticias. Según la escuela kleiniana, durante la fase oral las frustraciones experimentadas con el pecho materno impulsan al bebe a buscar otro objeto gratificante y fantasea que el padre tiene otro pecho que lo va a nutrir: el pene. A partir de aquí queda instaurada la situación triangular edípica.

Al ser vivida la comida como objeto sexual (pene) la adolescente sentirá que el alimento le puede engordar- embarazar por lo que evitará la situación edípica no comiendo. Como las fantasías relativas al pecho son transferidas al pene, los deseos voraces se centran en éste último queriendo devorarlo a mordiscos. El rechazo de la comida sexualizada podrá ser igual que con el pecho, debido a ansiedades confusionales, paranoides o depresivas. El objeto malo introyectado, es proyectado, no en el exterior sino en el propio cuerpo. El cuerpo se convierte en el objeto malo y se experimenta como poseedor de todos los aspectos del objeto primario. La comida es temida pues agranda ese objeto extraño y peligroso.

Eizaguirre concluye luego que el paciente se identifica con su “yo central” idealizado y trata de controlar y someter al “yo corporal” creando una pugna intrapsíquica reflejo de la pugna primitiva con sus objetos primarios, en especial la madre. El cuerpo de la adolescente se va pareciendo al cuerpo de una madre y se convierte en un “objeto materno” por lo que ella se vuelve contra el mismo, al que intenta someter privándolo de comida. La adolescente se vuelve contra sus pulsiones y contra su madre a la cual intenta rechazar inconscientemente.

A partir de estos comentarios acerca de Klein, podríamos hipotetizar que hay un punto central en que S. Freud y M. Klein convergen: la sexualidad ligada a la alimentación, como ya lo expresamos. Sin embargo, observamos que habría ciertas diferencias en cuanto a las concepciones básicas de cada uno. Podríamos pensar que la teoría de esta autora está fuertemente ligada a una postura innatista, donde se está dejando de lado el deseo y la singularidad del sujeto; puesto que se trata de un Edipo precoz, que viene dado de antemano, al igual que el yo. El bebé ya tendría un conocimiento inconciente del pene y la vagina, como de sus funciones. Suponemos que estos aspectos situarían al Edipo en la dimensión imaginaria, en contraposición al Edipo freudiano, que le va a otorgar al deseo de la madre un valor central en la estructuración del psiquismo, dándole un papel fundamental a la libidinización del niño.

En relación a la conceptualización de la Anorexia, podríamos decir que ambos coinciden en que no hay *una* Anorexia, sino varias: en Klein, confusional, depresiva y paranoide. Evidentemente las categorías son

distintas. Por otro lado, encontramos otras diferencias en relación al Edipo, dado que en este autor se desarrolla alrededor de los 5 años de edad, en tanto que para Klein, se sitúa tempranamente, ya desde los primeros meses de vida.

Anorexia, incesto y adolescencia en Anna Freud

Continuaremos ahora con las contribuciones de **Anna Freud**, quien según Raimbault (1991), toma en cuenta las ideas de Abraham y Klein, pero a diferencia de su padre, les suma los desarrollos de la Escuela Norteamericana, los que agregan como función principal del yo, la adaptación de los requerimientos del ello a las posibilidades y normativas de la realidad exterior. Anna Freud afirma que la Anorexia mental de la joven se encuentra en los comportamientos ascéticos de la adolescencia, que es un modo de defensa propio de la edad. Define al ascetismo de la siguiente manera:

El ascetismo apunta al rechazo de plano de las pulsiones que la adolescente siente como amenazantes. Este rechazo que primero concierne a las tendencias incestuosas de la prepubertad, se extiende luego a cualquier satisfacción pulsional, sea cual fuere. (1936; 211)

Dado que el ascetismo tiene que ver con un conjunto de practicas de penitencias para lograr un mayor nivel de espiritualidad podríamos pensar entonces, que el alimento sería, como dice la autora, un objeto incestuoso, puesto que se rechaza lo pulsional en cualquiera de sus formas. El no comer es una manera de sacrificio que renuncia a toda forma de satisfacción.

Encontramos que esta teorización se asemejaría a los postulados de Melanie Klein en cuanto al alimento, ya que para esta autora es lo equivalente al pene paterno, es decir, una figura incestuosa y por lo tanto tiene que ver con una represión de toda pulsión.

En relación a las diferencias podemos mencionar que M Klein ubica la anorexia en dependencia de las ansiedades confusional, paranoide y depresiva del complejo de Edipo temprano. A. Freud privilegiará los determinantes del Complejo de Edipo clásico y la función adaptativa del yo. Además se refiere a la presencia de este síntoma en la adolescencia.

Anorexia y pulsión de muerte

A partir de ahora nos centraremos en la contribución de **Jaques Lacan**, autor de primordial importancia para los desarrollos posteriores a Freud en cuanto a la Anorexia. Comenzando con el desarrollo de su obra, encontramos una primera referencia en un texto que a nuestro entender es

relevante en cuanto al tema: **La familia (1938)**, capítulo I, El destete, donde Lacan vincula la Anorexia con la pulsión de muerte. Expresa:

El análisis demuestra en todos los niveles del psiquismo la realidad constituida por el hecho de que la tendencia a la muerte es vivida por el hombre como objeto de un apetito.(...)
Esta tendencia psíquica a la muerte, bajo la forma original que le otorga el destete, se revela en los suicidios muy especiales que se caracterizan como «no violentos», al mismo tiempo que aparece en ellos la forma oral del complejo: huelga de hambre de la anorexia mental, envenenamiento lento de algunas toxicomanías por vía bucal, régimen de hambre de las neurosis gástricas. El análisis de estos casos muestra que en su abandono ante la muerte el sujeto intenta reencontrar la imago de la madre (1938; 34)

Vemos entonces que ahora la Anorexia está ligada tanto a la pulsión de muerte, como a la fase oral y a la imago materna. Creemos útil para explicar este apartado definir estos términos y luego comentar su relación.

Según Laplanche y Pontalis (2003), la pulsión de muerte se contrapone a la pulsión de vida. Tiende a la reducción completa de las tensiones, es decir, a devolver al ser vivo al estado inorgánico. Las pulsiones de muerte se dirigen primero hacia el interior y tienden a ser autodestructivas, luego se dirigen al exterior manifestándose en pulsión

agresiva. Respecto de la fase oral, podemos decir que es la primera forma de satisfacción sexual, representada por el acto de mamar, lo que a su vez proporciona alimento, es decir contribuye a la supervivencia del niño.

La imago es definida como un:

Prototipo inconsciente de personajes que orienta electivamente la forma en que el sujeto aprehende a los demás; se elabora a partir de las primeras relaciones intersubjetivas reales y fantaseadas con el ambiente familiar. (2003; 191)

Podríamos pensar entonces, que lo oral está ligado a la pulsión de muerte a través del destete, negando la alimentación por parte del Otro; dado que la pulsión de succión y chupeteo a la vez implica la pulsión de vida. Entendemos que se trataría de reencontrarse con la imago materna, pero en un sentido muy primitivo, más bien como una reducción completa de las tensiones, es decir, a devolver al sujeto al estado inorgánico; como si de esta manera pudiera evitar que la madre lo desee.

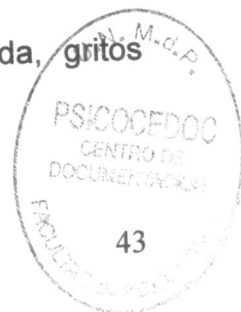
Anorexia y deseo del Otro

En el **Seminario I**, Escritos técnicos de Freud, clase 8: ¡el lobo! ¡el lobo! (1953/1954) Rosine Lefort relata el caso de un niño de 3 años y nueve meses de edad, llamado Roberto. De padre ausente, su madre había

desatendido desde sus primeros meses de vida sus necesidades básicas, hasta olvidar alimentarlo. Como consecuencia de esto, el niño sufría estados de inanición. A los cinco meses había sido hospitalizado por el cuadro de desnutrición y era alimentado a través de una sonda por su anorexia. A los 11 meses retornó esta sintomatología y poco tiempo después fue abandonado definitivamente por su madre. Desde ese momento hasta que llegó a manos de Lefort pasó por 25 instituciones diferentes. Dice Lefort:

(...) sin habersele colocado nunca con una familia adoptiva propiamente dicha, subvencionada por el Estado. Estas hospitalizaciones fueron requeridas por sus enfermedades infantiles, por una amigdalectomía, exámenes neurológicos, ventriculografía, electroencefalografía, cuyos resultados fueron normales. Se destacan evaluaciones sanitarias, médicas, que indican profundas perturbaciones somáticas, y cuando lo somático mejoró, deterioros psicológicos. La última evaluación de Denfert, cuando Roberto tenía tres años y medio, propone una internación que sólo podía ser definitiva, por un estado parapsicótico no francamente definido. (Lacán; 1953/1954)

Roberto tenía desde el punto de vista motor, marcha pendular, gran incoordinación de movimientos e hiperagitación constante. Desde el punto de vista del lenguaje tenía ausencia total de habla coordinada, gritos frecuentes, risas guturales y discordantes. Y continúa Lefort:



Sólo sabía decir, gritando, dos palabras: ¡Señora! y ¡El lobo!
Repetía ¡el lobo! todo el día, por lo que le puse el sobrenombre
de el niño lobo, pues tal era, verdaderamente, la representación
que tenía de sí mismo. (1953/1954; 97)

Asimismo en cuanto a sus comportamientos presentaba hiperactividad,
agitación por movimientos bruscos y desordenados. Tenía problemas de
prehensión de objetos, trastornos en el dormir, convulsiones, enrojecimiento
del rostro, alaridos desgarradores, los cuales se relacionaban con escenas
de su vida cotidiana: el orinal, problemas para vestirse, trastornos en la
alimentación, miedo a la oscuridad, a los gritos de otros niños y a los
cambios de habitación, así como también momentos en los que parecía
estar deprimido. Además demostraba indiferenciación con los adultos, y no
parecía tener angustia o emociones.

Lefort dice:” No sabíamos muy bien en qué categoría clasificarlo. Pero,
a pesar de eso intentamos un tratamiento, preguntándonos si obtendríamos
algo” (1953/1954; 99)

En principio, podríamos suponer que estaríamos en presencia de un
niño no humanizado, esto es, un niño con conducta animal, pues, el hecho
de reproducir alaridos, la falta de prehensión, de un lenguaje coherente para
lo esperable a su edad, la falta de coordinación en sus movimientos, pero
sobre todo la dificultad para vincularse con los otros y el hecho de no

presentar angustia alguna como cualquier niño. Ahora bien, ¿esta sintomatología será producto de la perturbación del deseo materno, quizás que produjo que ese niño no devenga sujeto? En consecuencia, no nos parece casual que se considere así mismo como un lobo. Bien sabemos por Lacan que un niño adviene sujeto a través del deseo y del contacto con un otro significativo que por desearlo como ser humano lo convierta en un sujeto deseante.

En el caso de Roberto, creemos que esta madre, lejos de desear que viva, prefería su muerte. Por eso creemos que el deseo materno está perturbado, dado que su madre desatendía sus cuidados básicos hasta olvidarse de alimentarlo y hasta llegar a abandonarlo un tiempo después. Esto denotaría una gran ausencia no solo en el plano de las necesidades básicas, sino también la falta de amor y mirada materna, elementos esenciales para el desarrollo y humanización de la cría humana.

Creemos que aquí se trataría de un caso de perturbación alimentaria de la necesidad, o mas bien, del plano biológico por el deseo destructivo del Otro o la falta del deseo del Otro. Sería un síntoma anoréxico dentro del campo de la psicosis infantil.

En el **Seminario IV**, La relación de objeto, clase 11: El falo y la madre insaciable, (1956/1957) Lacan postula una nota que nos parece central en sus escritos sobre la anorexia mental sobre la cual diversos autores trabajarán posteriormente. Lo plantea en estos términos:

Ya les dije que la anorexia mental no es un no comer, sino un no comer nada. Insisto—eso significa comer nada. Nada, es precisamente algo que existe en el plano simbólico. (...). Este punto es indispensable para comprender la fenomenología de la anorexia mental. Se trata, en detalle, de que el niño come nada, algo muy distinto que una negación de la actividad. Frente a lo que tiene delante, es decir, la madre de quien depende, hace uso de esa ausencia que saborea. Gracias a esta nada, consigue que ella dependa de él. Si no captan esto, no pueden entender nada, no sólo de la anorexia mental, sino también de otros síntomas, y cometerán las faltas más graves. (Lacan; 1956/1957)

Haciendo referencia a esta cita, Raimbault (1991) comenta que esto significa que en la medida en que ha sido colmada al nivel de las necesidades fisiológicas (a veces incluso antes de la expresión de la necesidad) la anoréxica no puede soportar que cualquier demanda sea interpretada en términos de necesidad. Es entonces que se vuelve vital “comer nada” con el fin de que se mantenga viva la dimensión del deseo.

En el caso de Roberto, ni siquiera están colmadas las necesidades fisiológicas, puesto que la madre era quien lo privaba del alimento, no era un mensaje de éste hacia ella. Habría una negación de la actividad de alimentar por parte de la figura materna. Y siguiendo a Lacan consideramos que Roberto se encontraría en un paso previo al primer tiempo del Edipo, donde

el deseo en este caso es de muerte, por lo tanto no habría constitución del yo ni un cuerpo erogeneizado. Creemos entonces que el caso de Roberto no representaría a la anorexia mental típica, sino a otra forma de anorexia, dado que es condición para ese cuadro típico que haya deseo materno de vida circulando, sin llegar a ser irrumpido por la función paterna. Con respecto al deseo no regulado por la Metáfora paterna, podemos continuar con el texto en el cual el autor hace referencia a la madre omnipotente y lo dice así:

Les estoy diciendo que la madre es primordialmente omnipotente, que no podemos eliminarla de esta dialéctica, que es una condición esencial para entender cualquier cosa que merezca la pena entender (...). Con sólo tomar al sujeto a un nivel algo más avanzado, por ejemplo, un niño de unos dos años de edad, no es en absoluto extraño que ella encuentre objetos re proyectados retroactivamente. Y puede decirse en cierto sentido que, como siempre ocurre, si estaban listos para ir a parar ahí algún día, ya estaban. En este punto, el niño se encuentra frente a la omnipotencia materna. (1956/1957; 57)

Más adelante continua:

El único poder a disposición del sujeto contra la omnipotencia, es decir no en el plano de la acción, introduciendo aquí la dimensión del negativismo, algo que no carece de relación con

el momento que estoy considerando. No obstante, diría yo, ténganlo en cuenta, la experiencia nos muestra, y con razón, que la resistencia a la omnipotencia no se elabora en el plano de la acción bajo la forma del negativismo, sino en el del objeto, que se nos ha revelado bajo el signo de la nada. Con este objeto anulado, en cuanto simbólico, el niño pone trabas a su dependencia, y precisamente alimentándose de nada. Aquí invierte su relación de dependencia, haciéndose por este medio, él, que depende de esa omnipotencia ávida de hacerle vivir, su amo. Así es ella quien depende por su deseo, ella quien está a su merced, a merced de las manifestaciones de su capricho, a merced de su omnipotencia, la de él. (Lacan; 1956/1957)

Entendemos que lo que Lacan intenta explicar aquí tendría relación con la dimensión simbólica del objeto nada, que sería el no comer. A través de esta acción, lograría invertir la omnipotencia y dependencia hacia su madre; dependiendo ella de él. Podríamos hipotetizar que la madre de un niño que padece Anorexia mental, suele adelantarse a las posibles demandas del bebé y con su avasallamiento intrusivo no deja lugar a que el niño pueda desear. No se lleva a cabo la necesaria alternancia "presencia-ausencia" que, en términos de Freud, mostraría al niño la dimensión de incompletud de esa madre, de una madre que desee más allá de él.

En este sentido, nos parece útil comentar las contribuciones de Winnicott al respecto. Para este autor, en su obra **Realidad y juego** (1989) un niño pasa del principio del placer al de realidad o a la identificación primaria, gracias a la presencia de una madre lo bastante buena, que no necesariamente es la del niño; quien

(...) lleva a cabo la adaptación activa a las necesidades del niño y que la disminuye poco a poco, según la creciente capacidad de éste para hacer frente al fracaso en materia de adaptación y para tolerar los resultados de la frustración.

(1989; 27)

Entonces, gracias a una adaptación casi total, el bebé creará que el pecho de su mamá es parte de él. Sería como un “dominio mágico”. Se desarrollaría en él un “fenómeno subjetivo”, que Winnicott llama “pecho materno”. La mamá da el pecho en el lugar y momento justos donde el bebé podrá crear. Esto daría lugar a lo que el autor denomina “ilusión”.

Luego la madre deberá desilusionar paulatinamente al bebé, pero no lo logrará si no hubo antes aquella ilusión a la que hacíamos referencia. Como consecuencia de este proceso de

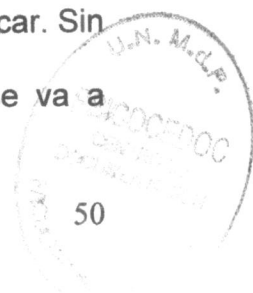
(...) desilusión gradual, queda preparado el escenario para las frustraciones que reunimos bajo la denominación de destete. Si la ilusión- desilusión toman un camino equivocado, el bebé no

puede recibir algo tan normal como el destete, ni una reacción a este. (1989; 27).

Respecto a este punto, podríamos hipotetizar que en un caso de Anorexia, la madre no estaría dejando lugar a la desilusión, a ese espacio de presencia- ausencia necesario para poder desear, para poder situar la falta.

Aclaremos que si bien, pueden reconocerse similitudes entre las teorizaciones lacanianas y winnicottianas, posteriormente al trabajar los postulados sobre el falso self describiremos las diferencias fundamentales entre los autores.

Lacan, en **La subversión del sujeto** (1960), explica la relación entre la necesidad, demanda y deseo a través de uno de sus grafos, recurso que el autor utiliza con frecuencia para formular sus teorizaciones. A partir de esto, señala que el bebé, en sus primeros momentos de vida se verá asaltado por una serie de necesidades que exigen satisfacción y que no puede alcanzar por si mismo, debido a su estado de prematuración. El Otro es quien lo cuida y quien permutará sus necesidades como demandas, es decir, pedidos formulados en significantes provistos por el Otro y sancionados por él. Al entrar en relación con ese Otro, el viviente (como lo llama Lacan) pierde sus necesidades ingresando al circuito de la demanda y adviniendo así, un sujeto barrado. A partir de allí sus manifestaciones (llantos, gritos) serán entendidos por el Otro como demandas a significar. Sin embargo queda un resto no cubierto por la palabra que jamás se va a



satisfacer –ya que la demanda siempre es de amor- es decir, que hay una dimensión más allá del Otro que está por fuera de la demanda; siendo el nivel del deseo. Por este motivo el Otro queda barrado, incompleto, porque hay algo que no puede dar. Asimismo el sujeto también queda incompleto, porque por este motivo siente que hay algo que le falta.

Creemos que esto no sucede en el caso de alguien con Anorexia, dado que no es posible ingresar al circuito del deseo, habiendo una madre que se anticipe a las demandas sin dar lugar a la inscripción de la falta ni a la ausencia en el sujeto.

Para complementar lo expuesto, citamos un fragmento del texto **La dirección de la cura y los principios de su poder (1958)**, donde el autor expresa:

Es el niño al que alimentan con más amor el que rechaza el alimento y juega con su rechazo como un deseo (anorexia mental) A fin de cuentas, el niño, al negarse a satisfacer la demanda de la madre, ¿no exige acaso que la madre tenga un deseo fuera de él, porque es éste el camino que le falta hacia el deseo? (1958; 147)

Como veníamos comentando, creemos que esta cita es fundamental en lo que a la Anorexia se refiere, dado que amplía el punto sobre la falta. Podríamos pensar que el amor estaría ligado en este caso, a todo lo que implica el exceso o la abundancia. Quizá para esta madre el amor pasa por

el hecho de alimentar en demasía, anticipándose a las señales que utiliza el niño para pedir alimento, tal vez como una forma de protección. Entonces, como dice Lacan, de esta manera no está permitiendo que el niño pueda encontrar un lugar, dado que esta madre no se muestra barrada para este niño, siendo que todo lo que le falta es él. Al no ver la falta en el Otro, suponemos que tampoco será posible encontrar cómo alojarse en ese Otro, ni tampoco situar la propia falta.

Síntoma y Acting-out

De aquí en adelante trabajaremos autores post-lacanianos. Prosiguiendo, otro autor que trabaja este tema y del cual hablaremos es **Jorge Baravalle (1993)**. En **Anorexia. Teoría y clínica psicoanalítica**, postula que el psicoanálisis entiende el síntoma como una señal de la verdad reprimida de un sujeto. A partir de esto considera “estos trastornos” no como enfermedades del apetito, - patologías de la alimentación- sino como “posiciones subjetivas”.

Señala además, que la Anorexia es un síntoma, pero no de una estructura en particular, ya que, si un sujeto deja de comer, esto no obedece siempre a los mismos motivos.

Hay algo que le ocurre posiblemente a ese sujeto desde hace mucho tiempo, su infancia o su adolescencia, que quedó

reprimido y desconocido para él. Sin embargo, lo que muestra con sus síntomas es justamente eso que supuestamente no sabe y que en lugar de expresarse con palabras aparece dicho en el síntoma como si se tratara de una metáfora. Aparece escrito en el cuerpo aquello que no puede decirse, ya sea porque es muy doloroso, ya sea porque al sujeto le es desconocido. (1993; 48)

Este punto nos parece de sumo interés, ya que subraya la particularidad del psicoanálisis de tomar el caso-por-caso. Pensamos que se debe indagar qué sentido tiene para cada sujeto la privación del alimento, a través de la escucha; evitando así las generalizaciones. En relación a esto, Barravalle postula que podemos reconocer así en el síntoma dos aspectos: su cara signo y su cara significante. El primero hace referencia a aquello que se hace ver. "Es lo que se expone mudo a la mirada del otro". Hace signo, llama a una respuesta, pero no se interroga. El segundo aspecto aparece cuando se le pide al sujeto que hable, que explique qué le pasa, promoviendo el discurso y priorizando la escucha.

Luego continúa aclarando esta distinción para el caso de la Anorexia: "El síntoma anoréxico, casi en el estatuto de un acting-out, expresa un deseo que no puede articularse en un discurso, y como todo síntoma, es portador de goce." (1993; 49)

Podríamos pensar que aquí la Anorexia no suele tener, para quien la padece, el estatuto de síntoma de acuerdo a su definición para el

psicoanálisis, sino que creemos que denuncia a un cuerpo sufriente que hace signo, que manifiesta sólo lo visible. Es decir, que creemos que se debe tender a que el sujeto pueda hablar de lo que le acontece, lejos de permanecer mudo, para así poder interrogar su padecer.

En relación al significado de acting-out, Lacan dice en el **Seminario V, Las formaciones del inconciente** (1957/1958), que

El acting-out es también y siempre un mensaje, y es por eso que nos interesa. Cuando se produce en un análisis, siempre está dirigido al analista, y al analista en tanto que, en suma, no está demasiado mal ubicado, pero que tampoco está completamente en su lugar. (...) El acting-out es algo que comporta siempre un elemento altamente significante, y justamente en esto en que es enigmático. No llamaremos nunca acting-out más que un acto que se presenta con este carácter muy estrictamente inmotivado. Esto no quiere decir totalmente que no tenga causa, sino que es justamente muy inmotivable psicológicamente. Porque es un acto siempre significado. (1957/1958; 95)

Es decir que podríamos pensar a la Anorexia, para este autor como un acting-out en el sentido de tomarla como acto, algo que no se pone en palabras y se dirige al Otro. En relación con Freud, podríamos señalar como

similitud el hecho de encontrar siempre en un síntoma un beneficio primario o goce, como lo llama Lacan.

Por otro lado, el autor refiriéndose a Lacan expresa que:

Para el anoréxico hay deseo, pero el Otro insiste en obturar el deseo con la satisfacción de una necesidad. Para que se articule un deseo tiene que haber dos demandas, pero la madre que atosiga no deja que el niño abra la boca para pedir.

(1993; 56)

Entendemos entonces que la madre estaría leyendo sólo una demanda, la que expresa una necesidad, no la que la convierte en demanda de amor. Ya que para Lacan esta doble función da origen al deseo, puesto que las necesidades que la demanda expresa pueden satisfacerse, pero el anhelo de amor es incondicional e insatisfactible, persistiendo como un resto.

La Anorexia como adicción

En consecuencia con la cronología de las obras, continuamos ahora con las contribuciones de **Marcelo Heckier**. En su libro **Anorexia- bulimia: deseo de nada** (1996), postula:



(...) Sujetos que bordean la muerte, ¿viven para sufrir, sufren para vivir? Un acontecer que implica puro goce, sufrimiento que mueve a la consulta a algunos, y en otros, el ser llevados por los familiares. Y ahí detienen su andar, su decir. (1996; 20)

Se trata entonces, para este autor, de que en este padecer el paciente arriesga su vida misma, y no solamente el vivir social, laboral y familiar. Heckier nos dice que las alteraciones que provoca la Anorexia afectan a la salud orgánica. Entonces habría un punto de gravedad que no puede ser minimizado.

Un paciente que ha decidido no comer o que ha concluido que una salida posible es el suicidio, es un paciente de alto riesgo. Por eso la necesidad de una atención especializada, interdisciplinaria, precisamente, por cuanto estos padecimientos conllevan complicaciones riesgosas. (1996; 22)

Podemos señalar aquí una fuerte discrepancia con los dichos de quien le dio el nombre a este padecimiento: Lasègue. Recordemos que éste último considera que “la anorexia histérica no es una enfermedad mortal, sino más bien espontáneamente resolutive, en un plazo más o menos breve y según los niveles” (Raimbault; 1991)

La Anorexia, para Heckier tiene un índice de mortalidad mayor que la bulimia, mortalidad que tiene como principales causas la inanición e

infección. Asimismo, se pone en juego toda la vida del paciente, debido a la presencia de crisis abruptas que alteran sus actividades cotidianas.

Y continúa:

Estas personas afectadas comienzan a llevar una vida dual, por un lado, mantienen lazos sociales habituales, y por otro, viven su adicción en secreto y en silencio porque sienten que establecen una relación morbosa con la comida que es necesario ocultar. Es como si de eso la familia nada supiera. Están atrapados en una trama discursiva de la fantasmática familiar, y es en este punto donde se hallan aprisionados. Son palabras de mandato las que gobiernan su vida y de ello nada saben. (1996;32)

Creemos pertinente señalar que vemos una suerte de contradicción en las palabras de este autor, dado que por un lado hace referencia a un padecimiento que altera toda la vida del paciente y por otro, habla de una vida dual, donde su comportamiento se mantiene oculto. Así, no termina de quedar claro si se trata de una cuestión que compromete todas las áreas del sujeto o sólo una parte.

Entonces, volvemos a la verdad en juego, al enigma que es el síntoma para el sujeto. Vemos que según este psicoanalista la Anorexia sería una adicción. Nos preguntamos en qué sentido lo dirá. Lo explica de esta manera:

Entre el sujeto anoréxico y el alimento existe un vínculo de sujeción, que es sometimiento, que es esclavitud, como un lazo, un vínculo especial, intenso y exclusivo, amoroso y a la vez despótico entre el sujeto y aquel que se considera su objeto, objeto deseado y temido, idealizado y siniestro. Precisamente desde este punto se puede pensar la anorexia como adicción, y sobre esta base se sustentan ciertos abordajes terapéuticos.

Etimológicamente adicto significa esclavo, y también significa lo no dicho, y es desde esta última acepción que se sostiene teóricamente la práctica analítica.

Centrar la clínica desde este punto de vista, anorexia como adicción, conlleva a suponer que la temática está centrada en el objeto-comida. Es la dimensión del acto lo determinante. Y por ende, la articulación compulsión -impulsión, mas precisamente las llamadas patologías del acto. Ahí donde impera el acto, en tanto pasaje, el sujeto queda entre paréntesis. (1996; 34)

A partir de estas postulaciones, el autor dice que la Anorexia es una adicción, en el sentido fundamentalmente de la falta de palabra, de lo no dicho; pero también en el sentido de la contradicción entre amor- odio entre el sujeto y el objeto de su adicción. Por otro lado también hace alusión al

acto, como decíamos con Baravalle, pero creemos que aquí ya se habla de un borramiento subjetivo; es decir, en tanto hay acto y no hay palabras, no hay un sujeto, sólo un objeto, que sería la comida, para este autor.

De todas maneras, pensamos que otorgarle el estatuto de adicción a este padecimiento, es un tanto forzado; puesto que si fuera así implicaría el mandato de consumir algún objeto o sustancia real. Por otra parte, sabemos que para el psicoanálisis la adicción es una conducta, no es una estructura psicopatológica.

Configuraciones familiares

Heckier también hace referencia al grupo familiar de quien padece de Anorexia. Comenta que clínicamente estas familias muestran: negación, (no ven lo evidente, por ejemplo el cuerpo emaciado del paciente) o protección del síntoma. (Cuando madure se va a curar). Con su complicidad se sostiene el síntoma, ya que permite estabilizar patológicamente al grupo familiar. El paciente, según Heckier, con su padecimiento, “condensa una historia de varias generaciones siendo depositario y centinela de su repetición” (1996.49). Este padecimiento estaría implícita o explícitamente articulado en el discurso familiar.

Esto nos recuerda al caso de la paciente de Freud, Emmy von N., donde queda reflejada toda la trama familiar en sus síntomas. Ya vimos que el vínculo con esa madre severa, que la obligaba a comer, tanto como

los episodios traumáticos con sus hermanos, contribuyó al desarrollo del cuadro. Podríamos hipotetizar que para este autor, el sujeto que porta el síntoma sería el emergente de la dinámica familiar perturbada.

Vemos también que las madres de estas niñas son mujeres cuidadas en su aspecto personal, atentas a lo estético, a las bellas artes; muchas de ellas pintan, o realizan esculturas. Suelen arrastrar una historia de insatisfacciones personales y un vínculo de sometimiento y dominación por parte de su propia madre. Son muy activas, critican a los demás, y recriminan con facilidad a sus hijas. Son madres presentes, pero con una presencia física y formal. Psíquicamente son madres alejadas y que generaron dependencia en su hija, no permitiéndole manifestar sus necesidades, pues siempre estuvieron prestas a satisfacerlas de antemano. Tienden a reducir a su hija a un ser que puede tener muchas necesidades, pero a quien no le permite llegar a sentir ningún deseo ni autonomía propios. La niña crece entonces sin autonomía ni seguridad de si misma, ligada de forma dependiente a su madre, y controlada por ella.

Con respecto a los padres, suelen ser padres pasivos y distantes, con escaso contacto con su familia, y que

(...) no han tenido un lugar de significación en ese mundo privado de dos, donde la madre es todo para la hija. Esta madre omnipotente no permite que su hija desee un padre, representante natural del mundo externo, y hacia quien normalmente se dirige la pequeña en un proceso natural de

separación e individuación. Las niñas necesitan del papá para lograr ese proceso de individuación y separación respecto de la madre. Frecuentemente el padre aparece en las jóvenes anoréxicas como una presencia muda. Su papel está desdibujado, no busca ni le es ofrecido un lugar al lado de su hija ni entre ella y la madre. Pasivo y callado, rehúsa asumir un liderazgo personal, natural, de su familia y tiende más que a tomar decisiones, a esperar que las tome su esposa. (1996; 51)

Continúa Heckier:

El sujeto caerá en un círculo de repeticiones mortíferas, sin voluntad propia, totalmente alienado en una relación que no puede quebrantar, como respondiendo a un mandato superyoico. La comida, las dietas, el cuerpo, el peso, parecieran ser los ejes sobre los que debate la vida del paciente. Sentirse bien o mal anímicamente estaría anudado a ello.

La demanda gira en torno a la aspiración de que el cuerpo desaparezca, para que el deseo como tal subsista. En la negativa a alimentarse, sostiene su deseo, defiende un derecho que férreamente insiste en pertenecerle.

Por lo tanto la anorexia es el único modo que el paciente pesquisó para llegar a surgir como sujeto deseante fuera del deseo de la madre.(1996; 60)

El autor nos estaría señalando nuevamente esta desubjetivación de quien padece, pasando a ser objeto de los mandatos superyoicos. Se hace referencia además a la saturación por parte de la madre, donde la única salida es el no comer. Y en relación a esto continúa describiendo a estas madres:

“Mientras viva no te va a faltar nada” es el dicho oracular que la madre de la paciente anuncia. Es entonces que “mi única respuesta a todo es no” es el modo como la sujeto encuentra de crear la falta en relación con un Otro totalizante, la Madre. Esta se presenta como completa. Ofreciendo todo, con lo cual la sujeto queda atrapada en un ser alienante desde el cual no podrá reconocerse ni reconocer su deseo ni que demanda, cuando algo demande en ella.

Es una relación enigmática u hasta mortífera. La madre ubica a la hija como un sujeto de goce. Madre oracular cuyas respuestas –ante cualquier pregunta que pueda surgir en la hija- son absolutas. Esas respuestas aniquilan a la sujeto en su ser deseante.

Son madres que por su particular posicionamiento no pueden ubicar a este hijo/hija en la ruta del deseo.

Lo logran antiborrándolo de la papilla asfixiante y el hijo jugando con su rechazo como si fuera su propio deseo (anorexia mental)

Son madres fraudulentas, y mantienen un modo vincular de hacerse amar y hacer sufrir: “una no se mueve sin la otra”.(1996; 72)

Podemos ver más clara aquí la cuestión del deseo en la Anorexia mental que comienza con Lacan. Se trata de una madre que tapa, que satura todo tipo de falta que pueda inscribir el sujeto.

Mas adelante vemos entonces, que para este autor la anoréxica, mediante su restricción alimentaria logra salvaguardar su deseo. Con este acto intenta crear en el Otro angustia, crear un agujero, colocándolo – de esta manera- en menos; sosteniendo “estar llena”, sin necesitar nada más.

Creemos que Heckier, lejos del resto de los autores, estaría haciendo referencia más bien a una psicología de la personalidad en relación al grupo familiar de estos pacientes, dejando entrever que habla de padres y madres reales. Por lo tanto se trata de otros con minúscula, siendo que en psicoanálisis se habla de funciones del Otro, independientemente de quien las encarne.

Anorexia y modernidad

Hablaremos ahora de las postulaciones de Emiliano Galende, Cristina Rojas y Susana Sternbach, quienes escriben sus textos en el mismo año y hacen lecturas del tema similares entre sí.

Haciendo referencia al aspecto social, **Emiliano Galende** expresa en **De un horizonte incierto** (1997), que

En las condiciones de la vida social actual y en ciertos valores culturales nuevos, se han generado condiciones para un funcionamiento subjetivo que incrementa la perturbación de la relación de los sujetos con el cuerpo y su representación, produciendo un mayor riesgo de enfermedades psicosomáticas. (1997; 27)

Según este autor, la Anorexia suele remitir a las condiciones de la vida actual de las personas (mentales, físicas y sociales), más que a las historias de su neurosis infantil. Esas condiciones de vida han sido caracterizadas por diversos autores como la sobreadaptación, es decir un acoplamiento a los ritmos y exigencias de la realidad laboral o social sin resistencia, protesta o reflexión. Suelen ser personas superficiales y prácticas, con pensamiento operatorio, cuya ansiedad sigue el ritmo de su ajuste a las exigencias que tratan de cumplir siempre.



En esta cultura del consumo masificado, nos dice Galende, la alimentación ya no se encontraría del lado de la familia, si no más bien del mercado, contribuyendo a las ganancias. De todas maneras aclara que sin duda que “importan y condicionan estas conductas las neurosis o perversiones previas de cada uno, pero es insoslayable pensar en esta megalomanía cultural para inteligir el destino de muchas de ellas”; como también que “seguramente no todos los individuos tienen la misma predisposición psíquica para responder a estos estímulos”. (1997; 28)

Expresa:

Asistimos a toda una cultura liviana que publicita como comida sana el alimento liviano. Algunos acertadamente lo han llamado *cultura Light*. Entonces, la exitosa insistencia de las publicidades de los alimentos dietéticos juntamente con la potenciación que logra a través del prestigio de la identificación con las modelos de éxito, han logrado instalar en el imaginario social, sobre todo en las mujeres adolescentes y jóvenes, la necesidad de la dieta para mantenerse en forma, tanto en cuanto a la salud como en los requerimientos actuales de juventud y belleza. (1997; 28)

En consecuencia, el autor vincula estas condiciones con el crecimiento de la Anorexia y la Bulimia. Pero por otro lado disiente con Freud en relación a la etiología. Hemos visto ya que Freud tiene muy en cuenta, en

relación a todo cuadro, las vivencias infantiles no tramitadas que luego originan síntomas. En contraposición, Galende afirma que las causas de este fenómeno tienen que ver mucho más con las condiciones de vida actual. Nos está diciendo entonces, que se trata de una afección de la época actual. Creemos que no es así, puesto que ya observamos que hubo casos de Anorexia desde el siglo XVII, que es donde comienza a describirse el cuadro, pero en realidad encontramos que ya en el siglo XIV hay relatos del tema con Santa Catalina de Siena (Losinno; 2001)

Por su parte, **Cristina Rojas y Susana Sternbach (1997)**, señalan que en toda época se constituyen ideales culturales. En este caso, se privilegia la delgadez extrema, despreciándose la obesidad. Expresan:

El cuerpo evanescente de la anorexia, leve, parece despegarse de la mortalidad misma. Carente de formas que denuncian tanto el crecimiento y la sexualidad como el paso del tiempo ¿implica además junto al goce del límite una fantasía de vencer la muerte? (...) Expresión extrema de lo mortífero, la anorexia afecta el sustento nutricional que sostiene la vida. Al mismo tiempo, y contradictoriamente, sugiere quizás en el observador una suprema omnipotencia, ya que, quien no come, parece situarse más allá del plano de la necesidad universal e ineludible. De este modo, no sólo quien padece anorexia se diferencia de los otros, sino que genera a la vez cierta admiración en el entorno, ya que supera tentaciones que a

otros avergüenzan y descalifican. Se crea así la ilusión de que ella no necesita como los demás mortales la provisión exterior para subsistir: ¿contracara de la adicción, que se somete a los designios del objeto? ¿O tan esclavos como el adicto, ya que la no incorporación les resulta tan coercitiva como a aquél el consumir? (1997; 84)

Vemos que la Anorexia contrastaría con el mundo del consumo y la saturación en que se inserta; y finalmente, para las autoras, “el sujeto que la padece es quien finalmente acaba consumiéndose” (1997; 84). Además las psicoanalistas, al igual que Galende, hacen una lectura del cuadro en relación con los tiempos actuales, que demandan la delgadez a cualquier precio.

Por otra parte parecería que concuerdan con Marcelo Heckier en relación a la adicción. Se alude nuevamente a lo compulsivo que genera esta última, pero Rojas y Esternbach no terminan de responder si se trata de una adicción. Utilizan el término para contrastar, tanto el no sometimiento; y por otro lado lo coercitivo, la dominación o los mandatos superyoicos para Heckier. Finalizan considerando que en definitiva hay algo similar en los dos casos, ya que hay un mandato en ambos: el adicto debe consumir y la anoréxica no debe consumir. Positiva o negativamente, habría un poder coercitivo superyoico que no deja que el sujeto advenga.

La alimentación como forma de vincularse con el Otro

Otra autora que elegimos para trabajar es **Silvia Amigo**. En **Clínica de los fracasos del fantasma** (1999), nos dice que:

La alimentación es un hecho que va mucho más allá de la necesidad nutricia del cuerpo, es un hecho que va mucho más allá del mero hecho de hacer crecer al cuerpo; es un hecho que está ligado al nacimiento mismo de las relaciones del sujeto con el Otro.(1999.137)

Piensa entonces a la alimentación como la primera forma de vínculo con el Otro, sin el cual el niño al nacer no podría sobrevivir. A partir de este punto, señala que siendo un hecho fundador de la entrada del niño a las relaciones con el Otro, “el trastorno de la alimentación es un hecho del que nadie ha carecido, es un epifenómeno potencial de cualquier estructura clínica” (1999;137). Cualquier estructura clínica puede estar acompañada por un trastorno de la alimentación. Para Amigo “Las estructuras clínicas se definen por el modo de relación en que ese sujeto especificó su lugar en relación al Otro” (1999; 137). Como la alimentación está relacionada al modo primordial de ingreso del Otro en la conformación del sujeto, casi toda estructura clínica puede y suele tener un *eating disorder*, tal como la llaman los americanos, nos plantea la autora.

Refiriéndose a las estructuras, postula que el psicótico tiene problemas en la alimentación porque está lesionado gravemente su vínculo con el Otro. Llamaría la atención que coma normalmente, según Amigo. Por lo tanto “el trastorno de la alimentación se puede añadir –como epifenómeno- a cualquier estructura clínica y de por sí no constituye estructura clínica” (1999; 138). Es decir que no sería un cuadro autónomo. Nos preguntábamos a qué se referirá con el término “epifenómeno”. En relación a esto, averiguamos que designaría un elemento secundario dentro de otro principal. Podríamos pensar que la autora nos está diciendo que la Anorexia sería un elemento accesorio a cualquier estructura clínica, que es contingente pero no necesario.

Luego, hace un aporte muy interesante. Distingue entre lo que ella llama Complejo materno alimentario y Complejo paterno alimentario. Refiriéndose al Complejo materno Alimentario escribe:

Una madre *good enough* da la leche con la palabra y también da la leche con la mirada, pone al acto de lactancia la luz narcisista de la mirada, adelanta al niño en una Imago de buena forma, que es muy anterior al espejo, que la madre va preparando para volver después. Por lo tanto una madre *good enough* da de comer leche, pulsión oral; palabra, pulsión invocante; mirada, pulsión escópica. Lo hace sosteniendo muscularmente al niño en su abrazo, pulsión anal. Es decir que da de comer una intrincación pulsional, nunca una pulsión sola.

Freud en el “Proyecto...” habla de la primera experiencia de satisfacción, esa que el niño vuelve a repetir porque no alcanza, en las experiencias ulteriores, una identidad con aquella. Esto ya indica que el pecho ha tenido que ser separado de la boca para que el niño pueda establecer diferencia entre la segunda vez y la primera, para que haya seriación en la experiencia. Para que se historicice lo oral, para que no sea un puro goce –mudo como muda es la pulsión de muerte- tiene que haber ausencia y presencia –fort da- alternancia. Y tiene que haber mirada y cuidado de la escena, sino no se puede constituir siquiera como experiencia de satisfacción. Entonces ya en el modo en que la madre da el pecho se puede ver lo que va a ser un posible futuro *eating disorder*. (1999; 139)

A partir de aquí podemos ver lo importante que es esta etapa de la alimentación en el bebé. La madre debe incorporar en el niño un conjunto de pulsiones, como dice la autora. No sólo dar el alimento. Además, y volviendo a los desarrollos freudianos y lacanianos, recordamos que es necesario que se de este juego de presencia- ausencia, de alternancia, para que sea posible que este encuentro madre- bebé se constituya como experiencia de satisfacción. Podemos pensar que se le está dando un valor primordial a la alimentación como representante del vínculo con el Otro.

Con respecto al Complejo paterno alimentario, expresa lo siguiente:

El banquete totémico de ninguna manera es una comilona, es el prototipo de toda comida social. Es un ritual solemne, sometido a reglas. Es un ritual donde se come en el acto mismo en que se está suscribiendo un pacto, es un ritual donde lo que se traga es un segmento de la ley, es un ritual donde se incorpora no un goce, sino un límite al goce. En el banquete totémico hay reglas sobre qué se dice, qué se come, dónde se sienta cada uno, es estrictamente lo más lejano de lo que pueden imaginar de la comilona de la bulímica. La comilona de la bulímica es un acto secreto, furtivo, sin reglas, se come crudo, cocido, mezclado, sin orden, sin ley, sin palabras, sin escena, sin lazo social.

Entonces el psicoanálisis en su fundación plantea la comida del lado materno y plantea también el banquete totémico como modo de recordar que se come al padre bajo la ley. (1999; 140)

Creemos que es interesante poder incluir el aspecto paterno para hablar sobre la alimentación, ya que es la madre quien está en primer –y a veces único- lugar haciendo referencia a este tema. Tenemos entonces dos puntos de vista: el alimento por un lado, y por otro, la alimentación atravesada por la ley y el orden. Una de las cuestiones novedosas que evidencia S. Amigo es el planteamiento de dos significaciones de la alimentación: ésta última y el síntoma alimentario pueden ser deudores de

alguno de los dos complejos; serían dos modos distintos de alojarse en el Otro.

¿Histeria o Anorexia?

Pasaremos ahora a exponer los postulados de Amigo acerca de la diferencia entre una estructura histérica y una anoréxica. Siguiendo a la autora vemos que para todo sujeto es de vital importancia encontrar dónde alojarse en el campo del Otro. Pero antes hay que haber localizado qué lugar vacío hay en ese campo. “Por esto tiende a ser de vida o muerte para el sujeto encontrar la falta en el Otro, porque esa falta demarcará el lugar donde el sujeto va a encontrar su morada” (1999; 141). Para Amigo, una histérica juega con el deseo del Otro con varios recursos. Como cuenta con “un fantasma fundacional, juega con el primer objeto que se coloca en el marco fantasmático –que es su propia desaparición- y con muchísimos más” (1999; 141). Entonces la autora nos dice que si el *eating disorder* es uno más de los muchos recursos de un sujeto, podemos decir que es un *eating disorder* histérico. En ese caso se trata de un recurso más que tiene el sujeto de poner en jaque al Otro, jugando a través de la comida, con su deseo.

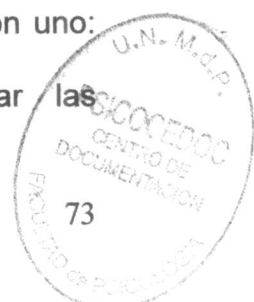
En cambio, lo que Silvia Amigo llama

(...) Anorexia se da en el sujeto cuyo único objeto en juego para movilizar el deseo del Otro es su propia desaparición.

Quizá el suicida también lo hace, pero a diferencia de éste, que comete un acto relámpago, y esta rapidez testimonia que ya ha caducado toda posibilidad de llamado al Otro. La anoréxica llama al deseo del Otro ofreciendo a la mirada del Otro su cadaverización. A partir de esto, cuando un sujeto tiene este modo cadaverizante de presentarse, como único recurso para hacerle falta a algún Otro, Otro al que de ninguna otra manera puede poner en falta, entonces va a sostener el deseo por la vía de forzar a que ese Otro esté permanentemente vigilante, anhelante, amenazado de que le falte (cuando acabe de morir) la propia anoréxica. (1999; 141)

Según la autora, en la percepción correcta de que se trata en la Anorexia de un juego (pero es a muerte) con el deseo del Otro, se fundan quienes afirman como histérica a esta posición. La diferencia con la histérica es que, para Amigo, la anoréxica juega a muerte real el sostén del deseo, mientras que en la histérica el juego con el deseo del Otro está más de lleno en el campo que podríamos llamar "lúdico". Podemos ver las similitudes con las teorizaciones lacanianas, desde el lado del deseo y el modo de suscitarlo, aunque sea mediante la muerte.

Retomemos la interesante diferencia que hace la autora entre la histeria y la Anorexia. Concluye con que la persona histérica cuenta con varios recursos para faltarle al Otro, en cambio la anoréxica, sólo con uno: su propia desaparición. En relación a esto, podemos tomar



contribuciones freudianas, las cuales hacían referencia a posiciones más bien histéricas, donde el conflicto psíquico se simbolizaba en síntomas corporales fundamentalmente; pero los pacientes tenían evidentemente variados recursos a su disposición además del no comer, como fobias, sonambulismo, etc. También encontramos un punto de similitud con Freud, ligado a la melancolía en la histeria, que retomaremos en las conclusiones finales

Cuando fracasa la constitución del fantasma

Consideramos que para trabajar este aporte de la autora, es necesario introducirnos en la cuestión del fantasma. Silvia Amigo va a decirnos que “el fantasma es una respuesta que el sujeto se da a la pregunta enigmática por el deseo del Otro” (1999; 142). Este concepto lo extrae de Lacan para hacer referencia a un modo de defenderse de la castración, de la falta en el Otro.

Entonces, el fantasma sería una respuesta individual, propia del sujeto, acerca de qué es lo que el Otro desea. Sería lo que le permite al sujeto sostener su deseo. Para la autora, poder contestar qué es lo que quiere uno viene luego de haberse podido dar en el fantasma una respuesta acerca de qué quiere el Otro. Y sólo podrá lograrlo si no vive abrumado por el goce del Otro. Es necesario que queden pausas, intervalos.

En consecuencia con esto, podemos hipotetizar que en alguien con Anorexia el fantasma no va a estar funcionando, no será posible que circulen intervalos, como dice la autora. Veamos cómo lo explica entonces:

Eating disorder hay en todas las estructuras y por ende hay muchos en la histeria. Sin embargo hay algunos *eating disorder* que son los únicos modos que algunos sujetos tienen de relacionarse de uno modo sostenible con el Otro.

Cuando este modo problemático es el único modo de vinculación, yo creo que se estarán transitando lo que se ha dado en llamar los bordes de las neurosis. ¿Qué característica tiene este modo de tránsito en los bordes? Creo que se trata de un modo típico, particular y específico de fracaso de la constitución del fantasma, por detención del fantasma en su tiempo narcisista (esto es, oferta del cuerpo entero, de su propia desaparición) sin poder avanzar a la parcialización del objeto. Para estos casos coincido con la discutida denominación de clínica en los bordes. Me parece una denominación pertinente, y que yo encuadro como atribuible a los fracasos del fantasma. A diferencia de estos casos, la histérica tiene éxito fantasmático, la histérica tiene su fantasma constituido. (1999; 143)

En efecto, confirmamos entonces nuestra hipótesis sobre las fallas en la constitución del fantasma. Señala que sólo habría un modo de vinculación con el Otro, a través del no comer, y esto significaría un fracaso en el fantasma, pero además nos habla de una detención, de un no “poder avanzar a la parcialización del objeto” (1999; 143) Creemos que esto alude nuevamente a la imposibilidad de barrar al Otro, de castrarlo, de situar la falta; y por ende, de situarla también en uno mismo.

La feminidad y el “Otro social”

Estos trastornos aquejan generalmente a mujeres, nos dice la autora, aunque también haya varones que los padecen, porque la mujer lleva en su cuerpo la marca de la falta fálica. A varones y mujeres, a todos por igual les falta un fragmento de goce, de un goce fundamental que se pierde por el sólo hecho de hablar. La autora plantea entonces que este cuadro se da por lo general en mujeres porque la mujer lleva consigo la carga de la falta fálica. En relación a esto, tendrá que funcionar correctamente la función paterna. Vemos que le da un valor muy importante aquí a la intervención del padre, que será acogerla en su demanda, para poder enmarcar los objetos. De no ser así, no podrá constituirse el fantasma y lo oral pasará a ser algo destructivo.

Posteriormente en relación a la figura paterna, comenta que vivimos en un momento donde los valores del padre, el símbolo paterno está muy

degradado. Desde el Otro social hay una dificultad en plantear la ley del falo como modo de acceso legal al goce. Cree que esto es más prevalente que la presión del cuerpo que plantean las propagandas, “si bien este *pressing* propagandístico es importante”, dice. Lo que le parece más preocupante es que la propaganda a favor de la juventud y de la belleza a cualquier precio, lleve al límite de desmentir la muerte. “Este es un intento de abolir lo real, situación temiblemente forclusiva. Pretender abolir este real va derechamente contra la ley fálica de la vida” (1999; 144). El Otro social influye para que haya más casos de fracaso del fantasma. Pero, en realidad según Amigo, siempre ha habido este tipo de casos.

Nos resulta sumamente interesante todo el aporte en general de Silvia Amigo. Nos está hablando de los tiempos actuales, tal como hacen referencia Galende, Rojas y Esternbach. Señala que la figura paterna está perdiendo autoridad, por así decirlo; y vincula esto con los tiempos actuales, con el Otro social, como ella lo llama. Cree que los mandatos en cuanto a la belleza y la juventud están atentando contra la ley fálica de la vida. Es decir, no habría límite.

De todas maneras, a diferencia de estos otros autores que realizan una lectura más reduccionista a la época actual, ella termina dejando en claro que siempre ha habido fracasos del fantasma, es decir, Anorexia.

Lo psicosomático

Continuando con la cronología de los aportes, trabajaremos ahora las contribuciones de **Lydia Burde y Elizabeth Sorbías (2001)**. En su libro **Los enfermos psicosomáticos: personalidades míticas**, relatan que la amenorrea, uno de los síntomas principales y de gran valor para el diagnóstico diferencial, suele preceder la mayor parte de las veces a la Anorexia propiamente dicha. Aclaran que no es consecuencia de la desnutrición.

La producción de gonadotropina no cesa, pero se altera la liberación de gonadotropina luteinizante, la cual adquiere un patrón regresivo que corresponde a las niñas púberes y prepúberes. Este patrón no se corrige con el mero aumento de peso si ese aumento no es el resultado de un cambio psicológico. Si se logra por la fuerza, la secreción hormonal no aumenta, y la relación entre gonadotropina- folículo estimulante y luteinizante sigue perturbada hasta que se resuelva el problema psíquico básico de la niña: su conflicto no sólo con la maduración sexual, sino con la maduración en su totalidad. (2001; 22)

Si bien no nos interesa en profundidad lo hormonal, rescatamos el valor de considerar esta relación con la madurez, o con el crecimiento.

Las características psíquicas fundamentales que encontramos en la denominada Anorexia son, para estas autoras: miedo aterrador a la gordura, ataque al crecimiento en general y al cuerpo en especial, problemas con la sexualidad, problemática dependencia- independencia no resuelta, falta de angustia y enmascaramiento de reacciones depresivas graves, hiperactividad y autoexigencia; autopunición, aislamiento.

Según las autoras quienes tienen Anorexia, necesitan su cuerpo en constante movimiento, no percibiendo con claridad las señales y demandas del mismo. Serias alteraciones perceptuales recaen sobre las funciones corporales. Quizá podríamos hipotetizar que esto de no percibir las señales del cuerpo, estaría en relación con la perturbación de la función materna para Lacan: atiborrar de comida al niño, sin dejar que pueda expresar ningún tipo de demanda. Es decir, habría una madre que se anticipa y siempre está dando comida, entonces creemos que es lógico que luego no distinga ni registre qué es lo que necesita, ya que de niño no supieron decodificarlo.

Al abordar el estudio de los cuadros anoréxicos, las autoras encuentran elementos comunes a los cuadros histéricos. Aparecen: trauma sexual ocasionando el conflicto, problemas con la sexualidad, alteraciones menstruales y/o amenorrea, actitudes marcadamente infantiles, etc.

Y posteriormente señalan que en estos casos habría una doble estructuración: una neurótica organizándose a través de mecanismos y fantasías predominantemente histéricas y otra psicósomática grave.

En relación a la estructura histérica se infiere un Edipo que no termina por organizarse, pero que conserva algunos elementos del mismo, "para

luego ser recreado dentro de una constelación regresiva delirante” (2001; 23). La dramática edípica logra estructurarse con una connotación oral, tratando de esquivar la castración.

La organización neurótica paralela permitió el desarrollo psicosexual, a través de las distintas etapas, hasta la fálica y un desarrollo yoico que adquiere funciones instrumentales, con un pensamiento conservado, que les permitió por ejemplo, el acceso a niveles terciarios en su educación, cumplidos más o menos exitosamente. Pero esta organización histérica, la que permanece vigente y al mismo tiempo degradada, funcionará como una defensa sobreadaptativa que en algún momento, frente a los distintos factores desencadenantes externos o internos, cederá.

Postulan que en el momento de la aparición de la crisis, ocurre un cortocircuito en el aparato, se interrumpe la introyección con la desaparición del conflicto psíquico, quedando las fantasías histéricas también en cortocircuito.

Emerge un yo que se escinde y que por un lado contempla la emergencia de un proceso inconciente. Desde ahí comienza la negación a la introyección y el desafecto hacia los objetos. Se produce una reversión de la libido. En estos pacientes parecería que el aparato trabajara al revés desligando libidinalmente, ligando mortalmente, encontrando en última instancia, lo que parecería ser el placer en la muerte. Sabemos que el primer acto del hombre frente a la idea de la muerte, es



negarla. Estos pacientes, como en todos los psicósomáticos, pero en mayor grado que en otros cuadros, hacen de la inmortalidad un mito, a los fines de negar la realidad biológica, los ciclos vitales y el paso del tiempo. Algunas de las perturbaciones básicas, relacionadas con trastornos del funcionamiento yoico, tienen que ver con su conexión con el cuerpo. Aquí se evidencian: trastornos de la imagen corporal, percepción confusa de los estímulos que de él surgen, como un cuerpo negado y renegado. (2001;24)

Como hipotetizábamos más arriba, para estas autoras, se trata de trastornos que tienen su origen en una falla de la relación madre- hijo y que conducen a alteraciones en la estructuración del yo corporal. Es una madre con falta de empatía que no responde adecuadamente a las señales del bebé: le da de comer, lo cambia, lo levanta en brazos cuando tiene ganas, con lo cual suprime las expresiones de las necesidades de la criatura. El bebé finalmente abandonará sus intentos de comunicación sin aprender a reconocer sus propias señales, respondiendo a las exigencias del ambiente; constituyéndose así, un falso self.

Podemos relacionar esto con el primer caso de Freud, donde teníamos una madre que no podía dar el pecho a su hijo, y donde se refleja en esto esta perturbación temprana en el vínculo madre- hijo que iguala el hecho de alimentar con alimentar-se. Por otro lado, vemos que las autoras toman los postulados de Winnicott acerca del falso self. Habría una falla

extrema en la provisión materna. Se trata de una madre “no buena”, que es incapaz de cumplir la omnipotencia “del pequeño” (D. Winnicot, **Realidad y Juego**, 1989), por lo que repetidamente deja de responder al gesto del mismo. Esto da como resultado una sumisión por parte del niño y constituye la primera fase de lo que Winnicot postula como ser falso.

En este sentido, como anteriormente expresamos, comentaremos las diferencias que podrían situarse entre los postulados lacanianos y la cuestión del falso self. En principio, Lacan no habla en ningún momento de “adaptación a las necesidades” ni del “self”; en tanto que Winnicott tampoco hace referencia al papel de la función paterna, cuya función principal es regular el deseo de la madre, para que pueda desear más allá del niño; es decir que no le otorga un valor primordial al deseo. Aparece lo que señalamos respecto de Heckier: conflicto de personalidades.

Entonces, podríamos pensar que mientras Winnicott nos describe una relación dual: madre- niño, Lacan realiza una contribución más completa, dado que incorpora la función paterna, como así también las consecuencias si fallara esta función. Es decir que mientras uno habla de una relación dual, el otro la amplía a una triangular, explicando el origen del avasallamiento desde la madre hacia el niño.

Por otra parte, vemos además que Winnicott expresa que cuando se constituye un falso self, es el niño quien queda a merced de las órdenes de la madre, sumiso. En tanto que el sujeto de Lacan es quien invierte la omnipotencia de la madre, logrando así que ésta dependa ahora de él.

Volviendo a las autoras, otras consecuencias de la anulación de señales internas es la distorsión de la imagen corporal, de la autoimagen interna, que se debiera estructurar a base de estímulos internos y respuestas externas. Por la falta de integración, entre unas y otras, la autoimagen se escinde y se deforma. Su cuerpo es visualizado como gordo, deformado, desfigurado, raro, etc. Es interesante la respuesta de cuerpo gordo, en personas cuya flacura es extrema. Ellas no se ven como son: tienen una imagen corporal distorsionada. Siguen buscando el cuerpo flaco para anular los cambios, el crecimiento y en los casos más graves, la vida misma. Vemos que esto está muy relacionado a las postulaciones de varios de los autores que venimos trabajando, donde señalan la cuestión de la pulsión de muerte.

Para las autoras lo primordial de la Anorexia nerviosa es su naturaleza autoagresiva. Así se acercan al primer Lacan, el que califica al síndrome como suicidio no violento y nos habla de apetito de muerte. Estaríamos asistiendo con la Anorexia a un cuadro que renuncia a la vida, que es ubicado dentro de las pulsiones de muerte, a las tensiones reducidas a cero, podríamos decir.

Falla en la metáfora paterna

Para finalizar con el desarrollo de los aportes post-freudianos, hablaremos de los que nos ofrece **Massimo Recalcati**, en su libro **La última**

cena, Anorexia y Bulimia, 2004. Lo que hace este autor es repensar los desarrollos lacanianos. Nos dice:

La anorexia está más allá del principio del placer: rechazar la comida hasta morir de hambre es una posición del sujeto que resulta incomprensible si se recurre a la lógica hedonística del principio del placer, o a la lógica del principio de realidad. En la anorexia el sujeto realiza una forma de goce pulsional que excede el marco equilibrado del principio del placer (un goce que se ubica entonces más allá del principio del placer) y que rehusa como tal la imposición de la educación pulsional dictada por el principio de realidad, ya que para alcanzar su goce la anoréxica no duda en poner en peligro la propia vida.

La anorexia no es una distorsión del apetito, es más bien un modo de recuperar el vacío de la cosa, el vacío, imposible de comer, del fantasma del seno, -del seno como significante del primer objeto (perdido) de satisfacción.- (2004; 36)

Vemos que para el autor, la Anorexia sería una posición subjetiva. Posición que va mucho más allá del principio del placer, llegando a reflejar la pulsión de muerte. Nos dice que habría en juego una forma de retornar al vacío. Podríamos relacionar esto quizá con las teorizaciones de Silvia Amigo, en el sentido de no haber podido constituir el primer alimento como experiencia de satisfacción.

Más adelante postula que la anoréxica ilustra perfectamente las diferencias entre necesidad, demanda y deseo. El sujeto anoréxico tuvo una madre que se ocupó de responder antes de tiempo a sus necesidades. Pero olvidó incluir el propio deseo, el propio amor.

En vez de particularizar al sujeto aceptando su demanda de amor, el Otro de la anoréxica lo hartó de cosas, lo redujo a una bolsa vacía que debía rellenarse, a un objeto de su propio goce. (2004; 40).

La madre de la anoréxica respondió a la demanda de amor ofreciendo cosas, alimento. Respondió desde el tener. Dio lo que tenía. Al contrario, la anoréxica apunta al deseo del Otro. Quiere del Otro aquello que no tiene. En este sentido, la anoréxica muestra con claridad la diferencia entre la dimensión de la demanda y del deseo.

La anoréxica reclama al Otro del deseo. No basta que el Otro rellene el vacío de la necesidad con el alimento. Es necesario que otorgue al sujeto algo suyo. Pero el Otro de la anoréxica pudo haber dado también el amor, pero lo dio con la misma lógica que dio la comida. Lo dio como se da eso que se tiene y no como resultado de la falta.

Ningún objeto puede colmar esa falta en ser que el deseo revela en su raíz. La anoréxica se coloca del lado del deseo.

Ella desea nada. Quiere comer la nada. Quiere exhibir la diferencia ontológica entre el ser y el tener. Exigiendo la nada descubre la raíz última del deseo. Porque nada, ningún objeto ninguna cosa podrá jamás saturar la medida del deseo. En la anoréxica ese Otro trata al deseo como si fuese una necesidad de una cosa, desconociendo que el deseo es Deseo del Otro y no de "papilla". (2004; 45)

En este fragmento podemos ver la cuestión del deseo y la demanda de amor, como señalaba Lacan, que es de amor incondicional y que da origen al deseo. Resulta interesante también el juego entre el ser y el tener, donde la madre siempre apunta al tener, es decir da amor como da de comer. Y lo que el sujeto quiere, necesita es sentir que hay algo que falta.

Con respecto a la función paterna, nos dice que algo de la metáfora se inscribió demasiado débilmente. El deseo de la madre no estuvo suficientemente barrado, limitado, contenido por la función paterna. Es una debilidad en la función del Nombre del Padre como ordenadora respecto al deseo de la madre. Retomaremos esto en las reflexiones finales desde S. Amigo.

Luego, vemos que el autor define a la Anorexia como una antimadre. Donde transformarse en la antimadre significa tomar distancia, desprenderse del Otro materno, desengancharse del lugar del objeto del goce del Otro, sustraerse al riesgo de ser devorada. Esta es la maniobra de separación introducida por la Anorexia como para compensar una escritura débil de la



metáfora paterna. “Es el modo con el cual el sujeto encuentra su propio lugar, un lugar no invadido por el Otro. Porque sentirse invadido por la propia madre, sentirla adentro, impide construirse” (2004; 46)

Podemos pensar entonces que como no hubo nada que interrumpa este deseo de la madre, la Anorexia es la única salida para suplir esta falla en la operación del padre.

Finalizamos la etapa sobre los autores post-freudianos. Enseguida procederemos a exponer las conclusiones generales del trabajo.

Capítulo IV

Conclusiones generales

A continuación desarrollaremos las conclusiones pertinentes al trabajo efectuado. En principio, se describen los principales conceptos freudianos en cuanto a la anorexia, la cual puede considerarse:

1- Como síntoma histérico: la Anorexia tomaría este camino como resultado de una conversión. Esto se puede apreciar en el caso de la joven que no podía amamantar a su hijo debido a fuertes dolores en el pecho y a su vez presentaba otros síntomas como inapetencia, repugnancia a los alimentos. Freud aclara que no se trataba de una simulación por parte de la paciente, sino que realmente había un impedimento en hacer lo que más ansiaba, hecho que se expresa a través de una voluntad contraria, es decir, que habría un proceso a través del cual la representación penosa (angustia) se disocia del deseo de amamantar y se inerva en una parte del cuerpo provocando una acción contraria a la que se desea.

En cuanto al interrogante que dejamos abierto sobre la voluntad contraria, señalamos que, Freud no retoma explícitamente este tema en sus obras posteriores; sin embargo creemos que este concepto se conecta con nociones que en esta época no había

llegado a teorizar aún: los conceptos de superyó y pulsión de muerte. Podríamos conjeturar la respuesta desde varios sentidos: por un lado, estaría en juego la pulsión de muerte, compulsión de repetición situada más allá del principio del placer donde queda implicado el acto del no comer y tampoco alimentar al bebé, como un anhelo inconciente de retornar a un estado inanimado. En relación al superyó, podríamos pensar que, tal como lo señalamos, hay sensaciones placenteras que ella le despierta al bebé al amamantarlo (pulsión sexual). Frente a esto, la instancia superyoica -como conciencia moral- ordenaría al yo desistir de este acto "perverso". Y, desde ese lugar se generaría la voluntad contraria. Recordemos que la voluntad contraria se relaciona con el opuesto de deseo o las asociaciones no desasidas mencionadas en otros textos.

2- Como síntoma melancólico: Freud, en el Manuscrito G, establece por un lado un paralelismo entre melancolía y anorexia.

El paralelismo entre melancolía y anorexia está dado en relación a una pérdida: inhibición y pérdida de la vía pulsional del propio sujeto en la primera, pérdida de la libido en la Anorexia, correlacionándose esto último con el hecho de considerar la anestesia como falta de tensión sexual psíquica. Piensa entonces a la anorexia como una sexualidad no desarrollada.

En relación a esto, en 1917 retoma el concepto de melancolía definiéndolo como un duelo patológico que implica una rebaja en el

sentimiento de sí, es decir, en el yo, por la pérdida de un objeto. Por este motivo, posteriormente va a ubicar a la melancolía dentro de las Neurosis Narcisistas. Lo anterior nos permite también, deducir a la Anorexia como un fragmento de melancolía en la histeria. La Anorexia sería la fantasía de muerte por inanición del yo identificado al objeto odiado. La cual se puede relacionar con una de las tesis de Amigo: la cadaverización de la Anorexia.

3- Histeria y anestesia: en ese mismo manuscrito describe una analogía entre anestesia histérica y anorexia histérica. Definida la anestesia como falta de sensaciones voluptuosas, diferencia la anestesia histérica como aquella en la cual no se consiente voluptuosidad al grupo sexual psíquico a causa de algún diverso enlace (con asco-defensa) es decir, que habiendo excitación sexual somática no se produce el pasaje a excitación sexual psíquica por la interposición de la defensa "en un todo análoga a la anorexia histérica" (asco).

4- Como abulias de la histeria: esta etapa nos parece central en el desarrollo de este tema a partir del caso paradigmático de Emmy Von N, ya que luego de analizar el caso el autor formula que la anorexia es un mecanismo típico en las abulias, tomándolo al mismo como una parálisis psíquica, en contraposición a la orgánica. Respecto a las

abulias, recordemos que, estas son inhibiciones de la voluntad o incapacidades y pueden ser de dos tipos:

a) Como efecto de una fobia: la angustia se enlaza con el resultado del acto, en este caso, el no comer o no beber agua en lugar de enlazarse a una expectativa. En relación a esto los miedos de Emmy a los perros sería un buen ejemplo.

b) Como asociaciones no desenlazadas y saturadas de afecto. También la anorexia de Emmy da un buen ejemplo de esta abulia, dado que si no come o no bebe es porque son actos que se hallan asociados a recuerdos de la infancia de repugnancia y asco. Esta conversión incompleta puede darse tanto en mujeres como en hombres. Hallamos que en el caso de anorexias masculinas que presentamos en la pagina 22 estaban implicados recuerdos y sensaciones de asco vinculados a vivencias traumáticas. Este asco era en parte conciente para el sujeto, ya que generaba el negarse a comer. Es el afecto que permanecería conciente y que es el resto de una conversión completa.

Asimismo rescatamos que a partir de este caso Freud le da suma importancia a las vivencias traumáticas de la infancia que aun no se han tramitado, de las cuales deriva el “asco” ante el acto del comer, entre otros síntomas.

Por otro lado se podría decir que el vínculo con los padres es un factor decisivo para el origen de la perturbación alimentaria, como

se ve en Emmy Von N, en dirección a un avasallamiento en el sujeto (actitud severa de los padres).

5- Como efecto regresivo de otras pulsiones sexuales: en **Tres ensayos de una teoría sexual**, el autor liga la pulsión de nutrición con la pulsión sexual a través del acto de amamantar donde se conjuga tanto el placer como la alimentación. Por este motivo, iguala la pérdida de apetito como pérdida de la libido.

Es importante destacar la función materna que implica libidinizar al bebé a través de caricias y cuidados, sin que ello signifique un ahogo como sucede en "**De la historia de una neurosis infantil (1914)**". En este caso destacamos la acción del padre, ya que el niño se veía atrapado por este, desencadenando de esta forma síntomas neuróticos entre los cuales se destaca la perturbación alimentaria. Y en este caso, como en otros, se percibe la forma en que la sexualidad oral condensa la regresión de otras pulsiones como la genital. O en otra variante, como señala Abraham el papel de la analidad en la Anorexia.

6- Como inhibición: podemos concluir que en relación a este concepto vemos que a lo largo de la obra de Freud las explicaciones sobre la anorexia están teñidas por este término. Esta limitación funcional del yo en el acto del comer estaría implicada tanto en los dos tipos de abulias (como consecuencia de una fobia o una histeria no

conversiva) como en la histeria y la melancolía. Ya habíamos mencionado que las abulias se tratan de inhibiciones de la voluntad o incapacidades, en tanto que, en la histeria se trataría de impedimentos para ejecutar los designios y la melancolía se cristaliza en una Inhibición psíquica con empobrecimiento pulsional y dolor por ello.

Cabe destacar que a nuestro entender la inhibición agruparía las similitudes en cuanto a la etiología de la anorexia. De todas maneras, es necesario dilucidar cada síntoma para indagar la causa real, ya que no es lo mismo una inhibición en un estado melancólico que en una histeria.

Por otro lado, resulta interesante como Freud dentro de su obra destaca la importancia de múltiples factores (lo innato y sucesos desencadenantes, entre otros) para que sea posible el desarrollo de una neurosis, o de un síntoma neurótico como la anorexia.

Avancemos ahora con los autores post-freudianos:

En relación a los aportes de M Klein, encontramos la comida es considerada como objeto sexual (pene) para la adolescente, la cual sentirá que el alimento le puede engordar por lo que evitará la situación edípica no comiendo. Como las fantasías relativas al pecho son transferidas al pene, los deseos voraces se centran en éste último queriendo devorarlo. El

rechazo de la comida sexualizada podrá ser igual que con el pecho, debido a ansiedades confusionales, paranoides o depresivas. A partir de aquí vemos que habría puntos en común con Freud en lo que refiere a la naturaleza sexual del alimento así como también en pensar distintos tipos de anorexias. Divergen en lo que respecta al edipo, encontrando en Freud un Complejo de Edipo situado alrededor de los 5 años, mientras que M. Klein lo sitúa en los primeros meses de vida.

En Anna Freud la Anorexia es un comportamiento ascético de la adolescente como intento de renunciar a toda forma de satisfacción. Es central en su obra la función que le otorga al Yo, en contraposición con su padre. Sin embargo, coinciden, al igual que M. Klein, en señalar la sexualidad ligada a la función de la alimentación.

En lo que respecta a los aportes de Lacan, podemos plantear que el autor describe al cuadro de Anorexia mental como lo que pone en juego fuertemente el deseo, pero un deseo de muerte representado a través del objeto NADA, del comer nada. A partir de esto, el sujeto intentará que la madre tenga un deseo más allá de él.

En relación con Freud, (remitiéndonos a las hipótesis que propusimos sobre el caso de Emmy Von N. y del hombre de los lobos) destacamos como similitudes el hecho de considerar al niño en estado de indefensión que necesita de un Otro desde el primer momento de vida, que lo pueda libidinizar. Pero luego el sujeto tiene que poder salir, desasirse de ese lugar; despojándose de todo abuso (en sentido amplio) y saturación por parte de

este Otro. De lo contrario, podría ser probable que desarrolle un síntoma anoréxico.

Respecto a las funciones materna y paterna, Lacan en **Las formaciones del inconciente** (1959) postula que en el Edipo debe haber un segundo momento donde necesariamente el padre intervenga desalojando al niño de la posición de falo. El padre aparece entonces como un objeto posible de deseo de la madre y como rival para el niño. Podríamos pensar – y algunos autores como Recalcati así lo creen- que en un sujeto con Anorexia no se desarrollaron correctamente las funciones materna y paterna, no hubo un padre que intervino regulando el deseo materno.

Recordando la comparación con D. winnicott, señalamos que para ambos es necesario una suerte de quiebre en la relación dual madre- niño. Sin embargo, en Lacan no aparecen referencias al concepto de *self* ni adaptación activa a las necesidades. Por otra parte, a diferencia del primero, plantea una relación triangular incorporando la función paterna encargada de regular el deseo de la madre. Para Winnicott la omnipotencia proviene del niño, en tanto que para Lacan es la madre quien es primordialmente omnipotente.

Para finalizar con Lacan, encontramos también en su obra diferentes tipos de anorexia, por ejemplo, otra forma de anorexia es la del caso de Rosine Lefort. Allí se liga a la psicosis infantil y al deseo materno de abandono y muerte.

En cuanto a Baravalle, encontramos novedosa la contribución del concepto de “acting out” para considerar a la Anorexia. Utiliza este término



apuntando a lo que queda por fuera del discurso, un deseo que no se dice, metaforizado en el cuerpo a la manera de un signo que no se interroga. En ese acto se expresa un mensaje al Otro, encubriendo un goce o beneficio primario, para Freud.

A diferencia de estos autores, Heckier plantea la Anorexia como una adicción, en el sentido de una relación de sumisión y esclavitud entre el sujeto y la comida. Así mismo, hace hincapié en el hecho de la ausencia de palabras, que se manifiesta en toda adicción, encubierta por una determinada configuración familiar. En este sentido, lejos de hacer referencia a las funciones del Otro o a su lugar como lo hacen Baravalle o Amigo, por ejemplo, habla más bien de las figuras concretas de quien ocupa ese lugar, llegando así, a nuestro criterio, a construir una psicología más superficial y alejada del psicoanálisis. Comparando, en otro aspecto, con Baravalle, vemos que ambos rescatan el valor del acto en tanto se opone a la palabra, borrando al sujeto.

En relación a las contribuciones de Galende, creemos que se distancia de las corrientes psicoanalíticas, otorgándole un lugar primordial a la época actual, teorizando que padecimientos como la anorexia se deben a una *cultura light* donde se juega fuertemente la presión social que demanda delgadez extrema como sinónimo de éxito. En este sentido difiere de los postulados freudianos en relación a la etiología. Sin embargo, no descartamos la influencia del medio social para el desarrollo de la anorexia, ya que como bien dijo Freud, es necesario, para el desarrollo de una neurosis, un conjunto de factores (teoría de las series complementarias).

Rojas y Sternbach, al igual que Galende, realizan una lectura enfocada en la actualidad y en el mundo del consumo. Señalan que en cada época hay determinados mandatos, que dan origen a ciertos padeceres como en este caso es la Anorexia. A partir de un mundo que idealiza la delgadez extrema, las adolescentes intentan demostrar que no necesitan provisiones externas para subsistir, terminando por consumirse ellas mismas. Las autoras marcan que esta conducta denota un goce encubierto, como así también un deseo. Expresan: "El cuerpo evanescente de la Anorexia, leve, parece despegarse de la mortalidad misma. Carente de formas que denuncian tanto el crecimiento y la sexualidad como el paso del tiempo" (1997; 84). En este sentido, no pierden de vista cuestiones psicoanalíticas como la pulsión de muerte. Por este motivo, consideramos que realizan una teorización más profunda que Galende.

En Amigo vemos tres aspectos destacables. A diferencia de otros autores define una Anorexia vera diferenciada de la histeria, expresando que la: "Anorexia se da en el sujeto cuyo único objeto en juego para movilizar el deseo del Otro es su propia desaparición". (1997; 84) En la histeria, el sujeto cuenta con variados recursos, mientras que en este cuadro, la única salida es su propia destrucción.

Como segundo punto, es muy interesante su aporte en cuanto a los complejos materno y paterno alimentarios, destacando que en el primero se juega la cuestión de la libidinización del bebé a través del entrecruzamiento pulsional en el acto de mamar, lo que constituye la primera experiencia de satisfacción, la cual para constituirse de esta manera debe estar regulada

por una madre suficientemente buena que conlleve al juego de presencia- ausencia necesario para la constitución subjetiva. El segundo complejo está signado por el banquete totémico, lo cual ayuda a ilustrar la función paterna encarnada en la ley. Consideramos de suma importancia este segundo aporte, ya que otorga un lugar primordial al aspecto paterno de la alimentación. Esta doble significación paterna y materna de la alimentación permitirá detectar fantasías inconscientes en la misma.

Finalmente, rescatamos la contribución en cuanto al fracaso del fantasma. Para la autora, poder contestar qué es lo que quiere uno viene luego de haberse podido dar en un fantasma una respuesta acerca de qué quiere el Otro. Y sólo podrá preguntarse qué es lo que quiere el Otro si no vive abrumado por el goce del Otro. Es necesario que queden intervalos. De no ser así, el fantasma fracasa y hay una imposibilidad de barrar al Otro, y por ende, de situar la falta.

En relación con Freud, encontramos aquí una cercanía teórica. La cadaverización que señala S. Amigo se puede entender como la melancolía en la histeria. Dado que en la etapa narcisista la libido inviste al yo, podríamos pensar que en la Anorexia no habría tal libido del yo, es decir, no habría apetito que posibilite la función yoica de la alimentación, o pulsión de nutrición que involucre algo del orden del deseo. Otra posibilidad reside en que esa identificación narcisista implique que la fantasía de muerte del yo por inanición conlleve la fantasía de muerte del objeto.

Amigo habla también de la época actual tal como lo hacen Galende, Rojas y Sternbach. Señala que la figura paterna está perdiendo autoridad y

vincula esto a los tiempos actuales, con el Otro social, como ella lo llama. Cree que los mandatos en cuanto a la belleza y a la juventud están atentando contra la ley fálica de la vida. Es decir, no habría límite. De todas maneras, a diferencia de estos otros autores que realizan una lectura más reduccionista a la época actual, ella termina dejando en claro que siempre ha habido fracasos del fantasma, es decir, Anorexia.

En cuanto a los aportes de Sorbias y Bourde, las autoras consideran a la Anorexia como un desorden psicossomático, ligado a un deseo de destrucción por parte del sujeto, el cual tiene su origen en los primeros meses de vida debido a una madre que se anticipa a las necesidades del niño y no sabe codificarlas. En relación a esto, se refieren, como algunos otros autores, al concepto del *self*, retomando las teorizaciones de Winnicott.

Con respecto a Recalcati, vemos que retoma los postulados de Lacan. Para el autor, la Anorexia sería una posición subjetiva que va más allá del principio del placer, llegando a reflejar la pulsión de muerte, por lo que habría en juego una forma de retornar al vacío. Podríamos relacionar esto con las teorizaciones de Silvia Amigó, en el sentido de no haber podido constituir el primer alimento como experiencia de satisfacción. Luego, vemos que el autor define a la Anorexia como una antimadre, lo cual significa tomar distancia, desprenderse del Otro materno, desengancharse del lugar del objeto de goce del Otro, sustraerse al riesgo de ser devorada. Esta maniobra de desaparición introducida por la Anorexia sería suplencia de una escritura débil de la metáfora paterna. Esto puede ser una segunda

relación con Amigo al equipararse deficiencia paterna de Recalcati con el déficit en la comida totémica de la autora argentina.

Conclusiones propias:

Luego de realizar el presente estudio, queremos escribir nuestra propia opinión pese a que nos falta la experiencia clínica con estas patologías. Nos convence el argumento de que la Anorexia está muy lejos de ser un padecimiento de los tiempos actuales, como muchos creen. Hemos visto que Freud ya exponía en sus historiales casos de pacientes con este síntoma, como así también otros autores en épocas mucho más lejanas. De manera que esto da cuenta de que estamos hablando de una afección que ha existido a lo largo de la historia, independientemente de quién le haya dado un nombre y una teorización.

En relación a posibles comparaciones entre Freud y los autores post-freudianos, diríamos en un modo general que para Freud la Anorexia no constituye una estructura clínica, ni es un trastorno exclusivo de la mujer. El rechazo al alimento puede incluirse dentro de cualquier estructura clínica. Por otro lado, hay situaciones en que Freud trabaja en la particularidad de un "caso" (como sería, por ejemplo, el del hombre de los lobos), y otras en que remite a un "cuadro" (como sería, por ejemplo, el de las "niñas que se hallan en la pubertad"). De esta manera, convendrá tener en cuenta que probablemente no haya "una" anorexia, sino "varias" anorexias, y que en cada caso convendrá precisar los términos usados por Freud.

Adelantando con los aportes freudianos, podríamos conjeturar que a partir de Lacan avanzó la comprensión del Complejo de Edipo, otorgando la mayor importancia al deseo de la madre hacia el niño, hecho esbozado en los postulados de Freud. En este sentido, las conceptualizaciones sobre la Anorexia y su origen van a estar centradas en la relación triangular entre madre, niño y padre. Es por esto que muchos autores post-freudianos van a definirla en relación a una falla en la vinculación con el Otro, que comienza durante los primeros años de vida; ya sea a causa de una madre que no llega a libidinizar al sujeto mientras lo alimenta, o a causa de una perturbación en la metáfora paterna que no permite regular el deseo materno.

Tanto Freud como los autores post-freudianos coinciden en tomar como cuestiones centrales para explicar la Anorexia: la sexualidad ligada a la alimentación y por otro lado la pulsión de muerte. Es decir, que se podría concluir con que habría una carencia en la libido, en el placer en general; lo que generaría una falta de deseo, donde la única salida para poder desear sería la muerte.

A partir de estas consideraciones, entendemos que se trata de un tema complejo que implica una considerable gravedad donde es necesario conocerlo en profundidad sin perder de vista que intervienen una gran cantidad de factores: no solamente lo psíquico, sino también lo biológico, social y cultural.

De esta manera, vemos que el psicoanálisis actual se encuentra en cierto modo frente a un reto semejante al de Freud en sus comienzos.

Aunque puede existir mucho escrito sobre un tema, siempre es un nuevo develar las historias singulares con sus demandas y especialmente poner en evidencia las tramas socioculturales. Como futuras profesionales nuestro desafío consistirá en aumentar la eficacia de los resultados en el abordaje y poder así participar en aliviar el sufrimiento de estas personas.

BIBLIOGRAFÍA

- Amigo, Silvia (1999) *Clínica de los fracasos del fantasma*- Rosario: Homo sapiens
- Antebi, Graciela (2005), *Charles Lasegue, la nueva mirada*. En: Bejla R. de Goldman: *Anorexia y bulimia, un nuevo padecer*. Buenos Aires: Lugar editorial
- Baravalle, G; Jorge, C. y Vaccarezza, L. (1993) *Anorexia. Teoría y clínica psicoanalítica*. Barcelona: Paidós
- Burde, Lydia y Sorbías, Elizabeth (2001) *Los enfermos psicósomáticos: personalidades míticas*. Rosario, Santa Fé: Laborde editor
- Eizaguirre Alberto Espina (1981) *-Anorexia mental, individuo y familia. Clínica y análisis grupal*, Revista de Psicoterapia y Psicología social aplicada. N°28.
- Freud, Sigmund (1873) *Obras completas*- Buenos Aires. Biblioteca nueva, editorial El ateneo
- Galende, Emiliano (1997) *De un horizonte incierto*. Buenos Aires: Paidós
- Heckier, Marcelo (1996) *Clínica del hacer, clínica del decir: Anorexia, Bulimia: deseo de nada*. Argentina:Paidós
- Klein, Melanie (1935) *Una contribución a la psicogénesis de los estados maníaco-depresivos*. En: *Contribuciones al psicoanálisis. Obras completas*. Buenos Aires: Paidós.

- Klein, Melanie (1976) *El destete*. En Obras completas. Vol. 6. Buenos Aires: Paidós- Hormé.
- Lacan, Jacques (1938) *Obras completas*. Buenos Aires: Paidós
- Laplanche, Jean y Ponalis, Jean Bertrand (2003) *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós
- Lasegue, Charles (1991) *La anorexia histérica*, en: Vertex, Revista argentina de psiquiatría. Bs As.
- Lossino, Horacio en -Actualidad psicológica –revista número 288- (2001) *Trastornos alimentarios*- Buenos Aires-
- Raimbault, Ginette (1991) *Las indomables figuras de la Anorexia*. Buenos Aires: Nueva visión
- Recalcati, Massimo (2004) *La última cena, Anorexia y Bulimia*. Italia: Del Cifrado
- Rojas, María Cristina y Sternbach, Susana (1997) *Entre dos siglos. Una lectura psicoanalítica de la posmodernidad*. Buenos Aires: Lugar.
- Winnicott, Donald (1989). *Realidad y Juego*. Barcelona: Gedisa.

Mar del Plata, 21 de septiembre de 2009

Mg. Horacio Martínez:

Nos dirigimos a Ud. a fin de responder a su pedido de corrección de nuestro trabajo. Hemos revisado tanto sus señalamientos, así como también otros que creímos pertinentes. Le entregamos dos ejemplares de dicho trabajo.

Muchas gracias. Estamos a su disposición.

Atte.

Navella P., Páez C. y Pili, L.

Mar del Plata, 17 de septiembre de 2009.

Informe de evaluación de Tesis de Grado.

Título: "La Anorexia: su conceptualización desde la escuela psicoanalítica".

Autores: Navella Ana Paula; Páez Cecilia Alejandra; Pili Laura.

El desarrollo de la investigación sigue los pasos y objetivos propuestos en el Plan de Trabajo. Presenta un recorrido sólido y coherente, acorde a las perspectivas planteadas y al nivel de formación de las autoras.

Por tanto, en cuanto a sus contenidos, la Tesis merece ser aprobada.

El problema que encuentro, y que me lleva a escribir este informe a fin de solicitar que sea subsanado, es el siguiente: cuando las autoras comentan, a lo largo de la Tesis, la obra de diversos autores, no siempre destacan con claridad qué parte del texto es obra de ellas, y qué parte es cita textual del autor que están comentando. Así, por ejemplo, ocurre en la página 49, cuando, comentando las contribuciones de Winnicott en su texto "Realidad y juego", copian varios párrafos del libro sin entrecomillarlo y sin aclarar las fuentes de donde esos párrafos fueron extraídos. No se trata exactamente de un plagio, pues se aclara que las ideas pertenecen a ese autor, pero sí ocurre que se hace pasar el texto del autor como propio. Dada mi frecuentación de la obra de Winnicott me fue fácil pesquisar este detalle, pero me es dado suponer que quizá, al realizar el mismo procedimiento con otros autores que me son menos conocidos, puede que el resultado haya sido el mismo.

Se trata de un problema serio, que lamentablemente está muy instalado entre nuestros alumnos, y por esta razón solicito que las autoras revisen nuevamente la Tesis, aclaren en cada caso y de manera explícita las citas con sus correspondientes referencias, y entreguen una copia del texto corregido para proceder luego a la evaluación final y defensa.

Mg. Horacio Martínez
Evaluador.