

# Anorexia: Cuerpo, Transferencia y Lenguaje (1)

Dra. Liliana Mato

[lilianamato@hotmail.com](mailto:lilianamato@hotmail.com)

Las muertes causadas por Anorexia siguen ocupando espacio en los medios de comunicación, y preocupa su aparición en niñas cada vez más pequeñas, así como también el aumento cada vez mayor en varones.

Si bien, no se trata de una "nueva patología", la mayor incidencia en los últimos años señala la indiscutible relación que mantiene con la cultura actual.

Se trata de una clínica peculiar en la que el cuerpo aparece en primer plano; ya sea en tanto una excesiva preocupación por la imagen corporal y casi siempre por el severo compromiso del cuerpo biológico.

Pero aún cuando la gravedad de estos cuadros es preocupante, ya que el cuerpo muestra su degradación y aniquilamiento, el sujeto que lo habita, desconoce ese daño: existe una pérdida del registro del adelgazamiento, hay una alteración global de la percepción del cuerpo y de sus necesidades.

La experiencia que llevamos adelante desde hace ya muchos años como equipo de trabajo, nos confronta frecuentemente con pacientes que concurren a la consulta a instancias de otro. El estado de adelgazamiento extremo y las marcas que irrumpen como manifestaciones lesionales del cuerpo biológico no tienen categoría de representación. Son los otros los que se preocupan y preguntan por estos pacientes que no se interrogan por lo que les pasa.

A pesar de estar en riesgo su vida, no se angustian. Esto marca una especificidad importante de subrayar: hay una disyunción particular que hace que algunos sujetos lleguen a la consulta desde una posición que no es la del síntoma que hace pregunta: el padecimiento aparece expresado a nivel del cuerpo.

Si pensamos que la transferencia implica una suposición de saber, y estamos frente a alguien que ni siquiera encuentra motivos para una consulta, se tratará en primer lugar de suscitar transferencia, siendo esta condición de posibilidad para intervenir analíticamente e indagar las significaciones en juego en cada caso.

Ahora bien, ¿cómo intervenir y cómo pensar el lugar del analista frente a estas situaciones clínicas? Para pensar estas cuestiones, propongo un recorte clínico:

..."Estoy aquí bajo amenazas; es por una extorsión. Mi madre me amenaza: si no consulto, dará información en mi trabajo acerca de mis problemas con la alimentación. Aquí estoy, esto a mí no me interesa, cuando usted lo decida me voy....."

.....Ella está gritándome permanentemente; no habla, grita. Por eso vine: para que no proteste más..."

De este modo se presenta S., un joven de 25 años, en la primera entrevista. Es gerente de una empresa y vive con sus padres y una hermana seis años menor que él. Dice que su madre vive para él, cocina postres todo el día, dice "...lo hace para que yo no me muera, igual yo no los como".

Cuando le pregunto en que puedo ayudarlo, insiste:

"Ya le dije: cuando mi madre la llame dígame que vine y que no me moleste más".

Al preguntarle por qué supone que la madre está tan preocupada responde:

"Usted ya lo sabe; ella seguramente ya la llamó: el tema de la anorexia. Pero yo estoy informado, ya sé todo; ya me hablaron de los peligros, leí, hice búsquedas en Internet. Ya sé todo, no me lo repita de nuevo; me lo dijeron mil veces, ya sé que puedo morirme".

Le digo: "Y entonces, ¿está decidido a morirse?"

Se ríe. "¡No! No voy a morirme".

S. no se equivocaba: efectivamente su madre me había llamado por teléfono varias veces. Ante mi negativa a otorgarle una entrevista antes de conocer a su hijo, ella me anticipó por teléfono que S. padecía un cuadro de Anorexia Nerviosa desde los 17 años y que desde hacía 2 años presentaba conductas bulímicas. Se negaba sistemáticamente a realizar tratamiento. Padecía un muy mal estado general con muy bajo peso y, debido a la extrema desnutrición, solía tener desmayos.

En primer lugar, podemos decir que estamos frente a alguien que no pide ayuda. Podemos tener la tentación de conmovirlo recordándole el riesgo clínico al que está expuesto, pero no se conmueve o no quiere que lo conmuevan. En ese punto S. es terminante: "yo ya sé todo y no voy a morirme". Se trata de una desmentida omnipotente que no deja resquicios ni presenta fisuras.

S. viene a la consulta sólo para cumplir. Antes de despedirnos, le pregunto por qué le preocupa que su madre informe en su trabajo acerca de sus problemas. Me contesta:

"Porque puedo perder mi trabajo. Tengo un cargo de mucha responsabilidad, trabajo más de diez horas por día en un clima de mucha exigencia. Noto que disminuyó mi eficiencia. No quiero tener más problemas."

Comienza a hablar en relación a esta pérdida de eficiencia en su trabajo; y es en torno a este tema que acepta tener una segunda entrevista que inaugura una serie y mantiene una continuidad en los siguientes encuentros.

Mi intervención se dirige a subrayar su propio motivo de preocupación: la eficiencia en su trabajo. Del resto no hablaba. Decía que no comía porque se veía gordo y quería adelgazar, eso era todo al respecto.

Los signos corporales: desnutrición, adelgazamiento, desmayos, no promueven asociaciones, no son metafORIZABLES; es decir, no se presentan al modo del síntoma histérico en sentido freudiano estricto. Son vividos con

cierta ajenidad. ¿De qué cuerpo desnutrido vamos a hablar si él se ve gordo?

Mis intervenciones tienden a establecer relaciones y ligaduras posibles entre la eficiencia, la gordura y el riesgo clínico – del que hablaban los médicos –.

S. siempre cumple, siempre está donde lo llaman. Es uno de los directivos con mejor concepto en la empresa. Se dedica por completo a su trabajo, quedándose a veces trabajando hasta la madrugada. En su esfuerzo permanente por mantenerse en este lugar de complacer, cada tanto no aguanta más, se pide un remise y se va a su casa. Según sus propias palabras: “llego y me como todo, después vomito todo”. Su madre lo ve, sabe que vomita y, amparada en la indicación médica de que tiene que aumentar de peso, le insiste para que coma porque está desnutrido.

Cada tanto, S. no puede sostenerse más en esa escena de responder siempre al enorme nivel de demanda que le llega y es ahí cuando cae de la escena; a través de ese punto de goce, se produce el acceso bulímico, al modo de un pasaje al acto. En una búsqueda intempestiva, paroxística de un objeto tranquilizador, de una madre que lo calme, reencuentra una madre que le demanda incesantemente más... que coma más.

La pregunta es: comer, ¿para qué?, ¿para quién?

La clínica de los actualmente denominados “trastornos de la conducta alimentaria” ponen de manifiesto al alimento desenmarcado de su función simbólica. Si de cuerpo y lenguaje se trata, de algún modo el alimento anuda el cuerpo al lenguaje.

El niño nace, en efecto, en un mundo de lenguaje, que sin duda lo antecede y lo determina, pero que el niño necesita incorporar. El lenguaje se incorpora a través del Otro, la madre, en tanto ésta le habla, convencida de que su bebé la entiende.

Desde el momento mismo del nacimiento, el alimento está ligado a las relaciones del sujeto con el Otro. En el acto del amamantamiento, el alimento se brinda con caricias, abrazos, miradas, balanceos, susurros, sonidos; al bebé se lo abraza, se lo hamaca, se lo mira, se le habla, se instauran ritmos, se establecen pautas. La madre tiene una función ligadora en el momento de la alimentación: pulsión oral, pulsión invocante (a través de la voz), pulsión escópica (mirada), facilitando el proceso de intrincación pulsional.

El bebé se relaciona con los otros desde el nacimiento y se experimenta a sí mismo de un modo fragmentado y caótico. La contención física y emocional que le ofrece la madre, es lo que le da la vivencia de integridad, y lo que le posibilita construir la vivencia de que posee una piel y una imagen de sí. Es a partir de tener un lugar de alojamiento en el campo del Otro, que el organismo devendrá cuerpo y se logrará la adquisición de la unificación corporal.

Los trastornos de la imagen del cuerpo fueron puestos de relieve en relación a la Anorexia desde los primeros trabajos psicoanalíticos sobre el tema. Se destaca como trastorno fundamental la perturbación de la imagen corporal, secundaria a alteraciones de la percepción interoceptiva. Dichas alteraciones están ligadas a un déficit en el reconocimiento de las sensaciones y necesidades del cuerpo, secundario a su vez a dificultades específicas en la díada madre-hijo/a en los tiempos constituyentes de la subjetividad. Se presenta una dificultad para reconocer las sensaciones propias: el hambre, la saciedad, el frío, la fatiga, las emociones, junto a la perturbación de la imagen corporal. Se trataría de una madre que superimpones a su hijo, desde sus conceptos lo que él necesita, y las necesidades del bebé permanecen pobremente diferenciadas. El resultado es una pérdida del sentido de la separación y un aumento del sentimiento de ineficacia.

En esos primeros tiempos de la vida, es la madre a través del alimento, la que codifica las emociones y sensaciones del bebé, propiciando los primeros aprendizajes. Es de crucial importancia que el hijo ocupe el lugar de ser todo para la madre pero, al mismo tiempo, pueda dejar de serlo, que pueda ser reconocido como otro diferente. De lo contrario se mantiene una situación de fusión, sin límites, sin discriminación, en la que el hijo calma la angustia de una madre que no puede perderlo. La madre debe ser capaz de soportar los atisbos de libertad en los que el niño no responda permanentemente a sus demandas; en otras palabras debe soportar su falta.

El alimento anuda los avatares de lo pulsional también a la incorporación de la Ley. La comida totémica se incorpora según las reglas de una comensalidad que nada tiene que ver con la necesidad biológica y opera como modo de pasaje de la horda primitiva a la cultura de los hombres.

La madre en el momento de alimentar, también es portadora de la ley, de la Ley del No-Todo. La madre instaure un modo normativo de comer, establece pautas y pausas, intervalos, ritmos, presencias y también ausencias: espacios de terceridad que posibilitarán el reconocimiento al lugar del Padre.

Par presencia – ausencia que en el despliegue de espacios transicionales, juegos, sustitutos; posibilitará, como en el juego del Fort-Da, la aparición de la palabra. Dicho de otro modo: la palabra adviene en ausencia de la Cosa, implica una pérdida, una pérdida de goce, la Castración se encuentra allí en tanto corte, separación y es modelo de la pérdida de todos los objetos.

S. está preocupado por su eficiencia en la empresa donde trabaja. Se trata de una empresa multinacional, con una excesiva demanda de trabajo a sus empleados y directivos, como frecuentemente ocurre en estos tiempos de economías globalizadas de mercado signados por la rentabilidad. “Pretenden que vivamos para la empresa, full time, sin tener vida propia”, solía decir. Y él respondía a esta demanda de modo automático, sin cuestionamientos, sin excusas de ningún tipo. En su trabajo lo premian “porque tiene puesta la camiseta de la empresa”, eso quiere decir que siempre está dispuesto a resignar sus propios tiempos y necesidades frente a la exigencia laboral. Así como con su madre no había espacio para el “no”, él siempre hacía lo que se esperaba de él.

Cuando el niño cede por entero, sin resto, a la demanda de ser el que sostiene a la madre, queda atrapado tratando de conformarla; lo cual por otra parte no logra nunca, el niño sobrevendrá voraz y sobreadaptado.

S. era un niño obeso hasta que un día empezó a decir “No como”; fue cuando sobrevino la Anorexia. El “no comer” era su único recurso para intentar un corte, un modo de separarse de una relación fusional e indiscriminada, un modo de aparecer como sujeto, era el modo en el que su deseo se mantenía vivo. Tal vez por eso decía que no se iba a morir; todo lo contrario, de este modo sentía que estaba “vivo”.

Al igual que en la relación con su madre: sólo logra irse y dejar la empresa cuando sobreviene el raptus bulímico. No encuentra otro modo de respuesta, otro modo de tomar distancia, se trata de la fragilidad que supone el no encontrar un lugar sólido de alojamiento en el reconocimiento del Otro, que lo habilite como separado de él. Se trata en ambos casos de una salida paradójica, ya que ambas situaciones lo conducen al desfallecimiento y la aniquilación.

Si definimos el cuerpo en el interior del campo analítico, podemos pensar en tres dimensiones: el cuerpo real, ligado al cuerpo biológico y a la pulsión; el cuerpo imaginario, que otorga unidad; y el cuerpo simbólico, que se presta a la escritura de los significantes que retornan de lo reprimido.

El lugar del analista, en las situaciones clínicas como las que comentamos, es el de ser soporte, que en tanto logre un reconocimiento del sujeto, reconoce una alteridad; apunta así a romper la fusión avanzando por el camino de la desalienación, en el que algo del deseo pueda empezar a despuntar.

Esta clínica requiere de intervenciones por parte del analista, no exclusivamente en el nivel de lo simbólico; es decir, no se trata sólo de un desciframiento sino del armado de una trama representacional que posibilite la construcción de un relato.

Sólo en el campo de la transferencia es posible la articulación de intervenciones a nivel de lo real, de lo simbólico y de lo imaginario que posibiliten renovados reanudamientos en relación al cuerpo.

**(1) Trabajo Publicado en Revista Imago Agenda- Marzo 2007-**