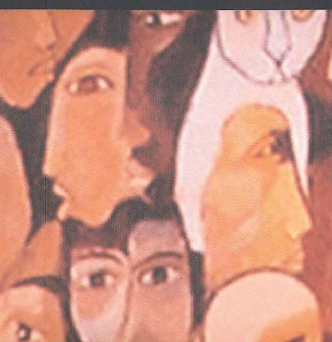




Estudios Teóricos en Psicoanálisis



Re-vuelta psicoanalítica

Max Hernández / Moisés Lemlij

Editores



Capítulo 5



FONDO
EDITORIAL

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ. 90 AÑOS

Maestría en Estudios Teóricos en Psicoanálisis de la Pontificia Universidad Católica del Perú

Comité editorial

Roxana Navarro

Pilar Ortiz de Zevallos

Comisión científica

Jorge Bruce

Augusto Escribens

Marcos Herrera

Joelle Hüllebroeck

Jorge Kantor

Carla Mantilla

Luis Millones

Francisco Otero

César Pezo

María del Carmen Ramos

Re-vuelta psicoanalítica

Primera edición: febrero de 2007

© Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú, 2007

Plaza Francia 1164, Lima 1 - Perú

Teléfonos: (51 1) 626-6140, 626-6152

Fax: (51 1) 626-6156

feditor@pucp.edu.pe

www.pucp.edu.pe/publicaciones/fondo_ed/

Corrección de estilo: Rosa Díaz S., Luis Andrade

Traducción al inglés de los resúmenes: Rosario de Cárdenas

Diseño de cubierta e interiores: Juan Carlos García Miguel

Prohibida la reproducción total o parcial de esta obra, por cualquier medio y bajo cualquier modalidad, sin la autorización previa y escrita del editor, excepto citas, siempre que se mencione su procedencia.

ISBN 9972-42-785-4

Hecho el depósito legal 2006-10922 en la Biblioteca Nacional del Perú

Impreso en el Perú - Printed in Peru

Los desórdenes alimentarios y «las nuevas enfermedades del alma»: ¿una coincidencia?

Lillyana Zusman*

Los desórdenes alimentarios, que ingresan al siglo XXI convertidos en conductas sociales aprobadas por una cultura que recoge modelos del *nuevo deber ser femenino*, exigen una lectura interdisciplinaria y multicausal. Se propone considerarlos como *desórdenes étnicos*, en los que el cuerpo, más que una estructura somática, es una construcción social. Este síndrome se comprende como una de «las nuevas enfermedades del alma» (Kristeva 1993), que, como patologías de acción, favorecen una lectura intertextual de un mensaje que se inscribe en el cuerpo, se aprueba en la sociedad y se comprende solo desde el inconsciente.

Palabras clave: desórdenes alimentarios, anorexia, bulimia, nuevas enfermedades del alma.

*

The comprehension of eating disorders demands an interdisciplinary reading and a multiple cause explanation. They enter the 21st century as social conducts approved by a cultural organization that proposes a new model of a feminine way-to-be. An understanding as ethnic disorders in which the body is a social construction more than a somatic structure follows. The syndrome is described as one of the «new maladies of the soul» (Kristeva 1993) and in their consideration as action pathologies, an intertextual reading of the message inscribed in the body is favored, message that is socially approved and understood solely from the unconscious.

Key words: eating disorders, anorexia, bulimia, new maladies of the soul.

* Psicoterapeuta. Bachiller en Lengua y Literatura, Licenciada en Psicología y Magíster en Psicología de la PUCP. Magíster en Estudios Teóricos en Psicoanálisis de la PUCP. Correo electrónico: <lzusman@terra.com.pe>.

Introducción

El tema de los desórdenes alimentarios ha suscitado, en los últimos años, una diversidad de opiniones, teorías, inquietudes, modalidades de tratamiento, etcétera. La complejidad de los síntomas de los trastornos de la alimentación ha demostrado que es indispensable abordarlos desde la perspectiva de la multicausalidad e, inclusive, desde los tratamientos interdisciplinarios que abarcan la variedad del síndrome.

La perspectiva de la mujer como un ser potencialmente creativo y generativo, que describe J. Kristeva, se contrasta con la fragilidad creadora de las pacientes anoréxicas, quienes, al estar deshabitadas de su *alma* o de su *psique*, han contraído una de «las nuevas enfermedades del alma» (Kristeva 1993).

Estas *enfermedades*, tan comunes en nuestro tiempo, se reproducen en la cultura como si siguieran el orden natural de su descomposición y han dejado de alarmar desde el momento en que la farmacología ha introducido en el mundo occidental *medicamentos para sanar el alma*, y desde el momento en que los medios de comunicación se han encargado de poblarnos con imágenes que, a la vez que confirman nuestra pertenencia al mundo occidental y a los valores que de él emanan, aturden.

Aspectos generales: «las nuevas enfermedades del alma»

En los últimos treinta años se ha hecho evidente un aumento significativo de enfermedades psicosomáticas y de patologías de acción; los desórdenes alimentarios, el asma, las jaquecas y la colitis son solo algunos ejemplos. Existe una suerte de oposición entre las tradicionales *enfermedades del alma* o de la *psique* (Kristeva 1993) y las enfermedades del cuerpo. A las primeras, Kristeva las define como «dificultades o incapacidades de representación psíquica que llegan a destruir el espacio psíquico» (p. 17). Este modelo de enfermedad está inscrito en una época, agravado por la laxitud de las instituciones afectivas de soporte (por ejemplo, la familia) y determinado por conflictos intrapsíquicos no resueltos. Los tiempos de las neurosis clásicas y de las psicosis parecen haber cedido su lugar a las patologías *borderline* que se ubican en la frontera de lo sindicado como normal-anormal (si acaso se puede establecer una diferencia precisa).

Este nuevo modo de enfermar requiere una comprensión especial. Por lo general, lo primero que se atiende es el cuerpo: lo evidente, lo que no se pone en riesgo. Sin embargo, el cuerpo, paradójicamente, no es el espacio que alberga la verdadera enfermedad. Para ponerse en contacto con el fondo de esta, es necesaria una escucha atenta, abierta y amplia que se inscriba en el marco de una relación (terapéutica) intersubjetiva. Como psicoterapeutas, estamos siendo retados por la originalidad de nuevos cuadros nosográficos que tienden a desplazar y encapsular el conflicto original.

Las urgencias y el estrés de la vida moderna favorecen la falta de representación de la experiencia; es decir, de la vida psíquica. El pasaje a la acción sustituye el proceso de simbolización, por lo que la interpretación del sentido queda totalmente reducida, alexitímica y cosificada en lo que Marty (1995) denomina «pensamiento operatorio».

Las «nuevas enfermedades del alma» despliegan o exhiben discursos particulares (que revelan procesos de significación alterados) y denuncian su complejo contenido intrapsíquico. Son discursos con fachada de normalidad, sostenidos por mecanismos histéricos y obsesivos que ponen de manifiesto la dificultad para simbolizar los traumas insoportables que, al no acceder a la representación, se colocan sobre el cuerpo y/o se reproducen en la acción. A pesar de ser discursos aparentemente saludables, fluidos y organizados, delatan la pobreza del significado. La palabra aparece deshabitada de afecto, y el cuerpo, paradójicamente, sobreinvertido de este, aunque se trate de un afecto cargado de pulsiones agresivas o tanáticas, para no hacer referencia directa al debatido concepto de pulsión de muerte. Se trata de discursos contruidos sobre una lógica y una gramática adecuada, pero sostenidos simbólicamente sobre un *falso self* que revela la falta de afecto. Si bien no son discursos escindidos, dejan una sensación disonante entre el funcionamiento simbólico y afectivo que, por lo general, se refiere a los aspectos innombrables de la experiencia.

Es interesante resaltar que el siglo xx, un siglo de profundos cambios para la mujer, se inicia con la presencia de una patología femenina vinculada al cuerpo, la histeria, y termina con una suerte de epidemia de desórdenes alimentarios, síndrome también expresado en el cuerpo. Así como la histeria fue un síntoma de su tiempo, que expresaba la crisis de la identidad femenina, que no era compatible con el contexto cultural represivo de fines del siglo xix, los desórdenes alimentarios se han convertido en la expresión crítica de los dilemas contemporáneos de la identidad femenina en un período de tránsito significativo del ser mujer. Ambos trastornos generan, al mismo tiempo, fascinación y repugnancia porque expresan, a través de caminos desplazados, las contradicciones sociales de una época. A diferencia de la histeria, los desórdenes alimentarios no

imitan una enfermedad física sino que expresan, a través de la manipulación de la ingesta de comida, las dificultades de asumir el cuerpo y sus necesidades.

Históricamente, las mujeres han estado más disconformes con su cuerpo que los hombres. Ellas siempre han intentado transformarlo para adecuarse a los requerimientos culturales de la feminidad. El cuestionamiento de la representación de la mujer como cuerpo y del hombre como mente —avalada por los modelos patriarcales y capitalistas de las sociedades contemporáneas— ha marcado un hito en la comprensión histórica de los papeles sociales y ha impulsado los estudios actuales de género. Tal representación ha determinado que los hombres y las mujeres tengan una percepción corporal diferente. Para las mujeres, el peso (Hesse-Biber 1996) y la talla representan hitos de identidad y de valía personal. El peso es más valorado en los sectores medios y altos, y la talla, en cambio, lo es en los sectores sociales menos favorecidos (Zusman 2000).

Los trastornos alimentarios son también desórdenes del desarrollo que se resuelven (mágicamente) alrededor de temas nucleares, como la forma y el peso corporal, sobre los que la mujer focaliza obsesivamente el logro de la delgadez en un intento de resolver problemas intrapsíquicos y de identidad. Cualquiera sea el tipo de desorden, el fondo es el mismo: la obsesión por la comida y por el peso. Las formas corporales se constituyen en sustitutos defensivos para lidiar con los conflictos asociados a las dificultades primeras de encontrar una identidad separada y diferenciada de la madre, una identidad que albergue la tenencia de un cuerpo individual que tenga la posibilidad de ser catectizado libidinalmente en la adolescencia. «Un cuerpo para dos» (McDougall 1995) es la gran tragedia de estas patologías «de moda»; lo terrible de esta descripción es que también se trata de *una mente para dos*.

El cuerpo, más que la estructura somática del *self*, deviene en una construcción social que alberga la ambivalencia de los papeles femeninos tradicionales y contemporáneos: la tarea reproductiva y los deseos y posibilidades emancipadoras del desarrollo femenino de fin de siglo entran en pugna. El cuerpo y la imagen corporal que de él emana están influidos por los preceptos de la cultura moderna, que ha colocado en la delgadez el estereotipo del «deber ser» de la mujer, así como por los criterios de validación del «ser mujer» fundados en el éxito o en el fracaso de alcanzar el ideal femenino estipulado por la cultura.

Los desórdenes alimentarios como patologías de *un tiempo* pueden comprenderse como *síndromes atados a la cultura* (Wilfley y Rodin 1995; Lelwica, 1999) cuyas raíces se encuentran, por un lado, en *traumas* intrapsíquicos tempranos relativos al vínculo

con la madre (y con el padre) y, por el otro, en el cambio de las normas y las expectativas femeninas. Gordon (1990) propone, sin embargo, que se trata de *desórdenes étnicos* más que de problemas atados a la cultura, en tanto son patrones que, por su propia dinámica, tienden a expresar las contradicciones cruciales y el corazón de las ansiedades (intrapésicas y sociales) de una sociedad. Esta perspectiva tiende a criticar los discursos populares y profesionales que reconocen y premian a las mujeres que están delgadas y, además, a denunciar el doble estándar que inhibe a la mujer validada, a la vez que por sus funciones reproductivas, por ser libre e independiente en cuanto a su sexualidad, a sus decisiones sobre la reproducción, a sus posibilidades profesionales, a su cuerpo, etcétera.

El síntoma y los aspectos intrapésicos de «las nuevas enfermedades del alma»

«Las nuevas enfermedades del alma» se caracterizan por presentar una estructura especial. En ellas, la psique, un constructo teórico que se separa del concepto de alma, parece haber quedado relegada por la prevalencia de lo somático, de lo externo y de la acción. Pero *¿qué es la psique?*, se pregunta Kristeva:

La psique [...] sigue siendo un espacio irreducible. Estructura de sentido, representa los vínculos del ser que se dirige a otro ser. Así obtiene un valor terapéutico al mismo tiempo que moral. Al garantizar la responsabilidad del individuo respecto a su cuerpo, lo sustrae así de la fatalidad biológica y lo considera como un cuerpo parlante (1993: 12).

La estructuración de un aparato psíquico es «una construcción teórica irreducible» (1993: 13) a los sustratos biológicos. El psicoanálisis accede al conocimiento de la vida psíquica del sujeto a través de los sistemas de representación transversal del lenguaje. A diferencia del *alma tradicional*, la psique vive enriquecida por la multiplicidad de interpretaciones «para servir mejor a la “transustanciación” del cuerpo vivo» (1993: 14).

El *síntoma*, como indicador más insistente de la agonía psíquica:

sólo tiene sentido en el interior de la relación que el sujeto parlante mantiene con su destinatario [...] esta red de relaciones significantes que caracterizan un síntoma, un discurso, una transferencia, un sujeto, aunque sean una construcción teórica no dejan de ser la única realidad en la que la vida psíquica se realiza y se da a conocer (1993: 40).

El cuadro sintomático y el lenguaje que lo acompaña se constituyen en el escenario a partir del cual se descifra el contenido psíquico. Es curioso, pero solo en el descentramiento del texto inconsciente realizado a través del síntoma se obtiene su significación, proceso que no solo incluye la decodificación literal, porque si algo tiene de especial el texto psicoanalítico es su multiplicidad. Kristeva afirma:

[E]l desarrollo de la semiología que ha llevado a concebir diferentes sistemas significantes [...] irreductibles al lenguaje [...] ha hecho tambalearse al imperialismo lingüístico [...] nos encontramos, pues, con un modelo estratificado de la capacidad de significación psíquica, que opera con marcas y con signos heterogéneos. El analista debe tomar en consideración esta polifonía para escuchar el discurso (1993: 40).

La multiplicidad se estructura a través de las primeras huellas que quedan inscritas en un espacio mental *semiótico* que acompaña al individuo a lo largo de su vida. Esta vivencia colorea su existencia y les asigna un significado a sus experiencias por ser un espacio que registra los ritmos y los tonos que, si bien no se adscriben al lenguaje simbólico, se entrecruzan con él en el proceso de la significación.

En los momentos en los que no se puede hablar, el síntoma se instala como una *forma de autocuración* (McDougall 1995) que determina una forma de vida, en la cual este se constituye como el eje o el guía. La interpretación analítica puede recoger la pluralidad de las expresiones lingüísticas y translingüísticas del malestar y devolverlas al paciente:

al nombrar los determinantes familiares que, en la historia del desarrollo sexual, han desembocado en tal síntoma o en tal estructura [...]. Entra aquí en juego una verdadera poiesis de la interpretación que incluye toda la personalidad de la voz como los tropos, y hasta la descripción argumentativa del funcionamiento verbal (1993: 41).

Este tipo de interpretación parece coincidir con aquella que Strachey¹ definió como interpretación mutativa transferencial. El habla interpretativa apela a los núcleos psicosomáticos del paciente, en virtud de su *metaposición* logra descentrar el material argumentativo, narrativo y fragmentado, y propone una nueva estructura de sentido lo suficientemente eficaz para deconstruir la narrativa original e introducir un salto cualitativo a través del lenguaje.

¹ Citado en Coderch (1995).

Los desórdenes alimentarios

¿Qué determina que se presente un desorden alimentario? Es una pregunta difícil de responder. La sociedad contemporánea ha intentado hacerlo a través de un producto híbrido que circula entre las creencias del público corriente y los datos provenientes de la ciencia. En consecuencia, se cree que la anorexia nerviosa se debe a la moda; se implica una causalidad directa. Esta creencia, instalada en los medios de comunicación, se presenta como un peligro inminente que enfrenta la sociedad actual. Los *mass media* repiten una información, abrumadora en su monotonía, basada en signos tipificados y cuadros estadísticos alarmantes. Cuando la información se centra en lo que «se ve», se presenta el problema entre figura y fondo: la figura tiende a ocultar el fondo del problema. La firmeza con la que se ha establecido la relación causal entre la información estética de los medios de divulgación y la patología inscrita en su fondo se torna problemática. Lo paradójico es que la delgadez extrema de una anorexia no coincide con un ideal estético ni responde a él. Su efecto, por lo tanto, coincide con la supuesta causa (Fendrick 2003).

La literatura clínica contemporánea define los desórdenes alimentarios como enfermedades psicosomáticas antes que como soluciones neuróticas, psicóticas o perversas (McDougall 1995); su origen se sitúa en las relaciones intersubjetivas e intrapsíquicas del sujeto. Estas hipótesis tienen mayor consistencia interna que aquellas que provienen de la influencia exagerada de los modelos femeninos sociales contemporáneos.

Los desórdenes alimentarios no se presentan como un síntoma único y unificado que resulta en un modelo de cuerpo típico. Por el contrario, cada uno de ellos expresa una relación singular con el cuerpo. En el cuerpo emaciado de una anoréxica, el síntoma *habla por sí mismo*; el cuerpo delata una matriz de significaciones que se hacen ineludibles a la mirada del otro. La bulimia, en cambio, tiene la *virtud* de discurrir por un comportamiento privado y silencioso, a menos que se presente en la forma mixta, intercalando episodios restrictivos con episodios bulímicos.

«Las nuevas enfermedades del alma» ponen de manifiesto el alejamiento de la vida psíquica que ocurre como consecuencia de una falla en el proceso de simbolización a lo largo del desarrollo. Estas perturbaciones se pueden describir como dificultades en el tránsito natural de la posición esquizoparanoide a la posición depresiva, con la consecuente falla en la modificación de la ecuación simbólica al símbolo (Segal 1957). Esta falla determina que el sufrimiento (afectivo, por no decir psíquico) no acceda sino a una traducción mecánica sobre el cuerpo, que, paradójicamente, delata no

tener una fisonomía propia y una identidad sexual específica anclada en los valores subjetivos y morales. El personaje de este tiempo apurado y a la vez fragmentado suele poseer un *falso self* (Winnicott [1960]1981) y tener un diagnóstico *borderline*, en las fronteras.

Parecería que en estas enfermedades se delatara una falla en el vínculo temprano del infante con su madre. Si la madre fracasa en su función de reflejar el *self* del bebé, se produce una ruptura en la dinámica que dificulta el desarrollo de la subjetividad del niño y el fracaso en la posibilidad de construir un espacio potencial libre marcado por la creatividad y no por el sometimiento. En este sentido, las fallas reiteradas en la satisfacción del hambre conducen a la experiencia dolorosa del trauma como producto de las fallas en las dinámicas dialécticas dentro del espacio potencial (Díaz Cordal 2003).²

La vivencia de la madre *mortífera* y dañina evoca la reflexión de J. Kristeva a partir del análisis de un caso clínico:

¿Qué quiere una mujer? Quizá sólo eso: el encierro autista del afecto, la absorción del otro. Precisamente no quiere. Se invagina en una autosensación sin eros, que es la cara oculta de su rechazo de la castración (es decir, del otro sexo) al mismo tiempo que de su inhibición intelectual o de su paso al acto intelectual. Lo que tomamos por frigidez podría ser autismo sensorial que repudia hasta la imagen del cuerpo propio, hasta el punto de que el erotismo sería inadecuado. Efectivamente, la imagen que tiene Martine de su propio cuerpo es mala, fecal. Sólo puede gozar de un afecto autístico anterior a la representación del cuerpo propio. El código secreto de este afecto es el de las sensaciones. Allí es donde el análisis lo puede ir a buscar, para pasar del autismo al autoerotismo y al erotismo (1993: 94).

Ante esta sensación, en la anorexia —como también en la bulimia aunque en menor grado— se observa un encierro que sugiere, también, la idea de reclusión: me recluyo sobre mí misma para no estar en el mundo que me exige ser *otra* y pensar

² Esta definición de *trauma* difiere de la definición freudiana vinculada a una concepción económica del aparato psíquico que no incorpora la dimensión intersubjetiva de la vivencia; sin embargo, tanto Ferenczi, citado en Masson (1985), como Winnicott (1965) consideraron que la pérdida de la confiabilidad en el medio y en las intrusiones repetidas, así como la falta de una respuesta adecuada que reconozca los efectos de la conmoción psíquica serían los factores que constituyen el trauma. Es más, Winnicott afirma que este constituye una falla relativa a la dependencia.

como *otra*. La falta de espacio intersubjetivo entre la madre y la hija exige una acción de parte de ambas; para Kristeva el sacrificio lo hace quien menos importancia tiene:

Para proteger a mamá, me mato sabiendo —saber fantasmático y protector— que esto proviene de ella, diabla infernal y mortífera. De este modo mi odio queda a salvo y mi culpabilidad matricida, borrada. Hago de Ella una imagen de la Muerte para no hacerme pedazos por el odio que me tengo cuando me identifico con ella. Ella, pues esta aversión está dirigida contra ella en principio por ser obstáculo individualizante contra el amor confuso. Así, pues, lo femenino-imagen de la muerte es, no sólo una pantalla de mi miedo a la castración, sino también un freno imaginario de la pulsión matricida que, sin esta representación, me pulveriza en melancolía o me empujaría al crimen (1997: 30).

Las experiencias de hambre y de satisfacción son los primeros patrones rítmicos que registran los indicios de una experiencia afectiva intersubjetiva. La satisfacción consagra la ilusión, la integración de los aspectos positivos y negativos del objeto que se consolidan a modo de un objeto total, capaz de sostener la ambivalencia y los temidos sentimientos de culpa y pérdida del objeto desde la confianza en la posibilidad de reparación y de recreación y, finalmente, la coherencia. La insatisfacción, por su parte, promueve la presencia de las fantasías de desintegración y persecución y registra una *falla*, que queda impresa como traumática, que evoca lo innombrable: el vacío, la soledad, la nada, y que, por supuesto, intentará crear defensas primitivas. Esta *agonía* impide la organización de una estructura defensiva (suficiente) contra la falla ambiental, por el temor y la angustia que esta genera y que se almacena en un registro semiótico. Una consecuencia natural es la formación de una organización defensiva que se presenta bajo la forma de un síndrome desplazado que facilita la racionalización del quiebre.

Es difícil imaginar de qué manera el bebé podría representarse los aspectos prenatales de su existencia, así como los aspectos tempranos de esta. Esto ocurriría en el espacio que Damasio (1997) denomina *internal milieu*, el cual podría estar contenido en el *envoltorio prenarrativo* que postula Stern (1989). Ello parece guardar correspondencia con aquello que sostiene Kristeva respecto de los aspectos semióticos de la significación. Para esta autora, todas las primeras huellas quedan inscritas en un espacio mental *semiótico* que acompaña al individuo a lo largo de su vida, que colorea su existencia y que le asigna un significado a sus experiencias. Se trata de un espacio que registra los ritmos y los tonos que, si bien no se adscriben al lenguaje simbólico, se entrecruzan con él en el proceso de la significación. La experiencia del destete interpone los límites de la

diferenciación Yo-No Yo a fin de promover la separación y la individuación. Kristeva sostiene:

Para el hombre y para la mujer, la pérdida de la madre es una necesidad biológica y psíquica, el primer jalón de la emancipación. El matricidio es nuestra necesidad vital, condición sine qua non de nuestra individuación con tal de que suceda de manera óptima y pueda ser erotizado (1997: 30).

El bebé no consigue identificar su cuerpo como separado del de su madre y crea una *ilusión* (patológica, por cierto) de la existencia de *un cuerpo para dos*. La falla en el proceso de separación deja, paradójicamente, como resultado la sensación de vacío, abandono y soledad. En este sentido, el *trauma* quedaría inscrito en el psiquismo temprano en la posición esquizoparanoide, en la que no se llega a establecer una relación intersubjetiva que admita la simultaneidad de la presencia-ausencia. El sistema queda fragmentado por la dificultad de acceder al proceso simbólico y de organizar la imagen de un objeto total que unifique y asegure el paso a la posición depresiva.

En la práctica clínica es evidente que estos trastornos ponen en evidencia la negación del sufrimiento mental y la capacidad para expulsar del discurso experiencias afectivas como si, de alguna manera, estas estuvieran descargadas también de la psique. El hecho de no comer o de vomitar repetidamente (de manera autoinducida) sugiere experiencias que no se hacen accesibles a la palabra; experiencias que se descargan sobre la acción y que se llevan *sobre el cuerpo*. El circuito de la comunicación deviene en circular: las palabras opacas favorecen el *brillo* de un cuerpo que se constituye como una significación total y que, a su vez, opaca al discurso verbal. Los trastornos son expuestos como hechos aislados, los problemas del presente ocupan el campo de la conciencia y excluyen representaciones afectivas relacionadas con los recuerdos.

En el contexto psicológico se trata de inferir estructuras psíquicas a partir de estructuras comunicativas. Así, Sivak y Wiater afirman:

[L]as praxis del cuerpo son entendidas como una forma de lenguaje. Pueden constituirse en modos alternativos de expresión en contextos en los cuales, a causa de presiones sociales, se estigmatiza la comunicación verbal. Las somatizaciones llegan a ser utilizadas para poder sentir y pensar con el cuerpo en momentos en los que hablar puede costar la vida, la marginación o la expulsión (Sivak y Wiater 1997: 51).

Ante lo estresante de la agonía en el vínculo y la sensación de peligro que viene de una madre que no satisface,³ el infante apela a sus recursos más rudimentarios e intenta encontrar en su ambiente al padre más primitivo, aquel que —en su fantasía— estimula la creencia de pasar por el proceso de diferenciación y de sostener la experiencia de continuidad e integración. Surge, sin embargo, la pregunta inicial: ¿qué sucede cuando el bebé no encuentra *un padre suficientemente bueno* que encarne en sí mismo un papel libidinal y narcisista complementario al de la madre? ¿Qué ocurre cuando el padre no representa una presencia fálica y sexual significativa para el infante y para su madre? McDougall (1995) sugiere que la falta de representación del pene paterno libidinal y activo deja en la representación del sexo un *vacío ilimitado*. Lo terrible de esta situación, en el escenario de la escisión que explica la problemática intrapsíquica de los desórdenes alimentarios, es que la fantasía materna regresa bajo aspectos muy temidos que son, naturalmente, atractivos. El infante queda, por lo tanto, preso de la fusión original y atraído por una madre que le ofrece el vacío y la soledad como escenario del vínculo.

El bebé reacciona con defensas tempranas que lo protegen de la sensación precoz de desintegración, ante la sensación de fragmentación del *self*. A partir de lo traumático de la experiencia, el bebé está proclive a una escisión *psique-soma* que «turba la continuidad existencial del nuevo individuo» (Winnicott [1949]1979: 333). En un intento de negar la falta básica, el niño se siente responsable de la falla del ambiente y culpable por las amenazas de confusión y desorganización del *self* como representación del *sí mismo*. Por lo tanto, intenta usar las nuevas potencialidades de su creciente capacidad mental y escinde las categorías libidinales-eróticas de las agresivas-tanáticas. Esta *falta básica*, diría Balint (1979), puede conducir al infante a la imposibilidad de diferenciar entre la representación del *sí mismo* y la representación del otro, a partir de lo cual se creará «una representación corporal arcaica donde los contornos del cuerpo, la investidura de las zonas erógenas y la distinción entre el cuerpo materno y el del niño permanezcan confusos» (McDougall 1995: 52).

La escisión *psique-soma*, resultado de las ausencias materna y paterna, suele tomar uno de dos caminos, dependiendo tanto de las fallas tempranas como de los recursos del niño. Por un lado, el bebé puede derivar hacia una patología autista en la que el cuerpo y el funcionamiento somático permanecen intactos mientras que la mente se cierra al mundo exterior; por el otro, está el funcionamiento mental, que

³ Stolorow (1992): ante la fragmentación del *self*, primera fase del trauma.

deriva, finalmente, en un *falso self* (Winnicott 1979[1945]) desligado de la psique y del soma, que se puede transformar en una cosa por derecho propio, en un intento de desconocer la necesidad de una madre *suficientemente buena* y de reemplazarla por el pensamiento y el control, así como también como un intento de desconocer las necesidades corporales y las experiencias sensoriales (por ejemplo, vinculadas al hambre) que no fueron atendidas y que, de manera omnipotente, buscan ser negadas como tales. Como afirma Winnicott: «Este tipo de funcionamiento mental resulta un estorbo para el psiquesoma o para la continuidad existencial del individuo, continuidad que constituye su ser» ([1949]1979: 337).

Al tomar la mente posesión del cuerpo, este queda imposibilitado de ser simbolizado. Mantiene, a lo largo de la vida, la situación de *fusión* con el objeto original —madre— del que no se pudo separar. En palabras de Kristeva: «El cuerpo conquista el territorio invisible del alma» (1993: 16) y toma la posta de la resignificación del dolor.

En otros casos, los niños instalan defensas de tipo obsesivo a partir de los vínculos con los *otros significativos* de su entorno. Un sujeto percibe algunos acontecimientos como traumáticos según el tipo de relaciones que ha establecido con los otros de su entorno. Si la estructura es traumática, «el obsesivo pasa un tiempo mortífero y paradójico disociándose de este vínculo con el otro que le sirve de base, para exhibir la frialdad de su defensa o la explosión de su pasión sadomasoquista como algo natural» (Kristeva 1993: 51). Esta defensa se hace evidente en el discurso: el habla obsesiva «se impone como una armadura impenetrable ante el entorno afectivo o pulsional [...] se instala como una pantalla sobre el trauma censurado» (1993: 51) dificultando la capacidad asociativa, tendiendo a intelectualizar y obstaculizando el camino hacia la cura. Lo interesante del pensamiento obsesivo es su cualidad *mágica*, como si se negara el valor arbitrario del significante para transformarlo en acto.

El *quiebre adolescente* (Laufer 1997) da cuenta de la resignificación del *trauma* original. La incapacidad de separarse del cuerpo de la madre encuentra en la pubertad un escollo difícil de superar. La aparición de un cuerpo púber, dotado de tamaño y de formas adultas, remite a una «falta de espacio para dos» *cuerpos* y *mentes*. La adolescencia se presenta, por lo tanto, como un espacio de resignificación y de reedición del conflicto original. La anoréxica, a través de su cuerpo emaciado, renuncia a la realidad de dos corporalidades separadas y diferenciadas y se niega a ocupar un espacio simétrico y complementario al de su madre: dos mujeres, dos cuerpos y una identificación maternal saludable. La bulímica, en cambio, ofrece su cuerpo como un *espacio mental* que alberga a la madre persecutoria y voraz para luego, a través de las purgas intencionales,

expulsarla (secretamente) de su intimidad, desconocerla en su maternidad y negarla en la posibilidad de encontrar en ella un objeto de identificación.

A modo de conclusión

¿Qué puede hacer el psicoanálisis ante esta problemática? Kristeva responde con sencillez: «el reto del psicoanálisis es, pues, transformar esta presión del alma que ha levantado Occidente como medio de supervivencia y de protección y que ahora exhibe el desastre: reto terapéutico y al mismo tiempo ético e, incidentalmente, político» (1993: 37). El psicoanálisis, lejos de ayudar a *controlar*, ofrece transformar aquello que quedó inscrito como lo «innombrable» en un acto liberador de lenguaje a través de un vínculo terapéutico que ofrezca un espacio emocional potencial, un continente que albergue el intercambio de las proyecciones e introyecciones y que enseñe a pensar.

Esta tarea, que parece tan simple como acogedora, puede resultar temida y riesgosa. Los pacientes de «nuestro tiempo» no están seguros de tener un *alma* que valga la pena rescatar del torbellino de pasiones encontradas. Ellos temen descubrir y ponerse en contacto con su ser pensante que los remite directamente al *black hole* de su interior, que no quieren siquiera abordar. El temor a lo desconocido, asociado a la falta de *confianza básica*, determina que se apele a soluciones mágicas que la ciencia provee (los medicamentos), así como a los entretenimientos mecánicos que aturden y confunden. En el hombre moderno, el no saber converge con el facilismo de los fármacos, y lo psíquico, por lo tanto, puede quedar desprovisto de atención. Como afirma Kristeva: «Los adelantos de la neurobiología y de la farmacología permiten actuar sobre el comportamiento y modificar fragmentos de la vida psíquica» (1993: 38).⁴

El síntoma alimentario se constituye en una resignificación del *quiebre original* (Winnicott), y pretende, desde el significante de un cuerpo emaciado (anorexia) o de un cuerpo que está en una permanente relación dialéctica de introyección-proyección (con predominio de la segunda en la bulimia), negar la ausencia del espacio intersubjetivo potencial, negar el espacio de la diferenciación, defenderse. Son enfermedades sui

⁴ En el tratamiento de pacientes con desórdenes alimentarios se observa con frecuencia la gran renuencia de los padres y de los adolescentes a aceptar que el problema se origina en una falla intrapsíquica y su insistencia en buscar medicamentos (mágicos) que abran «el apetito», así como otros que liberen a las jóvenes de la melancolía en la que están sumidas. Es difícil abarcar todos los campos de tan complejas dolencias en el consultorio psicológico; resulta ideal trabajar con un equipo interdisciplinario que atienda las diferentes aristas de este síndrome.

géneris. El aspecto físico del paciente con el síntoma alimenticio se constituye en sí mismo en un mensaje que, siguiendo el orden de lo presimbólico, se estructura, paradójicamente, como un mensaje *para el otro*.

El cuerpo delata el síntoma y, a la vez, encubre y vacía de significado afectivo a la palabra (McDougall 1995). Es más, lo imponente del cuerpo emaciado, mantenido a costa de la omnipotencia del pensamiento, relega la presencia potencial de un daño físico. Este riesgo se desvanece ante la sorpresa de la pubertad y despliega, a través del lenguaje del síntoma, el segundo quiebre o el *quiebre del desarrollo* (Laufer 1997). Regresionar y mantenerse en un cuerpo prepuberal parece ser la estrategia anoréxica para evitar el rompimiento de la fusión de *un cuerpo para dos*; purgar reiterativamente parece ser la estrategia para lidiar y no lidiar con lo que se incorpora de la adolescencia.

Las anoréxicas restrictivas responden a todo signo inminente de desorganización y de destrucción con control; al no ingerir alimento, evitan revivir la sensación de hambre y confrontar los temores y frustraciones aprendidos que remiten a un estado de fragmentación. A través del síntoma negativista se cierran las posibilidades de incorporación del objeto malo.

La bulimia, en cambio, requiere otra explicación: se trata de un síntoma que revela la necesidad de incorporar repetidamente cantidades desmedidas de madre (como objeto investido narcisísticamente), que, al no poder ser toleradas por el exceso de contenidos ansiógenos (pecho malo), tienen que ser expulsadas cada vez, como si en cada purga se intentara expulsar el pecho malo internalizado, que regresa una y otra vez para ser nuevamente expulsado. Además, es un síntoma que se vincula a un hambre (de estímulos) voraz. Cuando el hambre es muy grande y las posibilidades de satisfacción y/o contención de las sensaciones viscerales y afectivas son inciertas, inadecuadas o demoradas, surgen ciertas ansiedades que se perciben (¿vivencian?) como paranoides y se tiene la sensación persecutoria, por cierto, de que el hambre *muerde*.

La propuesta intersubjetiva sugiere la idea de continuidad y de proceso. *Estar en el tiempo* es la forma de vida de los seres humanos. El bebé se orienta a la búsqueda de las invariantes que le faciliten la posibilidad de significarse desde una lógica narrativa que discurre en paralelo a la lógica temporal. La narrativa se asienta en un terreno en el que se despliega una dramática línea de tensión.⁵ Se trata de una búsqueda innata de coherencia. Para esto es quizá necesario —al decir de Kristeva (1993)— instalar una

⁵ La concepción intrapsíquica freudiana del impulso y de la fantasía inconsciente contiene también una línea dramática de tensión, aunque creada por la necesidad de llegar a un estado final (de satisfacción).

barrera defensiva de estímulos (de tipo obsesivo) que transforme mágicamente el valor arbitrario de los significantes. Esto ocurre porque, por un lado, la envoltura está estructurada temporalmente como una forma de vitalidad que se ha configurado en el tiempo y, por otro, porque la experiencia subjetiva es analizada en unidades metatemporales. En este sentido, el síntoma alimentario es histórico y temporal. Está inscrito en una matriz de invariantes que han devenido en una representación traumática y vacía de los contenidos afectivos de la experiencia subjetiva que se *transcribe* al cuerpo para ser narrada desde él.

Estas patologías, tan típicas del siglo en el que vivimos, invitan a lecturas interdisciplinarias. Es solo en el análisis de cada una de las pacientes donde se puede albergar la esperanza de una síntesis teórica porque, en la mayor parte de los casos, naufragamos con ellas por los espacios más recónditos de sus mentes. Quizás es posible encontrar denominadores comunes. Por un lado, en todas ellas parece haber *un deseo por la nada* (Heckier y Miller 1994): no entra nada o, cuando entra, sale y se retoma el vacío original. Por otro lado, el toparse con la adolescencia refleja la resignificación del *quiebre* original, la defraudación y la pérdida de la omnipotencia. No crecer cobra sentido; ocupar un espacio en calidad de paciente identificado (Minuchin et al. 1978) y a la vez no ocupar ningún espacio por la extrema delgadez hace del síntoma una paradoja difícil de descifrar.

Referencias bibliográficas

- BALINT, M.
1979 *The Basic Fault. Therapeutic Aspects of Regression*. Londres: Routledge.
- CODERCH, J.
1995 *La interpretación en psicoanálisis*. Barcelona: Gerder.
- DAMASIO, A.
1997 *El error de Descartes*. Barcelona: Andrés Bello.
- DÍAZ CORDAL, M.
2003 «Espacio potencial y trauma: una mirada intersubjetiva». Ponencia presentada al Congreso de Psicoanálisis. Lima. Ms.
- FENDRICK, S.
2003 «Los mil y un semblantes de la anorexia». En Comunidad Virtual Russell. Disponible en <www.comunidadrussell.com>.

- GORDON, R. A.
 1990 *Anorexia and Bulimia: Anatomy of a Social Epidemic*. Oxford: University Press.
- HECKIER, M. y C. MILLAR
 1994 *Anorexia Nervosa: deseo de nada*. Buenos Aires: Paidós
- HESSE-BIBER, S. H.
 1996 *Am I Thin Enough Yet?: The Cult of Thinness and the Commercialization of Identity*. Oxford: University Press.
- KRISTEVA, J.
 1993 *Las nuevas enfermedades del alma*. Madrid: Cátedra.
 1997 *Sol negro. Depresión y melancolía*. Caracas: Monte Ávila-Ediciones Latinoamericanas.
- LAUFER, M.
 1997 *Adolescent Breakdown and Beyond*. Londres: Karnac.
- LEWICA, M.
 1999 *Starving for Salvation: The Spiritual Dimensions of Eating Problems among American Girls and Women*. Oxford: Oxford University Press.
- MARTY, P.
 1995 *La psicósomática del adulto*. Buenos Aires: Amorrortu.
- MASSON, J. M.
 1985 *El asalto a la verdad: la renuncia a la teoría de la seducción*. Madrid: Seix Barral.
- MCDUGALL, J.
 1995 *Teatros del cuerpo*. Madrid: Julián Yébenes.
- MINUCHIN, S., B. BOSMAN y L. BACKER
 1978 *Psychosomatics Families: Anorexia Nervosa in Context*. Nueva York: Harvard University Press.
- SEGAL, H.
 1957 «Notes on Symbol Formation». *The International Journal of Psychoanalysis* 38, pp. 390-397.
- SIVAK, R. y A. WIATER
 1997 *Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos*. Buenos Aires: Paidós.

STERN, S.

1989 «The “Pre-Narrative Envelope”: An Alternative View of “Unconscious Phantasy” in Infancy». Documento presentado al Seminario «Psychoanalysis and Artificial Intelligence», dirigido por André Haynal.

STOLOROW, R. P.

1992 *Contexts of Being. The Intersubjective Foundations of Psychological Life*. Nueva York: The Guildford Press.

WILFLEY, D. y J. RODIN

1995 «Cultural Influences on Eating Disorders». En K. D. Brownell y C. G. Fairburn (eds.). *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook* Nueva York: The Guildford Press, pp. 141-144.

WINNICOTT, D. W.

[1945]1979 «Desarrollo emocional primitivo». En D. W. Winnicott. *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona, Laia, pp. 203-218.

[1949]1979 «La mente y su relación con el psiquesoma». En D. W. Winnicott. *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Laia, pp. 331-346.

[1960]1981 «Deformación del ego en términos de un ser verdadero y falso». En *El proceso de maduración del niño*. Barcelona: Laia, pp. 169-184.

ZUSMAN, L.

2000 «Las conductas alimenticias en adolescentes mujeres de Lima Metropolitana: sus manifestaciones y características personales y familiares asociadas». Tesis de Maestría. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.