

UNIVERSIDAD
DEL
ACONCAGUA

Facultad
de psicología

TESIS DE MAESTRÍA

ANOREXIA - BULIMIA

Un aporte desde
el psicoanálisis

Alumna: Lic. Raquel Miranda

Directora: Lic. Gladys Díaz

Co-directora: Dra. Silvana Coll

Mendoza Marzo del 2001

HOJA DE EVALUACIÓN

1. OBJETIVO

Elaborar un informe de evaluación de la actividad

de la asignatura de Matemáticas

de la carrera de Ingeniería

de la Universidad

El presente informe tiene como objetivo principal evaluar el desempeño del estudiante en la asignatura de Matemáticas, considerando los conocimientos adquiridos y las habilidades desarrolladas durante el curso.

Para ello se han considerado los siguientes aspectos: el nivel de comprensión de los conceptos matemáticos, la capacidad de aplicar dichos conceptos en situaciones prácticas, y el grado de participación en las actividades de aula.

El estudiante ha demostrado un buen nivel de comprensión de los conceptos matemáticos, así como una capacidad de aplicar dichos conceptos en situaciones prácticas. Asimismo, ha participado activamente en las actividades de aula.

En consecuencia, se concluye que el estudiante ha alcanzado un nivel satisfactorio de aprendizaje.

El presente informe es el resultado de la evaluación realizada por el profesor responsable de la asignatura.

1

RESUMEN:

Este trabajo intenta conjugar la teoría y la práctica clínica de jóvenes que presentan serios trastornos de la conducta alimentaria: *“Anorexia-Bulimia”*.

Ejemplificando con el análisis de un caso particular.

La hipótesis es acerca de cómo: *“Las dolencias del cuerpo cambian en distintos tiempos históricos y en distintos contextos socio-culturales”* y simultáneamente verificar cómo *“Un trazo se mantiene constante a pesar de la repetición incesante de lo diferente en la vida de un sujeto”*.

Conjeturas que nos aproximan a las causas que interactúan y originan esta compleja problemática.

Se investiga desde la clínica médica, lo social, pero fundamentalmente desde el Psicoanálisis a partir de Freud, en la perspectiva de la *anorexia como síntoma* y desde la conceptualización Lacaniana de la solidaridad entre la constitución del sujeto y el objeto. Las posiciones subjetivas de *Frustración, Privación y Castración en relación a la Falta*.

Es decir, desde la estructuración del Inconsciente, cómo la pérdida de naturalidad por acción del significante, organiza el psiquismo. Inscribe una diferencia entre lo simbólico y lo “puro” biológico, para llegar a discernir conceptos compartidos con la medicina, como el de organismo.

El “encuentro” del lenguaje con el cuerpo produce efectos, que en el caso del *paciente anoréxico* marca la no correspondencia entre enfermedad y malestar subjetivo.

ABSTRACT:

This work tries to approximate the theory and the clinical practice concerning young patients showing serious disorders in their eating habits –“*Anorexia-Bulimia*”– by presenting the analysis of an individual case.

The hypothesis is about *how “the aliments of the body change at different times in the history of the individual and under different socio-cultural contexts”*. At the same time, the purpose is to verify *how “a particular trait is kept constant despite the ceaseless repetitions of what is different in a subject’s life”*. Such conjectures bring us closer to the causes which interact and give rise to this complex problem.

The social aspect is analyzed not only from the point of view of clinical medicine but also and fundamentally from the point of view of Freud’s Psychoanalysis , given the perspective of *anorexia as a symptom*, and from the Lacanian concept of solidarity between the composition of the subject and the object: the subjective position of *Frustration, Deprivation and Castration in relation to Lack*.

That is, the study is about how –from the structuring of the Unconscious- the loss of naturalness through the action of the signifier organizes the psyche. The work establishes a difference between what is symbolic and what is “purely” biological, in order to clarify concepts shared with medicine, such as that of organism.

The “encounter” of language and body produces effects which in the case of the *anorexic patient* mark the *lack of correspondence between disease and subjective aliment*.

AGRADECIMIENTOS:

A GLADYS DÍAZ Y A CLÍNICA FREUDIANA

POR APORTAR A NUESTRA

FORMACIÓN TEÓRICA

A MI ESPOSO ENRIQUE,

MI HERMANA CHIQUI,

MI FAMILIA, A MABEL Y A SILVANA,

MARTA PRECEDO

TODOS LOS QUE QUIERO

GRACIAS.

INDICE TEMÁTICO:

<i>Hoja de evaluación</i>	<i>pag.</i> 3
<i>Resumen</i>	<i>pag.</i> 4
<i>Abstracts</i>	<i>pag.</i> 5
<i>Agradecimientos</i>	<i>pag.</i> 6
<i>Indice Temático</i>	<i>pag.</i> 7
<i>Introducción:</i>	<i>pag.</i> 9

INTRODUCCIÓN GENERAL:

CAPITULO I:

Clinica médica y cultura:

1. <i>Evolución histórica:</i>	<i>pag.</i> 11
2. <i>Sociedad actual e imagen corporal:</i>	<i>pag.</i> 13
3. <i>Estudios epidemiológicos prospectivos:</i>	<i>pag.</i> 15
4. <i>Anorexia-Bulimia: conceptos y criterios diagnósticos ...</i>	<i>pag.</i> 18
5. <i>Etiopatogenia:</i>	<i>pag.</i> 23
6. <i>Manifestaciones gastrointestinales:</i>	<i>pag.</i> 32
7. <i>Endocrinología:</i>	<i>pag.</i> 34
8. <i>Sintomatología cardiovascular:</i>	<i>pag.</i> 38
9. <i>Renales y complicaciones hidroeléctricas:</i>	<i>pag.</i> 39
10. <i>Dermatología y alteraciones metabólicas:</i>	<i>pag.</i> 40
11. <i>Bulimia nerviosa:</i>	
<i>clínica y complicaciones, síntomas y signos</i>	<i>pag.</i> 41

CAPITULO II:

El cuerpo en el Psicoanálisis:

1. <i>Introducción: Medicina antigua y medicina moderna: ...</i>	<i>pag.</i> 46
2. <i>Cuerpo y organismo:</i>	<i>pag.</i> 50
3. <i>El cuerpo y su inscripción simbólica:</i>	<i>pag.</i> 52
4. <i>No hay correspondencia entre malestar subjetivo y enfermedad:</i>	<i>pag.</i> 56

5. <i>El goce:</i>	<i>pag.</i>	59
6. <i>Dimensión imaginaria, simbólica y real:</i>	<i>pag.</i>	63

CAPÍTULO III:

ANTECEDENTES HISTORICOS:

<i>"Santas Anoréxicas": vida y leyenda:</i>	<i>pag.</i>	71
---	-------------	----

CAPÍTULO IV:

LA ANOREXIA DESDE FREUD:

<i>Historia:</i>	<i>pag.</i>	85
------------------------	-------------	----

CAPITULO V:

Perspectiva lacaniana y actualidad sobre el tema:

1. <i>Dialéctica de la demanda:</i>	<i>pag.</i>	99
2. <i>Anorexia mental:</i>	<i>pag.</i>	105
3. <i>Demanda oral:</i>	<i>pag.</i>	122
4. <i>Conceptualización de Frustración, Privación y Castración:</i>	<i>pag.</i>	130
5. <i>Demanda en el Grafo:</i>	<i>pag.</i>	153

CAPITULO VI:

CASO CLÍNICO:

1. <i>Presentación:</i>	<i>pag.</i>	158
2. <i>Análisis del caso:</i>	<i>pag.</i>	161

CAPITULO VII:

CONCLUSIONES:	<i>pag.</i>	181
BIBLIOGRAFÍA:	<i>pag.</i>	189

INTRODUCCIÓN

En este trabajo se desplegarán interrogantes motivados por el sufrimiento de jóvenes que viven esta problemática. Si la vida es una apuesta en el juego donde las cartas están echadas: a la anoréxica se le planteará una paradoja: la del deseo, que apuesta a un fatal encuentro con la nada: "comer nada" para vivir como sujeto.

Se explorará a un sujeto, que es, primeramente, pura falta para luego advenir como tal, en su relación a un Otro primordial de quien depende estructuralmente su deseo.

La medicina, en este proceso aportará los conceptos de anorexia y bulimia, criterios diagnósticos, variedad de causas que interactúan produciendo efectos en distintos órdenes. Se diferenciará el concepto de organismo y cuerpo, con sus implicancias para la vida. En lo social se verá el impacto que producen estas perturbaciones, a lo que lo familiar no es ajeno, porque la irrupción de estos síntomas subvierte las normas de la vida cotidiana, desencadenando una serie de conductas que agravan el problema.

Este recorrido se apoyará en el discurso médico y social pero fundamentalmente en la estructuración del Sujeto del Inconsciente, desde la perspectiva del Psicoanálisis. Se aplicará la metodología de observación, análisis e inferencias a partir del trabajo en la clínica con pacientes que presentan esta sintomatología, con un rastreo bibliográfico de clínica médica, históricamente con la aparición de las "Santas" y con la conceptualización Freudiana del fenómeno anoréxico como expresión de síntomas histéricos. De Lacan se revalorizará su aporte sobre la dialéctica de la demanda y el deseo, específicamente en relación a la demanda oral, dialéctica por la cual llegaremos a considerar que es la frustración de amor lo que posibilita al ser humano el acceso a la realidad.

Contribuirán, como aportes a la metodología, los cursos teóricos-prácticos de formación que sustentarán y enriquecerán la práctica clínica. Distintos cursos de Posgrado en relación al tema: "Curso BIANUAL de Posgrado de Medicina del Adolescente", años 1999-2000, Fac. de Ciencias Médicas de la U.N.C., "Curso de Posgrado de Trastornos de la Alimentación", año 1999, dictado mediante el Sistema satelital de interacción educativa, en la Fac. Regional Mza., de la U.T.N.. La participación en Jornadas Provinciales como la "Jornada de Evaluación de documento en preparación sobre detección de Riesgos en Salud Integral del Adolescente, año 1999, del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación; "Jornada Provincial de Salud Mental. Estrategias de Integración", año 2000, de la Dcción General de Escuelas y el Ministerio de Salud de Mza., en la comunidad a través de programas radiales y televisivos, etc..

Este trabajo de investigación finalizará con las conclusiones y resultados que se obtengan en su realización.

CAPÍTULO 1

ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA

ALTERACIONES DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO:

Anorexia nerviosa y bulimia son síndromes caracterizados por presentar una alteración particular del comportamiento alimentario, con algunas características propias para cada caso, pero con elementos comunes para ambos trastornos.

Ocurren con preferencia en el sexo femenino y en la etapa de la adolescencia y determinan cambios manifiestos en la vida de los individuos que los padecen y en sus familias. En el mundo occidental constituyen la tercera causa de enfermedad crónica en niños y adolescentes.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA:

Podemos decir que han existido pacientes anoréxicos a lo largo del curso de la historia del mundo civilizado. Algunos rasgos descriptivos de la personalidad de santos conocidos, que hacían del ayuno el eje de su existencia, se acomodan a la descripción clínica de anorexia nerviosa. Pero la primera descripción del cuadro es de Richard Morton (1689) en paciente de 17 años de edad, afecta de "consunción nerviosa". Tal terminología, en paralelo con la de "clorosis", se utiliza a lo largo de los siglos XVIII y XIX, hasta que de forma sucesiva dos médicos contemporáneos, británico uno, (sir William Gull, 1868) y francés el otro (Charles Lasague, 1893) describen la sintomatología básica de la anorexia nerviosa, ciñéndose a adelgazamiento, amenorrea, estreñimiento, pulso lento, caquexia e hiperactividad. La primera descripción de un caso estadounidense del trastorno es posterior (1893) y resulta interesante comprobar que en los primeros años del

siglo XX, antes de la primera guerra mundial, la literatura francesa, alemana e italiana hacían aproximaciones diferentes de la base de la enfermedad. En todo caso la descripción del síndrome de Seemonds (1914) como caquexia hipofisiaria abre una nueva etapa en la consideración del trastorno, asignándole una etiología endocrina que no va a verse definitivamente modificada hasta la corrección de Seeham en 1948, si bien en 1930 Berkman publica una serie amplia de 117 pacientes con el análisis de etiopatogenia psíquica en su problemática.

En esta segunda mitad del siglo XX cuando asistimos a la delimitación del concepto **anorexia**, con publicación de series múltiples que analizan su sintomatología y mecanismos etiopatogénicos, mostrando los primeros resultados de los tratamientos realizados. Y en este mismo lapso de tiempo la adscripción social (clase media alta) y étnica (raza blanca) de las descripciones iniciales se transforma generalizándose en todos los países del mundo occidental y para todas las etnias. Asistimos también al reconocimiento de la afectación en el sexo masculino, marcando una tasa de presentación en uno de cada 1000-1500 adolescentes. Por otra parte llegamos al reconocimiento de que al menos $\frac{1}{3}$ de los pacientes (30-40 por 100 según algunos autores) cronifican su padecimiento.

década de los 70 permitió establecer el concepto de **bulimia**, plasmado de forma inequívoca en la descripción de Russel de 1979. Se hace evidente que la conducta de alimentación compulsiva y vómitos puede presentarse en Así como la década de los años 60 fue básica en la delimitación de la anorexia nerviosa como enfermedad, la individuos que no tienen alteraciones en el peso corporal. Galeno había descrito la *Kynos orexia* o hambre canina como sinónimo de la bulimia, con posterioridad la situación fue reflejada en las publicaciones médicas como una curiosidad.

En el momento presente es la más frecuente de las alteraciones del comportamiento alimenticio, tiende a la cronicidad de forma superior a la anorexia, se diagnostica tardíamente porque el ocultamiento es una de las características del cuadro y constituye en definitiva una problemática muy grave en el contexto de la patología del adolescente.

Anorexia nerviosa y **bulimia** pueden ser consideradas como expresiones varias de un mismo trastorno. Aunque las manifestaciones clínicas sean diferente, el fundamento básico es el mismo: un miedo obsesivo a la obesidad. En pacientes anoréxicos, el mecanismo reactivo primario va a residir en la restricción rígida de la alimentación; en la bulimia, la pérdida de control sobre el apetito va a compensarse con vómitos autoinducidos y/o el empleo de laxantes. Pero en definitiva, cara y cruz de una misma moneda.

SOCIEDAD OCCIDENTAL ACTUAL E IMAGEN CORPORAL:

La sociedad actual asume prácticamente como norma un permanente contacto del individuo con los medios de comunicación. Circunstancia que no es ajena a la difusión y extensión, a modo de epidemia, de las alteraciones del comportamiento alimenticio. Las primeras niñas con anorexia nerviosa abundaban en la etnia blanca de clase media alta. Su modelo de belleza no estaba suficientemente distribuido en la población para generalizar el trastorno y que la extensión de los medios de comunicación a partir de la década de los 6º ha contribuido de forma manifiesta al incremento del número de casos. El niño y el adolescente de los países occidentales son un blanco perfecto para la publicidad. Las campañas publicitarias, especialmente

las televisivas, manejan esta situación e incluyen en sus mensajes las características diferenciales de los modelos en función de los sexos. Los atletas y jugadores de élite representan el modelo masculino, suministrando sensación de fortaleza, mientras que la imagen modélica de la niña o adolescente del sexo femenino se circunscribe en el entorno de la delgadez y el cuerpo esbelto.

Las encuestas sobre horas de consumo de TV muestran para toda la sociedad industrializada la extensión de la problemática de influencia. Las familias no se reúnen para comer y cenar y cuando lo hacen comparten tal intervalo con los mensaje televisivo. Este además de distribuir imágenes de los modelos referidos, suministra en paralelo otros mensajes, que contribuyen a la distorsión de la realidad y la difusión de ideas como: “el consumo de determinados productos favorece el crecimiento”, “incrementa la calidad de vida”, “ayuda a triunfar”, “mejora el rendimiento intelectual”, etc.. Términos como “puros”, “ligeros”, “sin aditivos”, se manejan a voluntad en la publicidad alimenticia, presentados habitualmente por mujeres esbeltas que dejan su imagen en la mente del niño o adolescente, receptivo en grado sumo para elaborar criterios propios.

Resulta una paradoja reconocer la difusión de programas sociales o de salud, comentando las características de las alteraciones del comportamiento alimenticio, pueden a su vez suponer la primera piedra del padecimiento de individuos que ven reflejada su propia problemática. En la transmisión epidemiológica, por moda, de los trastornos alimentarios, no solamente familiares y amigos actuarían como vectores sino que los propios medios de comunicación aportan el modelo a imitar y cómo puede hacerse.

Profesiones para las que la imagen es determinante –modelos, bailarinas- o la adscripción a determinadas prácticas deportivas

intensivas en la niñez o adolescencia como gimnasia rítmica, atletismo, predisponen en el presente a anorexia o bulimia. Estudios realizados en escuelas de ballet informan sobre una prevalencia de anorexia nerviosa del 4,1 por 100 y del 8,2 analizada en su extensión. En efecto, se acepta en la actualidad la existencia de un denominado síndrome de temor a la obesidad, que no puede incluirse en el concepto de anorexia por no presentar alteración de la por 100 sobreañadido, para situaciones incompletas o parciales.

El pediatra tiene a su vez, la oportunidad de observar una situación peculiar, que hasta hoy no ha sido imagen corporal, y que afecta no sólo a niños o adolescentes, sino también a individuos adultos, de preferencia mujeres. El cuadro en la etapa pediátrica se presentaría como restricción alimentaria hasta la cetosis; la dieta insuficiente y la alteración del estado nutritivo repercuten en el crecimiento longitudinal de los sujetos afectados, retrasando su desarrollo sexual. Por ello, clínicamente hay baja talla y retraso puberal; el diagnóstico de alteración del comportamiento alimenticio debe pues incluirse automáticamente, en el cuadro diferencial de los diagnósticos por baja talla en la etapa puberal.

ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS PROSPECTIVOS:

Estos estudios permiten informar incluso evolutivamente en un mismo medio geográfico, la incidencia real de anorexia nerviosa, y también de bulimia. En esta última década se han realizado numerosos estudios en este sentido, dado en el Congreso Mundial de Psiquiatría realizado en 1984 en Viena, observadores de todos los países industrializados coincidieron en la necesidad de suministrar datos

confiables acerca del incremento de la incidencia de este trastorno. Aplicando cuestionarios específicos de uso generalizado como EAT (Eating Atitudes Test; EAT 26, GAAS (Anorectic Atitude Scale); EDY (Eaty Disorder Inventory) o ensayando nuevos cuestionarios que intentan incorporar los criterios evolutivos existentes en torno a la imagen corporal, se han examinado poblaciones de adolescentes de origen vario: social, geográfico y/o étnico.

Por otra parte, en un intento de practicar diagnósticos tempranos, que mejoren el curso clínico y el pronóstico de estas alteraciones, se han estudiado series de adolescentes sanos en teoría, en los que se aplicaron empíricamente los criterios diagnósticos de las dos entidades clínicas básicas.

Los resultados, en uno y otro caso, son alentadores y advierten a los médicos encargados de la etapa de la adolescencia, como a las instituciones sanitarias responsables de los programas de prevención y salud, que la anorexia y la bulimia deben ser declaradas enfermedades a tratar con programas diseñados al respecto en esta etapa de la vida.

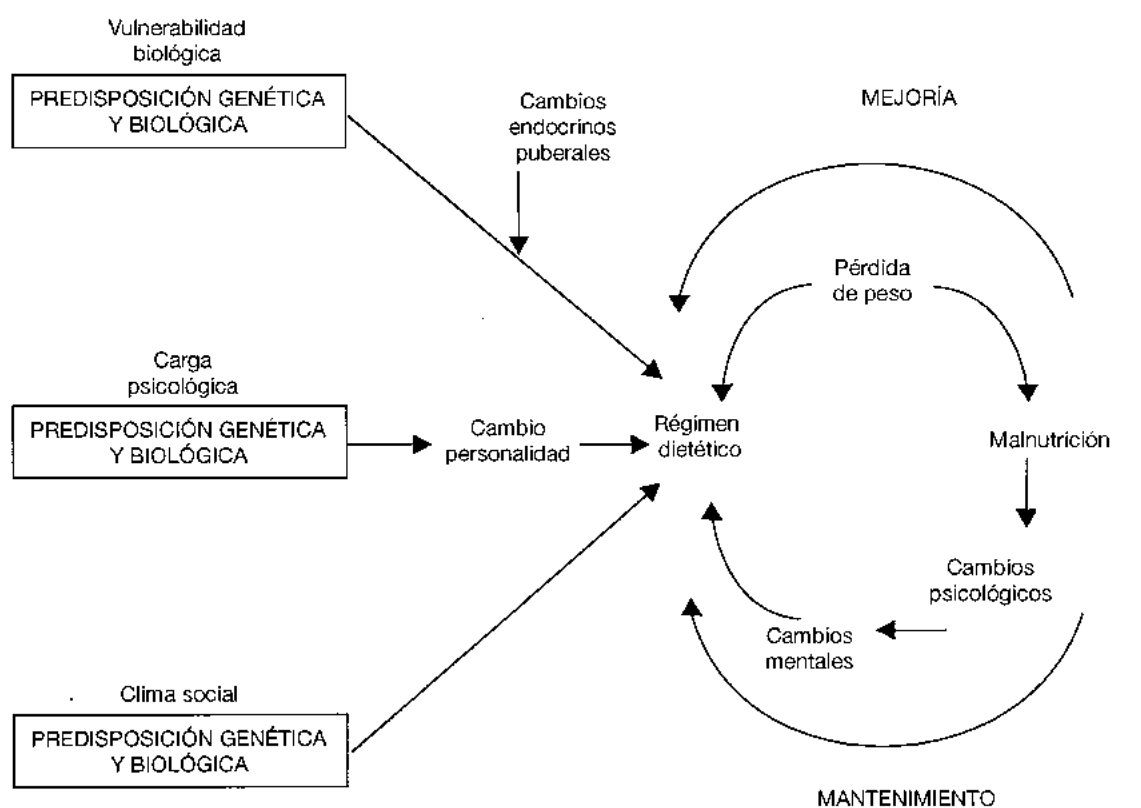
Algún autor ha realizado aproximaciones al problema en edades tempranas, explorando la actitud frente al juego y la alimentación de lactantes de 12-24 meses. El grupo que había presentado problemas de anorexia durante el primer año de vida tenía en general madres que se entrometían más en el juego y la administración del alimento y su tono emocional se revelaba inferior.

Por otra parte, en el tema preventivo resulta interesante valorar hallazgos de distintos autores, que aplican en líneas generales cuestionarios de imagen corporal, a poblaciones escolares. Los hallazgos dependen de la situación geográfica pero demuestran diferencias significativas entre ambos sexos: sólo un 63 por 100 de las adolescentes femeninas (203) entre 14-19 años se mostraban

satisfechas con su cuerpo, frente al 93 por 100 de los varones (153 de la misma edad), en una encuesta suiza; 2/3 partes de las mismas niñas escogían como silueta ideal una de muy bajo peso, mientras que las 4/5 partes de los varones elegían una silueta normal. Y en la misma población se podía concluir que 4 por 100 de las mujeres tenían un elevado riesgo de anorexia, frente a un 99 por 100 de bajo riesgo anoréxico para el sexo masculino.

Melve encuentra en una serie un 10 por 100 de niñas normales con posibles indicadores de alteración alimenticia subclínicos referidos a insatisfacción con el peso corporal, oscilaciones amplias del mismo, supresión sistemática del desayuno o la comida del mediodía, e historia referida por ellas de dispepsia o regurgitación.

Los estudios demuestran también que las alteraciones del comportamiento alimenticio son similares en áreas rurales, si se comparan con las metropolitanas o urbanas, aunque tal hecho se cumpla fundamentalmente para la anorexia nerviosa.



Esquema 4 – Modelo biopsicosocial de la anorexia nerviosa

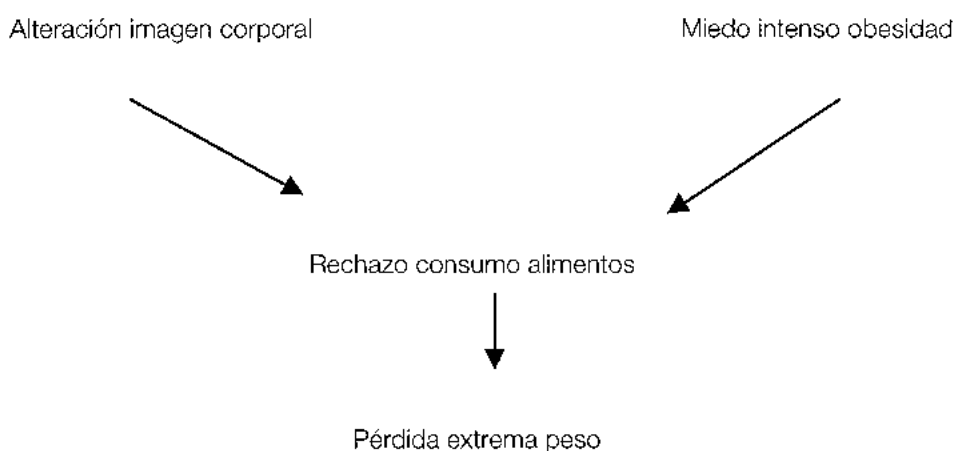
ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA:

CONCEPTO: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS EVOLUTIVOS

La combinación de determinados factores biológicos, psicológicos y sociales, forma la base etiopatogénica de las alteraciones del comportamiento alimenticio. Más precisados en el caso de la anorexia nerviosa, incluyen no obstante también a la bulimia, y han hecho evolucionar en esta segunda mitad del siglo XX la concepción, definición y los criterios diagnósticos de ambas entidades.

La anorexia nerviosa afecta preferentemente a las mujeres jóvenes, caracterizándose por una acusada pérdida de peso

autoinducida, a las que se abocan las pacientes como resultado de las dos alteraciones básicas del trastorno: alteración de la imagen corporal, que se encuentra profundamente distorsionada, y miedo y aversión profunda a la obesidad. La pérdida de peso y la consiguiente desnutrición contribuirán por su parte de forma decisiva a cambios físicos y emocionales en las pacientes, perpetuando el círculo vicioso que se instaura:



Esquema 1. Anorexia nerviosa: concepto

Fue en 1972 cuando Feighner sienta los primeros criterios diagnósticos consensuados de anorexia nerviosa, los expuestos en el esquema. A la luz de conocimientos actuales resultan muy estrictos, y muchos diagnósticos del momento presente no quedarían incluidos en la entidad. Con posterioridad la Asociación Americana de Psiquiatría ha elaborado nuevos criterios publicados sucesivamente en los Manuales Diagnósticos y Estadísticos de los Trastornos Mentales (DSM III, 1980; DSM R, 1987; DSM-IV, 1993), que se han ido ajustando a la necesidad de abrir puertas diagnósticas a pacientes que escapaban de las normas sentadas previamente (Esquema 1 y 2).

La aplicación de los criterios diagnósticos del DSM-IV son ventajosos en pediatría, ya que el peso mínimo necesario para asegurar

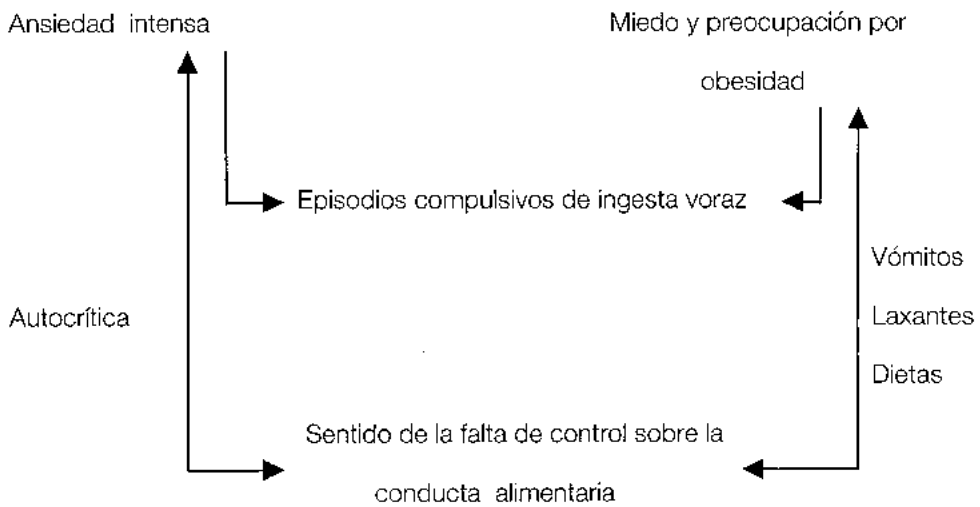
el crecimiento de la pubertad (DSM-III-R) es un parámetro básico a tener en cuenta si se quiere trabajar en prevención de este trastorno.

En la década de los 80 y de forma paralela al establecimiento de los sucesivos criterios, se habría llegado a la consideración de que la anorexia nerviosa podía dividirse en dos tipos: pacientes restrictivas y purgativas. Las primeras efectuarían restricción dietética exclusiva, mientras que las segundas emplean laxantes y caen en atracones alimenticios esporádicos. El aumento de actividad es característica común para ambos grupos, aunque más frecuente en las anoréxicas nerviosas restrictivas. El grupo denominado purgativo presenta menor autoestima y evolución más compleja.

La aceptación de bulimia nerviosa como entidad frecuente y la asunción de que existen cuadros de bulimarexia o anorexia bulímica vino a esclarecer los conceptos. En el momento presente hablamos de anorexia nerviosa en el caso de formas restrictivas, y de bulimarexia para las formas purgativas que sirven de puente de confluencia con la bulimia nerviosa propiamente dicha.

Con 10 años de intervalo en relación a la anorexia, comienza en los países industrializados a propagarse, con una auténtica transmisión epidemiológica, la segunda alteración del comportamiento alimenticio: la bulimia. La bulimia inicia su presentación, como en el caso de la anorexia en las clases sociales económicas y culturalmente más favorecidas, para propagarse en un intervalo reducido de tiempo a todos los sectores sociales –en sociedades homogéneas como la española-. En definitiva su concepto se concreta como un trastorno de la nutrición, consistente en alimentación compulsiva, acompañada de comportamientos varios destinados a promover la pérdida de peso: vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, dieta entre los episodios. No encontramos en este caso la emancipación que asocia la anorexia, siendo

normal el peso de muchos pacientes, y puede precisarse que junto a los episodios compulsivos de ingesta voraz, la segunda característica básica es la existencia de un sentimiento de falta de control sobre la conducta alimentaria. La paciente bulímica mantiene una preocupación acentuada frente a la obesidad, se encuentra inmersa en un estado de ansiedad extrema y, fruto de la conciencia de su enfermedad, incrementa su ansiedad por sentimientos de autocrítica (autorreproches) y de autoestima baja, que desencadenan los episodios compulsivos (esquema 2).



Esquema 2. Bulimia nerviosa: concepto

Se trata de una patología susceptible de ser encubierta por espacios prolongados de tiempo. Y pueden presentarse episodios bulímicos en tiempos concretos en pacientes que no se sienten como tales. El hecho es que las estimaciones sitúan la cifra en 4 por 100 en el caso de las chicas y 0,4 por 100 en los varones. Es decir, que la relación para este trastorno entre los sexos es similar a la de los anoréxicos. En proporción, 9/10.

Los conocimientos actualizados sobre estos trastornos no permiten vaticinar opiniones claras acerca de su futuro, ni siquiera especular con el futuro más inmediato. Estas enfermedades que se transmiten con el concurso de diversos vectores como familia, amigos, publicidad, modelos estéticos, medios de comunicación social, etc.. pueden derivar en situaciones imprevisibles. Resulta preocupante comentar en este contexto la afectación notable de ambos trastornos en las llamadas poblaciones de riesgo: deportistas, danza, modelos, caballistas, etc..

Concordancia en aceptar Diríamos que existe para el mundo occidental una prevalencia cercana al 1 por 100 para la anorexia nerviosa y en las estimaciones más optimistas, un 2-3 por 100 para bulimia, en población adolescente de sexo femenino. En cuanto a la edad de presentación, está comprometida en la anorexia nerviosa entre los 12-25 años, con incrementos bimodales para los 14-18 años. La bulimia nerviosa se inicia algo después, con valores medios en torno a los 16 años.

ETIOPATOGENIA:

La anorexia nerviosa es un desorden multifactorial. Probablemente existan pocas enfermedades que puedan aplicar, un modelo etiopatogénico biopsicosocial tan aproximado a la realidad. El esquema de Lucas que data de 1981 sigue manteniéndose en la actualidad (esquema 3) y hace intervenir la predisposición genética y biológica individual, la influencia familiar y el conflicto intrapsíquico personal, así como las influencias y expectativas que crea la sociedad. Los tres aspectos que se ciñen por lo tanto a la vulnerabilidad biológica y la predisposición psicológica del individuo afectado, así como la influencia de la sociedad, determinan de forma conjunta un cambio en personalidad del paciente y la instauración de un régimen dietético. El sujeto ya ha sufrido habitualmente una serie de modificaciones endocrinas puberales, que en algunos casos no se han asumido. La pérdida de peso que sigue a la dieta introduce al individuo en un círculo fatal, difícil de romper: dieta-malnutrición-cambios secundarios a la misma: psicológicos y mentales-dieta mantenida.

La mejoría o persistencia de la situación plantean en términos de ruptura o mantenimiento del círculo vicioso establecido.

Los múltiples factores que se incluyen en la concepción de este modelo biopsicosocial etiopatogénico pueden dividirse bajo otra perspectiva más práctica en factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento. (Esquema 4). Katz identifica entre los primeros algunos de orden cultural, como la actual tendencia a asociar la delgadez a belleza y felicidad. La posibilidad de distribuir tal mensaje con capacidad de difusión por los medios audiovisuales sería otro factor. Y es que tenemos que asumir que si bien las modas estéticas han estado presentes a lo largo de toda la historia, el tipo de sociedad actual

es más homogéneo. Con los medios de comunicación masiva se llega rápidamente a los adolescentes, tocando aspectos que tienen que ver con el consumo a ultranza o la identificación del adolescente como modelo de sociedad, adquieren la fuerza suficiente para convertirse en factores predisponentes. Sin dejar al margen la modificación del papel de la mujer en la sociedad actual y la exigencia estética que ésta le plantea.

El trastorno es muy raro en las sociedades tradicionales, describiéndose tan sólo en casos aislados y que aparece cuando el estilo de vida se occidentaliza. Podría decirse que la anorexia nerviosa es una patología de la emancipación en una sociedad de la abundancia, siendo un trastorno culturalmente determinado, que afecta en el incremento de su incidencia al sexo femenino de preferencia.

Según Lucas, la evaluación de la incidencia real durante 50 años en una población determinada, extrae la conclusión de que en realidad la incidencia de la anorexia nerviosa se ha incrementado como patología de mujeres entre 15-24 años, aunque no puede concluirse un incremento neto, ni la población masculina ni en edades superiores a los 24 años.

De los factores predisponentes de orden familiar relacionados con el esquema 4, es probable que el contraste entre sobreprotección y desarrollo de actitudes de rigidez e intolerancia sea el pilar a destacar entre todos los mencionados.

La madre de la anoréxica ha consumido mucha literatura con su dominio y rigidez, manteniendo el papel operativo del núcleo familiar. En contraposición, la imagen paterna ofrece apariencia de pasividad, que se hace también manifiesta en la terapéutica evolutiva del paciente, y que éste rechaza activamente. Está demostrado que las familias de las anoréxicas muestran preocupación por la apariencia física, la

alimentación, las dietas y el desarrollo de actividades físicas. Asimismo se fundamenta de forma notable en las series publicadas la existencia de trastornos afectivos y de incomunicación.

La pertenencia a clases sociales medias o altas es factor en plena evolución, las primeras publicaciones de anorexia nerviosa estaban compuestas por niñas de raza blanca, pertenecientes a la élite social. En el momento presente se describen alteraciones del comportamiento alimentario en poblaciones de todos los estratos sociales y latitudes geográficas, o en algunas ocasiones, constituidas por poblaciones de emigrantes con etnia diferente habitando países desarrollados.

El análisis profundo de la preponderancia neta del sexo femenino en estos trastornos, no puede efectuarse sobre bases sólidas: biológicas, sociales o culturales. También es indudable que la edad como factor individual predisponente es la **etapa adolescente**; las anoréxicas nerviosas más precoces suelen presentar mayor incidencia de historia psiquiátrica familiar, alta severidad del trastorno en el curso clínico y, en contrapartida, mayor respuesta al tratamiento intensivo.

Es habitual la existencia de sobrepeso previo, que en familia preocupada por el tema puede motivar una crítica de la imagen, actuando como factor precipitante.

La alteración en la percepción de la imagen corporal es patognomónico de anorexia nerviosa, con presencia de total indiferencia frente a la emaciación que se constituye y percepción equivocada del tamaño real del cuerpo, en ocasiones centrada en determinadas áreas.

En los últimos años se concede la existencia confirmada de mayor incidencia de abuso sexual en la infancia del niño/a que padece anorexia nerviosa, aún cuando no superior a lo que se encuentra en

otras patologías psiquiátricas, en ambos casos por encima de la población general. La bulimia nerviosa incrementa notablemente el antecedente de abuso sexual.

Los estudios de series de gemelos demuestran taxativamente un grado de concordancia superior de ambos padecimientos, entre gemelos homocigotos versus heterocigotos. Dejando al margen el resto de los factores individuales, familiares o sociales, es indudable la existencia de una vulnerabilidad genética transmitida en el genotipo, que vuelve a encontrarse ligada a posibles alteraciones primarias en los neurotransmisores. Los hallazgos por el momento distan de ser concluyentes.

El resto de los factores etiopatogénicos, precipitantes y de mantenimiento se encuentran relacionados con el esquema 5. Un desarrollo rápido de la pubertad y sus cambios endocrinos puede ser un factor desencadenante. En ocasiones se asocia a un incremento también acelerado, del peso corporal. En contrapartida, no es infrecuente, que una enfermedad previa –intervención quirúrgica, infección, etc.- en la que se registre pérdida de peso secundaria, provoque el descubrimiento de sentimientos placenteros ante la nueva imagen; la situación se verá además favorecida por las alteraciones derivadas de la desnutrición ya iniciada.

Entre los factores de mantenimiento cabría destacar la actitud familiar frente a la enfermedad, que en muchas ocasiones sirve de piloto de un mecanismo de feed-back, perpetuador del problema.

(1) FACTORES PRECIPITANTES

FACTORES PREDISPONENTES (2) ----- ANOREXIA NERVIOSA

(3) FACTORES DE MANTENIMIENTO

Esquema 5

(1) Factores precipitantes

- Pubertad explosiva, de evolución rápida.
- Incremento súbito de peso.
- Críticas familiares y sociales a la imagen corporal.
- Separaciones y pérdidas.
- Ruptura conyugal en los padres.
- Acontecimientos adversos.
- Enfermedad previa adelgazante: intervención quirúrgica, etc..
- Contactos sexuales iniciáticos.
- Depresión aguda.
- Dieta.
- Problemas de adaptación.

(2) Factores predisponentes

CULTURALES:

1. Asociación imagen de delgadez con el concepto de belleza y sentimiento de felicidad.
2. Predicamento actual del ego y la imagen corporal.
3. Capacidad de difusión por los medios de comunicación actuales del modelo estético.
4. Modificación del rol femenino y de la exigencia social de la imagen de la mujer.
5. Idealización de la etapa de la adolescencia. Identificación social del adolescente como modelo físico.
6. Afán de consumismo.

FAMILIARES:

- Familia intrusiva y limitante.
- Contraste entre sentimientos de sobreprotección y actitudes de rigidez e intolerancia.
- Incapacidad para la solución de conflictos. Incomunicación.
- Habitual: madre dominante, rígida, con ambivalencia entre rigidez y sobreprotección e importante dependencia madre/hijo/a. Madre, sujeto operante activo. Padre, sujeto inoperante pasivo.
- Excesivo interés familiar por la alimentación, dieta, apariencia física y aptitudes físicas.
- Antecedentes de historia familiar de trastornos nutricionales o afectivos.
- Alcoholismo. Edad avanzada.

INDIVIDUALES:

- Sexo femenino y etapa de adolescencia.
- Sobrepeso previo, aunque sea discreto.
- Inestabilidad emocional. Inmadurez.
- Retraso en el desarrollo psicosexual.
- Preocupación previa extrema por la apariencia física, determinada no sólo por el peso, sino también por las formas.
- Rasgos obsesivos en la personalidad. Tendencia depresiva.
- Alteraciones en la percepción de la imagen corporal.
- Antecedentes de abuso sexual.
- Vulnerabilidad genética frente a la enfermedad (estudios de gemelos)
- Anomalías en los neurotransmisores y participación hipotalámica, formando parte de forma primaria (genética) o secundaria.

(3) FACTORES DE MANTENIMIENTO

- Malnutrición per se y sus consecuencias.
- Actitud familiar frente a la anorexia.
- Deterioro del estado anímico y aislamiento social.
- Organicidad secundaria: retraso vaciamiento gástrico, estreñimiento...
- Actividad física excesiva.
- Empleo de medicación iatrogénica: laxantes, diuréticos...

ANOREXIA NERVIOSA:

CLÍNICA Y COMPLICACIONES

MANIFESTACIONES GENERALES Y CAMBIOS DE CONDUCTA:

Por parte de médicos y pediatras generales todavía existe escasa atención para su diagnóstico posible, a pesar de la elevada incidencia en nuestro medio. Esto es un hecho importante ya que estos profesionales de la salud constituyen un punto de referencia al que se dirigen los pacientes y sus familias. Por lo que es habitual que el especialista se encuentre con situaciones clínicas bastante evolucionadas. No obstante ello, es posible plantearse a veces un diagnóstico en etapas tempranas, cuando todavía muchos de los síntomas que vamos a comentar, no están establecidos. Entre uno y otro extremo se abre un abanico de diferentes intensidades en la presencia de síntomas, que tienen que ver con la duración y severidad en la restricción dietética, el grado de disminución del peso corporal, el peso de punto de partida y su velocidad de pérdida, y finalmente la existencia o no de vómitos autoinducidos y uso de laxantes y diuréticos.

La paciente que acude a consultar por una pérdida acentuada de peso en el contexto de sospecha de anorexia nerviosa, va a presentar algunos de los siguientes cambios de conducta:

57. Restricción inicial de alimentos de alto contenido calórico, con extensión posterior evolutiva a la mayoría de los alimentos.
- Interés activo por la comida, cocinando, guardando recetas, promoviendo fiestas, dirigiendo el menú familiar. Alimentos de preferencia cocidos o a la plancha.

- Fetichismo alimenticio con rituales específicos: desmenuzamiento en pequeños trozos, secado del aceite de los mismos,
- comida de pié y de preferencia aislada.
- Aumento de la actividad física y específicamente tras la reducida ingesta. Cambio de hábitos: jogging, ejercicios gimnásticos, etc..
- Incremento de las horas de estudio y actividad y disminución de las de sueño. Pérdida de poder de concentración.
- Irritabilidad y desencadenamiento constante de peleas familiares. Aislamiento social.
- Preocupación intensa por el parámetro de peso. Medida compulsiva del mismo.
- Indiferencia frente a la creciente emancipación.
- Empleo de laxantes, diuréticos y vómitos autoinducidos en un porcentaje de pacientes (formas purgativas).
- Uso de ropa holgada.

Los vómitos autoinducidos pasan desapercibidos en los primeros estadios en el medio familiar. El uso de ropa holgada es un intento de disimular las formas o la delgadez creciente, es circunstancia frecuente en las etapas iniciales: con posterioridad hay un porcentaje de enfermas que incluso hacen ostentación del adelgazamiento conseguido con esfuerzo.

En todo caso y junto a la pérdida de peso, los síntomas y signos son:

- Amenorrea en pacientes femeninas con menarquía previa,

- Ausencia de aparición de signos puberales o detención en la evolución de los mismos, en pacientes prepuberales y con pubertad en curso,
- Abdominalgias y estreñimiento,
- Hipotermia. Acrocianosis,
- Alteraciones dérmicas típicas: coloración amarillenta, aparición de lanugo, cabello ralo, sequedad de piel,
- Hipotensión y bradicardia,
- Edemas periféricos,
- Alteraciones dentarias con erosión del esmalte dental.
- Hipertrofia parotídea bilateral, etc..

MANIFESTACIONES GASTROINTESTINALES:

En la paciente anoréxica con vómitos autoinducidos asociados es posible encontrar un patrón característico de erosión del esmalte y la dentina en la cara lingual de los dientes.

La aparición de una hipertrofia parotídea bilateral benigna indolora es una rareza en el curso de trastornos nutricionales, más acentuada en la bulimia. Algunos autores han encontrado niveles séricos elevados de amilasa junto a la hipertrofia parotídea.

A nivel esofágico pueden existir desde esofagitis leves hasta rupturas esofágicas, poco frecuentes y que se asocian evidentemente a vómitos y exposición crónica al jugo gástrico.

En cuanto a complicaciones gástricas está descrita la situación de dilatación gástrica aguda-generalmente en la rehabilitación de

pacientes gravemente afectadas-, pero la sintomatología más frecuente tiene que ver sin embargo con hechos más cotidianos. La paciente anoréxica presenta un vaciado gástrico enlentecido que, acompañado con una disminución de la motilidad intestinal, produce una sensación molesta de hinchazón y flatulencia, que en muchos casos se acompañan de dolor abdominal y estreñimiento.

Puede existir asimismo, una moderada dilatación yeyunal que, junto con el vaciado gástrico incompleto, justifican la saciedad y plenitud postprandiales que experimentan muchas pacientes. Tales síntomas dificultan su recuperación al interferir la alimentación.

En pacientes en las que se ha producido una pérdida de peso rápida y considerable, el duodeno puede quedar comprimido o pinzado por la arteria mesentérica superior, apareciendo una clínica grave de obstrucción aguda.

Hay que realizar controles de amilasemia, que se encuentra elevada –sin sintomatología de pancreatitis-, en la realimentación fundamentalmente. Como causas coadyudantes podría pensarse en la dilatación duodeno-yeyunal, así como cierto grado de isquemia.

Finalmente, las anomalías hepáticas no van más allá de una hepatitis nutricional, presente en aproximadamente un tercio de los pacientes. Se comprueba por la existencia de proteínas séricas bajas, e incremento del LDH y fosfatasa alcalina, con aumento moderado de GOT y GPT. Las alteraciones analíticas desaparecen con la recuperación del peso.

SINTOMATOLOGÍA ENDOCRINOLÓGICA:

La afectación del sistema endocrino adquiere especial relevancia en la anorexia nerviosa. La sintomatología clave endocrina se fundamenta en:

la detención del crecimiento longitudinal y de la evolución/aparición de la pubertad en las/los pacientes de edades inferiores.

la existencia de amenorrea secundaria en mujeres postmenarquéa.

Es frecuente que no se disponga de datos basales necesarios para afrontar adecuadamente la interpretación de cada caso, como es la maduración ósea individual al comienzo. La mayoría de los pacientes detienen en forma significativa también su desarrollo óseo evolutivo. Tras la fase de realimentación serían capaces en muchos casos de situar su talla definitiva, en relación al menos con su talla diana.

La secreción de la hormona de crecimiento se encuentra paradójicamente elevada a veces, formando parte de los hallazgos habituales relacionados con la malnutrición.

La GH está normal o elevada, mientras que existe un descenso de GH-BP, IGF-I e IGF-BP3. La alteración básica podría residir en una disminución de la generación de IGF-I y, como consecuencia aumentaría la GH; no obstante existen hechos contradictorios en el mismo paciente, con baja respuesta de GH a estímulos hipotalámicos y, sin embargo, respuesta elevada cuando se emplea directamente GH-RH. El hecho evidente es que el eje GHRH.-GH-IGF-I sufre modificaciones relacionadas con la desnutrición y es probable que la adaptación del mismo sea fundamentalmente protectora, tratando de

que se mantengan las funciones metabólicas básicas, aunque sea en detrimento del crecimiento.

La amenorrea, característica de la enfermedad, se presenta como tal en las mujeres postmenarquía, cuando se alcanza una determinada pérdida ponderal, que está en relación con el nivel crítico en grasa de cada individuo. Este hecho, aunque sea peso-dependiente, se observa no sólo en pacientes de anorexia nerviosa, sino también en otros sujetos sanos con pérdida de peso simple, así como en atletas de élite con bajo contenido graso en su organismo.

La amenorrea puede preceder a la pérdida de peso. Se encuentra ligada a un defecto primario de la función hipotalámica liberadora, con baja secreción de Gn-RH puede inducir la ovulación, incluso sin ganancia de peso.

El patrón nocturno de LH en la fase aguda de la enfermedad es uniforme, sin picos secretorios, como sucede antes de iniciada la pubertad. En la recuperación, los pacientes adultos, antes de volver a la normalidad, pasan por una fase en la que su patrón secretorio es puberal, por lo tanto con picos secretorios nocturnos exclusivamente.

No es infrecuente que incluso con recuperación del peso se mantenga un patrón gonadotropo alterado -puberal-, que influye en el retraso de la reaparición de las reglas.

Distintos síntomas genéricos de la anorexia, como **bradicardia, hipotermia, piel seca, disminución del metabolismo basal...**, se relacionan con el padecimiento de un hipotiroidismo clínico. Otra vez, la existencia de una disfunción a nivel hipotalámico: en este caso, respuesta retardada de TSH en el test de TRH. Sin embargo estos hallazgos clínicos y el resto de los datos bioquímicos (T, normal o baja; T baja; TSH basal normal) están presentes en diferentes tipos de

desnutrición, no sólo en la anorexia. Existe una desyodación periférica alterada, que reduce la formación de T₄, a expensas de un incremento de r-T₄. Realmente, sería un mecanismo más de protección del organismo a fin de evitar el consumo de energía.

En la anorexia nerviosa se describen cambios glucocorticoides y, en concreto, incrementos variables del cortisol. Se conserva su ritmo circadiano, pero los pulsos secretorios aparecen aumentados, siendo el cortisol libre urinario más elevado de lo normal. Existe así mismo una prolongación de la vida media del mismo, así como una tasa de aclaramiento, disminuída. Tal como sucede en muchas depresiones, la administración de dexametasona no siempre suprime el cortisol. Se piensa que el hipercorticismismo que presentan los pacientes se debe a un incremento de CRF por parte del hipotálamo y tal hecho justifica la baja respuesta al CRF exógeno, junto con la elevación del cortisol plasmático.

Con la recuperación del peso desaparece la alteración, aún cuando la respuesta del ACTH al CRF puede persistir alterada durante años incluso. En contrapartida, la secreción de andrógenos suprarrenales está disminuída. Los cambios endocrinos aludidos, con información paralela de lo que sucede en la bulimia, se resumen en el esquema 6.

FUNCION ENDOCRINA EN LA ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA

	ANOREXIA	BULIMIA
HIPOTALAMO-HIPOFISIS		
LH/FSH	BAJAS	NORMAL O BAJAS
RESPUESTA TEST GN-RH	BAJA	AUMENTADA
TSH	NORMAL	NORMAL
RESPUESTA TEST TRH	RETARDADA	RETARDADA
ACTH	NORMAL	NORMAL
RESPUESTA TEST CRF	BAJA	NORMAL O BAJA
PRL	NORMAL O BAJA	---
RESPUESTA TEST T	NORMAL O BAJA	---
GH;P, ESTÍMU	NORMAL O ALTA	NORMAL O ALTA
GH-BP/II	BAJOS	---/ BAJO
IGF-	BAJA ---	
IBP1/IGF-BP2	ELEVADAS	---
ADH	REGULACIÓN ANÓMALA	??
TIROIDES		
T4	BAJA	NORMAL
T3	BAJA	NORMAL O BAJA
RT3	ALTA	??
SUPRARRENALES		
CORTISOL/C.L.URINARIO	NORMAL O ALTO	NORMAL O ALTO
TEST DEXAMETASONA	ALTERADO	ALTERADO
DHA Y DHA-S	BAJAS	---
GONADAS		
ESTRADIOL/ESTRONA	BAJOS	NORMAL O BAJOS
PROGESTERONA	BAJA	NORMAL O BAJA
TESTOSTERONA	BAJA	---

MODIFICADA DE FOSTER, DW

SINTOMATOLOGÍA CARDIOVASCULAR:

Algunas de las manifestaciones cardiovasculares son prácticamente constantes. La existencia de bradicardia e hipotensión en particular es especialmente frecuente. Pueden encontrarse asimismo arritmias y gran variedad de cambios ECG que ilustran la disminución del volumen sanguíneo y del gasto cardíaco, proporcionales a la pérdida de peso. Los cambios ortostáticos, combinados con la hipotensión, son causa frecuente de mareos y ocasionalmente síncope.

Al igual que sucede en otros casos de desnutrición, se describe el adelgazamiento de la pared del ventrículo izquierdo, con disminución del tamaño de las cavidades cardíacas. Tales circunstancias deben tenerse en cuenta en la realimentación –junto a la hipofosfatemia-, porque si ésta es rápida, pueden aparecer complicaciones por la debilidad miocárdica que se pone de manifiesto al aumentar la demanda metabólica.

Algunos de los fallecimientos de pacientes anoréxicas se producen de forma súbita y podrían relacionarse con lesiones miocárdicas.

Los cambios ECG son reversibles y mejoran de forma rápida con la corrección de eventuales alteraciones hidroeléctricas y la vuelta a la alimentación normal. La prolongación del intervalo QT merece ser destacada como signo de alarma de posible arritmia cardíaca grave.

SINTOMATOLOGÍA RENAL Y ALTERACIONES HIDROELÉCTRICAS:

En la anorexia evolucionada existe un incremento de la creatina plasmática y de la urea, que reflejan el catabolismo proteico muscular. Todas las manifestaciones del sistema se deben circunscribir en el contexto de que en ocasiones existe una menor ingesta de líquidos, acompañada de conductas anómalas como vómitos repetidos y diarreas agudas inducidas.

En todo caso, las pacientes pueden presentar –hasta en un 70 por 100 de los casos- un descenso de la filtración glomerular y de la capacidad de concentración, con importantes anomalías hidroelectrolíticas. El perfil habitual es: **hiponatremia, hipocalcemia, hipocloremia, y alcalosis metabólica hipoclorémica**, así como, **hipomagnesemia**. Cada alteración asocia síntomas propios y complicaciones diferentes, y es habitual que, cuando se presenta la alteración de un electrolito, aparezcan asociadas de forma suplementaria las restantes.

Cabría comentar la existencia de debilidad muscular, arritmia cardíaca, o alteraciones de la función renal en la depleción potásica, que por otra parte no puede corregirse de forma rápida como ya hemos mencionado.

La **hipofosfatemia** leve es más habitual en las anoréxicas vomitadoras, porque cuando es considerable se presenta generalmente como una complicación sérica de la realimentación. El edema periférico es más frecuente asimismo en esta fase. Algunos autores lo ponen en relación con un estado de hiperaldosteronismo secundario, mientras que otros piensan en la posibilidad de una sensibilidad renal

auomentada a la aldosterona, de la que resulta la retención sódica aumentada.

En todo caso las alteraciones de la función renal son reversibles al 100 por 100.

SINTOMATOLOGÍA DERMATOLÓGICA Y ALTERACIONES METABÓLICAS:

En la anorexia nerviosa existe una alteración en la regulación de la temperatura con indudable participación hipotalámica. La intolerancia al calor suele ser más severa que la intolerancia al frío y ambas se correlacionan con la gravedad de la pérdida de peso. Probablemente, además de la disfunción hipotalámica, puede contribuir a la génesis de los trastornos la pérdida de los depósitos de grasa corporal, así como posibles alteraciones en la regulación vasomotora.

Existe por otra parte una **alteración en el metabolismo hidrocarbonado**, con intolerancia a la sobrecarga de glucosa. La coexistencia de intolerancia a los hidratos de carbono e hiperinsulinismo aparece en los estados de desnutrición y en sujetos normales con dieta de carbohidratos.

Los signos dermatológicos de la anorexia se podrían diferenciar entre los que provienen de la desnutrición, como la **escamosa**, el **lanugo**, y la **carotenodermia**, y aquellos otros que se relacionan con la aplasia de la médula ósea y la trombopenia resultante —existentes por otra parte, como en cualquier desnutrición—: **púrpura** y **equimosis**.

La incidencia del lanugo es variable y suele localizarse especialmente en las mejillas, cuello, espalda, antebrazos y muslos. La

coloración amarillenta producida por el acúmulo de carotenos es más fácil de apreciar en las palmas de las manos y las plantas de los pies, debido a la retención de carotenoides concentrados por las glándulas sebáceas; en la anoréxica, las escleróticas permanecen claras. Las uñas son quebradizas y es frecuente que exista caída de cabello de intensidad variable.

BULIMIA NERVIOSA

CLÍNICA Y COMPLICACIONES:

La frontera entre los mecanismos patogénicos de los dos trastornos básicos de las alteraciones del comportamiento alimentario es difícil de establecer. Un porcentaje alto de anoréxicas van a hacerse bulímicas en la evolución.

No obstante se podría destacar, en el caso de la **bulimia**, la importante influencia que en su transmisión ejerce la sociedad actual. Se trata de un auténtico contagio, con activos propagadores del adelgazamiento y sus métodos. Existe un porcentaje superior de obesidad familiar, y también mayor preocupación por el peso. Las mismas pacientes en más del 50 por 100 de las ocasiones han sido obesas en algún momento de la infancia o adolescencia, revelándose desde edades tempranas como especialmente tragonas. Hay que investigar también el antecedente más significativo familiar, de depresión y alcoholismo, así como que la agresión sexual –en el medio familiar o fuera del mismo- se incluye como antecedente en aproximadamente la mitad de las pacientes de algunas series.

Generalmente la paciente bulímica llega al especialista en su estadio más avanzado de su enfermedad. Su edad es superior; los

ardides para ocultar su padecimiento, más precisos, y puede mantenerse sin mostrar, en apariencia, problemática grave, por espacios prolongados de tiempo. Habitualmente se descubre el problema porque lo cuenta ella misma, inmersa en crisis de angustia desesperanzada, o de forma casual, porque es sorprendida por algún familiar o amigo. A partir de ahí aparece una secuencia de mentiras, ocultamientos, especialmente relacionados con los episodios de voracidad. El valor medio de calorías ingeridas en cada atracón puede oscilar entre las 3.500-11.000, llegando en algún caso la ingesta a 50.000 calorías/día. El tiempo medio que dura el episodio puede ser de una hora, aunque a veces las pacientes son capaces de comer durante 8 horas seguidas. Si es capaz de no caer en la ingesta del primer alimento, en ocasiones puede frenar la compulsión. En fase de enfermedad aguda se puede considerar que la comilona va a producirse no menos de 12 veces por semana, aún cuando existan pacientes que lo repitan muchas más veces.

Los alimentos utilizados son generalmente aquellos que cree que la engordan, y que pueden engullirse más fácilmente y con velocidad. Así galletas, patatas fritas, bollos, pan con manteca en leche, yogur, helado, donuts, queso fresco, etc..., van a ser principalmente los elegidos, aún cuando no es inhabitual incluir manzanas, zanahorias y otros vegetales, que pueden comerse por kilos. Algunos de los síntomas y signos externos se muestran en el esquema 7. En situaciones extremas hay síntomas y signos varios ligados a la hipopotasemia inducida por los vómitos mantenidos.

Es típica la existencia de **dolor abdominal** al finalizar el atracón, con **sueño posterior** y **aislamiento del medio**.

La paciente bulímica tiene sintomatología depresiva en 9 de cada 10 casos, y a sus sentimientos de ansiedad e inadecuación se asocia una

muy baja valoración personal, más en relación con la paciente anoréxica.

El episodio bulímico incrementa tal situación, y la ideación suicida que promueve es llevada a cabo en numerosas ocasiones. Tales hechos y otros aspectos de la conducta se reflejan en el esquema 8.

BULIMIA: SÍNTOMAS Y SIGNOS EXTERNOS

- Peso variable: normal, excesivo o bajo.
- Sensación de plenitud abdominal. Diarrea eventual.
- Posible hiperactividad mental y motora.
- Debilidad y fatiga. Náuseas.
- Edema generalizado pero de preferencia en extremidades inferiores.
- Alteraciones cutáneas similares a la anorexia. Cambios en manos relacionados con los vómito provocados: ulceraciones, hiperpigmentación, cicatrices.
- Aumento de tamaño de glándulas salivares, fundamentalmente la parótida: bilateral e indolora como opción más frecuente.
- Modificación de la coloración dentaria relacionada con el jugo gástrico de los vómitos. Erosiones dentarias y alteraciones de las encías.
- Hiporreflexia. Calambres musculares.

- Signos varios ligados a hipopotasemia: arritmias, hipotensión, pulso débil, distensión abdominal, ilea paralítico, dilatación gástrica.

Esquema No. 7

CAPÍTULO II.

EL CUERPO EN EL PSICOANÁLISIS :

INTRODUCCIÓN:

MEDICINA ANTIGUA :

Acerca de la índole que se trata, debemos realizar algunas consideraciones generales, para luego circunscribirnos al terreno específico del *cuerpo en el psicoanálisis*.

Desde el inicio, el término “psico-somático” intenta dar cuenta de la doble causalidad circular de la medicina antigua. Hipócrates (460-377 a. de C.) buscaba correlaciones entre lo “mental” y lo “físico”, también en la concepción médica de Aristóteles y Galeno (que primó hasta fines del XVIII) existía una íntima unión entre alma y cuerpo. Se pensaba que las perturbaciones del alma llamadas “pasiones” debían estar bien administradas para ser beneficiosas para la salud, de lo contrario podían causar enfermedades. Se consideraba que las pasiones intervenían como causas desencadenantes y que, junto con las causas predisponentes tales como la constitución de los individuos, producían dolencias. Las pasiones estaban ligadas al calor y al frío, se pensaba que la cólera, suponía alto grado de calor, mientras que la alegría, un calor moderado. El miedo y la tristeza eran consideradas “pasiones frías”.

Creían que las pasiones actuaban sobre el corazón haciendo que éste se dilate o se comprima. No se tenía en cuenta la relación con el alma se les concedía una *íntima relación con el cuerpo*, al punto que se situaban en él sus orígenes. Aristóteles pensaba que las bestias temerosas tenían el corazón grande y blando, mientras que las valerosas lo tenían pequeño y duro. Starobinski observa que en la medicina aristotélica-galénica se hace presente una concepción psicósomática caracterizada por una doble causalidad.

En el siglo XVIII se ofrecen ejemplos de esa duplicidad del modelo causal, donde puede aparecer a veces como causa lo somático, o lo anímico, según convenga a la lógica de la argumentación.

El papel que se concedía a las pasiones fue progresivamente reducido bajo la imposición de los parámetros de las ciencias. La vieja alma fue relegada al campo de la religión, sin por eso dejar de considerar lo propiamente anímico. El concepto de lo humano fuertemente arraigado en nuestra cultura, mantiene solidaridad entre cuerpo y espíritu. Por eso nuestra idea de lo que es una persona es semejante a la de la religión.

Mauss observa que "nuestra noción de persona humana es fundamentalmente una noción cristiana", haciendo notar además, que es "a partir de la noción de "uno" cuando se crea la noción de persona...en relación con las personas divinas, pero también al mismo tiempo, a propósito de la persona humana, sustancia y forma, cuerpo y alma, conciencia y acto". Es por esto que estas categorías son compatibles con la ingerencia de lo "anímico" en la aprehensión objetiva de las cosas. En el espíritu de las nuevas disciplinas y de sus criterios metodológicos estuvo siempre presente desde el comienzo, la preocupación por el error que introduce el "factor humano". Ello cumplió y cumple un papel en el trazado de los nuevos dominios de investigación. La psicología nació y se desarrolló en este contexto de pensamientos e inquietudes.

El crecimiento de las diferentes disciplinas científicas se hizo manteniendo al soma y a la psique en esferas separadas.

Aún así, la vieja unidad del alma con el cuerpo se reeditará en los nuevos tiempos en otros términos.

MEDICINA MODERNA:

Las viejas concepciones de la medicina sobreviven con el nombre de “medicina psicosomática”. Esta noción implica una actitud que es producto de interrogarse el médico. Esto se nota en el espíritu de los psicosomatistas como el brasileño *De Mello Filho* que dice: *“toda enfermedad humana es psicosomática, ya que incide en un ser siempre provisto de soma y psiquis, inseparables anatómica y funcionalmente”*. Este criterio rechaza la división entre mente y cuerpo, entre enfermedades somáticas y mentales, tampoco acepta la separación entre dolencias “somáticas”, “psíquicas” y “psicosomáticas”. Esta última división podría considerarse una nueva tentativa de dar un lugar a lo perdido en las separaciones inducidas por las ciencias. Aquello que las ciencias excluyeron de nuestra manera de pensar el organismo humano retorna de diversos modos en diferentes tiempos y contextos históricos, aunque los conceptos ya no sean los de Aristóteles ni los de Galeno. También esto ocurre en el campo del psicoanálisis, aunque traducidos y con nuevas características, rastros de las viejas ideas retornan : nuevas palabras a viejos problemas.

Starobinski observa que a comienzos del siglo XIX se produjeron cambios en el vocabulario, la vinculación entre alma y cuerpo fue sustituida por la relación entre lo “físico” y lo “moral”. Las antiguas pasiones comenzaron a ser relacionadas con la vida colectiva, al mismo tiempo la “salud pública” tomó un lugar importante en el discurso de los médicos, que pasaron a ocuparse de cuestiones dispares como la educación, las costumbres, la locura, el suicidio, la criminalidad, la fecundidad, la mortalidad, el casamiento y el celibato, la prostitución y la profilaxis venérea.

Así el campo de la medicina logró abarcar todo el *cuerpo social*. Se inició entonces la demarcación de las especialidades: el higienista, el médico legista, etc.. En el nuevo panorama las cuestiones del alma no podían quedar al margen.

Sus perturbaciones –las pasiones- pasan a ser consideradas temas de estudio de fisiólogos, reafirmandose la funciones idea de que son del cuerpo, así se pretende determinar las localizaciones anatómicas de las diferentes *funciones psíquicas*.

Un efecto del desarrollo de las ciencias sobre la práctica médica impulsa a la circunscripción, al orden de lo científicamente fundamentable, no escapa el médico a los requerimientos de aliviar, de poner límite a los trastornos y malestares del cuerpo.

La experiencia muestra que éstos son de una variedad y extensión tal que se resisten a ser abarcados por las ciencias. Allí asistimos dice Courel, a "*ficciones explicativas*" para suplir lo que en realidad no se conoce. Podemos comprobarlo fácilmente *cuando el cuerpo sufre es afectado por perturbaciones electrolíticas, aparecen fenómenos somáticos que parecen desordenar el campo de los conocimientos aceptados como los criterios y conceptos fundamentales que rigen la medicina*, se tiende a aclararlos apelando a ideas que no tienen en cuenta su verdadera naturaleza. *Surgen nuevos "conocimientos" para tapar los "desconocimientos"*.

Es por esto, que no podía quedar algo oculto, desconocido para ella y fuera de su dominio, de ahí estas "*ficciones explicativas que todo lo abarcan*" y las "*innumerables clasificaciones que son su consecuencia*" y tienen vigencia en nuestros días.

Después de la revolución de 1789, las instituciones, leyes, costumbres, creencias e ideas quedaron desquiciadas, por lo que fue

necesario restablecer un primado espiritual, aunque ya no, bajo la égida de la religión es por esto que se trató de convertir a la ciencia en un nuevo dogma. El anhelo de sostener un orden universal inmutable obsesionó a Comte.

Comte adjudicaba a la filosofía la tarea de clasificar a las ciencias exhaustivamente, demarcando sus diferentes competencias. La medicina no escapaba a este clima general. Frente a lo desconocido, una enfermedad propagada en la época de los médicos de una población, de Morzine, que aquejaba a mujeres, que presentaban síntomas como “molestias epigástricas y la apariencia de haber perdido la razón, siempre acompañados de reclamos, protestas y desafíos a la autoridad”, llevó a los médicos a definirla como “epidemia histero-demonopática”, es decir, se intentaba ajustar lo observable de los síntomas a las clasificaciones vigentes, más que preocuparse por determinar la etiología del mal. Una vez puesto el rótulo, la tarea del médico parecía haber legitimado su estatuto de ciencia.

EL CUERPO DE LAS CIENCIAS Y EL CUERPO DEL PSICOANÁLISIS:

ORGANISMO Y CUERPO: DIFERENCIAS

El organismo humano se presenta como un complejo sistema en que la inestabilidad y la falta de equilibrio son habituales. Algunos trastornos orgánicos son enfocados solamente como disfunciones respecto a un ideal de homeostasis, no se puede ir demasiado lejos. Las dificultades que enfrentamos al abordar esos trastornos del organismo llamados “psicosomáticos” parecen poner en crisis las categorías mismas con las que pensamos.

Frecuentemente nuestras propias disquisiciones quedan capturadas en incertidumbres que tal vez sean algo más que insuficiencias intelectuales, y reflejen la naturaleza propia de la realidad que tratamos. La exigencia de dilucidación clara de estos problemas encuentra tales dificultades para ser satisfecha que el progreso teórico parece estancarse.

En el panorama y estado actual de desarrollo de las ciencias y de la cultura, el psicoanálisis produjo conceptos que han enriquecido las reflexiones sobre realidades que representan fuertes desafíos a la inteligencia. Tal vez pueda hacerlo también en este campo particular.

El estudio de los hechos de acontecimientos como los de Morzine revela, que las perturbaciones se extendían en correlación a las tentativas médicas por darles fin. Cuando *lo ofrecido pasa por alto las particularidades de aquello que los sufrientes piden, dicen o reclaman*, tal es lo que ocurre.

En el caso de la histeria, como el psicoanálisis descubrió, el cuerpo se convierte en el portavoz mudo de significaciones particulares que no encuentran eco por la vía de la palabra, escapando de esta manera al dominio de la razón. A través de malestares y trastornos corporales, la histérica suele contradecir de la manera más evidente al médico convencido de que el saber científico está indefectiblemente destinado a superar todas las fronteras en el alivio de los padecimientos humanos.

El cuerpo, según se percibe, es permeable a influjos que no son estrictamente físicos o químicos. Lo hemos comprobado al verlo conmovido por demonios y calmado por exorcismos, lo afectan realidades de ficción, por último; meras palabras.

EL CUERPO Y SU INSCRIPCIÓN EN LA ESTRUCTURA SIMBÓLICA :

El dolor y el malestar son imperativos, no conceden al hombre la posibilidad de escapar a la exigencia de atenderlos. Por eso el reclamo de alivio que el paciente dirige al médico no puede cesar, aún cuando éste no disponga, entre todo aquello que le ofrece el desarrollo actual de las ciencias, de los instrumentos para procurarlo. Hemos indicado que sobre el médico pesa la exigencia de responder, ya sea con la ciencia o con otra cosa, mitigando el padecimiento. La radicalidad del requerimiento que le dirige el sufriente hace imposible su abstención en este punto.

La expectativa de que el médico actúe llega al punto de reconocimiento que se vería seriamente afectado si rehusara hacerlo. La asunción de la función médica en una sociedad supone su reconocimiento en el discurso colectivo. Las vías y requisitos varían de acuerdo a las épocas y a las culturas, aunque siempre el sello dado por la creencia de su investidura es condición "sine qua non" de su ejercicio. La garantía de su competencia es atribuída por un acto de fe que no se sostiene de otra cosa que de palabras. El crédito del médico no se apoya de manera decisiva en la posibilidad de curar: "El más antiguo principio de la medicina dice que "rara vez curar, a menudo aliviar el sufrimiento y siempre consolar", recuerda David Spiegel, profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Stanford.

En este siglo hemos tergiversado esa tarea, muchos médicos creen que la labor consiste en curar en lugar de cuidar. Esta observación se inscribe en un alegato en pro del interés "humano" por los pacientes, además de comprobar que esto disminuye significativamente gastos en internación, cirugía y otros, propios de la

EL CUERPO Y SU INSCRIPCIÓN EN LA ESTRUCTURA SIMBÓLICA :

El dolor y el malestar son imperativos, no conceden al hombre la posibilidad de escapar a la exigencia de atenderlos. Por eso el reclamo de alivio que el paciente dirige al médico no puede cesar, aún cuando éste no disponga, entre todo aquello que le ofrece el desarrollo actual de las ciencias, de los instrumentos para procurarlo. Hemos indicado que sobre el médico pesa la exigencia de responder, ya sea con la ciencia o con otra cosa, mitigando el padecimiento. La radicalidad del requerimiento que le dirige el sufriente hace imposible su abstención en este punto.

La expectativa de que el médico actúe llega al punto de reconocimiento que se vería seriamente afectado si rehusara hacerlo. La asunción de la función médica en una sociedad supone su reconocimiento en el discurso colectivo. Las vías y requisitos varían de acuerdo a las épocas y a las culturas, aunque siempre el sello dado por la creencia de su investidura es condición "sine qua non" de su ejercicio. La garantía de su competencia es atribuída por un acto de fe que no se sostiene de otra cosa que de palabras. El crédito del médico no se apoya de manera decisiva en la posibilidad de curar: "El más antiguo principio de la medicina dice que "rara vez curar, a menudo aliviar el sufrimiento y siempre consolar", recuerda David Spiegel, profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Stanford.

En este siglo hemos tergiversado esa tarea, muchos médicos creen que la labor consiste en curar en lugar de cuidar. Esta observación se inscribe en un alegato en pro del interés "humano" por los pacientes, además de comprobar que esto disminuye significativamente gastos en internación, cirugía y otros, propios de la

medicina tecnológica. Spiegel hace notar que “la cura es la excepción y no la regla. Lo que esos pacientes necesitan es un cuidado de la salud”.

Lo que allí se reclama no es específicamente atendible en la perspectiva de la ciencia y de la tecnología, como perciben los médicos cuando pretenden responder con eficacia a las situaciones reales de los pacientes.

La exigencia colectiva de eficacia condiciona la estructura misma de la relación entre el paciente y el médico. Esto se aplica tanto al médico moderno como a hechiceros y shamanes.

Lévi-Strauss comprobó que la eficacia de las prácticas mágicas implican la en ellas. Tres aspectos según él convergen: La creencia del hechicero en que sus técnicas son eficaces, la creencia del enfermo en el poder de aquél y en tercer lugar, la participación de la colectividad en tales creencias.

El pensamiento mágico ofrece a los malestares que acompañan a una enfermedad, cuando éstos son difusos o de formulación deficiente, un sistema de referencias que los organiza y compagina el pensamiento corriente. “La cura consistiría, en volver pensable una situación dada al comienzo en términos afectivos, y hacer aceptables que el para el espíritu los dolores cuerpo rehúsa tolerar”. Carece de importancia que la mitología del shamán no corresponda a una realidad objetiva: la enferma cree en esa realidad, y es miembro de una sociedad que también cree en ella.

Un aspecto de ello es la presencia de un déficit de comprensión o de significaciones capaces de integrar lo anormal que acontece en el cuerpo dentro del sistema de creencias e ideas en que está arraigado el sujeto. En esta perspectiva, lo insoportable de una enfermedad no tiene sola y estricta relación con la gravedad de las alteraciones del

funcionamiento orgánico. La enfermedad en el ser humano reclama “sentido” demostró Lévi-Strauss, antes aún que el equilibrio de la salud orgánica.

En la medida que la enfermedad conlleva insuficiencia de sentido, es posible que el alivio comience a manifestarse a partir de que se “administran”...meras palabras. Si las palabras pueden operar como panaceas es precisamente porque tienen el poder de generar pensamientos que, en términos de Lévi-Strauss, sirven para restituir la integridad del universo significativo del sujeto afectado por la dolencia.

No se trata allí de lidiar con el funcionamiento orgánico-biológico de modo específico y diferenciado de otros sino, por el contrario, de darle una dimensión mítica, netamente ficcional.

La tesis general del antropólogo propone que los procesos orgánicos están sujetos a ordenamientos y transformaciones cuyas estructuras son concebidas en términos simbólicos. Por eso se considera a la cura shamanística como una manipulación de ideas que conlleva una suerte de gobierno sobre la fisiología de los órganos. Evidentemente, es la captura –representacional- del organismo humano en el campo del símbolo lo que posibilita la eficacia de los cantos del shamán.

En los discursos de los psicoanalistas que se ocupan de las dolencias llamadas psicósomáticas es frecuente encontrar el establecimiento de conexiones directas entre las afecciones orgánicas y “pensamientos inconscientes”. Así se configuran dentro del mismo psicoanálisis, discursos donde podría decirse, los órganos hablan, o bien, “son hablados”. Un ejemplo de esta manera de articular lo somático en el terreno de lo psíquico lo ofrece Angel Garma, al afirmar que “en el inconsciente psíquico, descrito por Freud, se encontró el eslabón intermedio entre el alma y el cuerpo”.

Es difícil no intentar comparaciones, dice Courel entre este modo de concebir el campo psicoanalítico y el que encontramos en el pensamiento shamánico. En ambos, las teorías parecen operar como propias de una anatomía mítica o una fisiología del lenguaje.

Habrá que esclarecer los puntos donde las posiciones e intervenciones de los analistas se parecen o difieren de las shamanísticas. Señalemos *que la medicina moderna conduce en dirección inversa a las recién referidas*. Respondiendo al espíritu del discurso científico, *tiende a vaciar al organismo de todo valor místico o simbólico*. La tecnología médica desconoce el papel simbólico que los órganos tienen para el sujeto, y actúa sobre un “cuerpo sin alma”. Agreguemos que el sujeto, por su parte, no es capaz de representar espontáneamente su organismo del modo en que lo hacen las llamadas ciencias naturales. Sin embargo, aunque nada sepa de anatomía “objetiva” de los órganos ni de su funcionamiento, *el sujeto no espera las conclusiones de las investigaciones anatómico-fisiológicas para pensar su cuerpo; siempre imagina tanto su exterior como su interior, aunque sus ideas disten de ser correctas*.

Aún cuando las informaciones del sujeto sobre su organismo sean objetivamente adecuadas, no se reconoce a sí mismo formando plena parte del cuerpo; en cierto modo, el organismo biológico le es esencialmente extraño. Por eso, en relación con sus trastornos orgánicos, el sujeto suele reaccionar con tolerancias e intolerancias en algunos aspectos similares a las que le provocan las realidades “ambientales” que lo rodean.

El psicoanalista añade que la percepción que el sujeto tiene de su cuerpo se asienta fundamentalmente sobre sus fantasmas inconscientes. Debido a estos puntos de partida, es difícil para el enfermo estar desde el comienzo en la mejor posición para evaluar idóneamente las

intervenciones médicas sobre su propio organismo. Aunque éstas sean técnicamente erradas, es posible que el paciente se considere bien atendido y, a menudo, temporalmente aliviadas.

NO HAY CORRESPONDENCIA ENTRE MALESTAR SUBJETIVO Y ENFERMEDAD:

ANOREXIA MENTAL.

Uno de los componentes del éxito de los tratamientos basados en la “eficacia simbólica” parece ser, la disposición favorable de los enfermos a la curación, en general tanto los shamanes antiguos como los modernos, cuentan con esa disposición.

No es el caso, sin embargo de la *anorexia mental*, ya que la salud orgánica no constituye aquí, una “preferencia” del sujeto, tal como se observa en la clínica diaria.

No puede decirse que en la *anorexia mental*, el malestar subjetivo sea coincidente con la cesación del funcionamiento orgánico nutricio. Por el contrario, es la adecuada ingesta de alimentos, lo que produce el malestar, presentándose para el sujeto como intolerable.

El “hambre de nada” del anoréxico permite pensar a un sujeto que, además de no identificarse con tendencia alguna al buen mantenimiento de su existencia biológica, se opone a ella.

Lacan, ya en 1938, en una intervención sobre el instinto de muerte, señala que “en el dominio biológico, el hombre se distingue en tanto es un ser que se suicida”. Es decir, que el malestar subjetivo puede a veces provenir de la salud misma.

Sigmund Freud había observado en su práctica la desaparición de sufrimientos neuróticos como consecuencia de la manifestación de una grave enfermedad orgánica. Escribía: “un padecimiento queda entonces sustituido por otro y vemos que de lo que se trataba era tan sólo de poder conservar cierta medida de dolor”.

El psicoanálisis freudiano estudió estos fenómenos con el rótulo de “ventajas de la enfermedad”, que señala un aspecto clave de la perspectiva con la que el analista se aproxima a la enfermedad orgánica.

No fue preciso que Freud notara en los neuróticos la sustitución de dolores anímicos por dolores físicos para que se interpretara que éstos provenían de aquellos. En un estudio sobre el arte de sacar las muelas, David Kunzle observa que “antiguamente, el dolor de muelas era considerado el merecido castigo de un pecado de lujuria, y hoy día, la clínica médica nos advierte que la caries es consecuencia de nuestra desenfrenada afición a lo dulce”.

La vinculación entre la sexualidad, la culpa y el dolor físico ofrece en los dolores de dientes ilustraciones paradigmáticas. Siempre se vinculó la posesión de dientes y muelas al poder, y su falta, a su pérdida. Desde que Adán mordió la manzana el dolor de muelas es el castigo por excelencia. En correspondencia, fue clásico en la historia que se considerara a una dentadura sin problemas signo de pureza o inocencia. “Dios recompensó a Moisés dejándole vivir ciento veinte años con la dentadura intacta”, recuerda Kunzle.

La verdadera novedad que introdujo Freud fue descubrir, el compromiso del propio sujeto en el malestar, esto es, según señalamos, *su propia complicidad con el dolor*.

En el ámbito del psicoanálisis nos mantenemos alertas ante los riesgos del “furor curandi”, poco recomendable entre los analistas. El

propósito de sanar enfermedades si bien no tiene por qué estar excluido de las inclinaciones del psicoanalista, no es plenamente coincidente con el de escuchar al sujeto, más cercano a la disciplina freudiana. El interés por lo “psicosomático” es en verdad más próximo al espíritu del médico, preocupado por no dejar nada de lado, a la hora de vérselas con las complejas etiologías que afectan a sus pacientes. No en vano, de “medicina psicosomática”, no de “psicoanálisis psicosomático”, dice Courcl.

En efecto, es propio del médico, preguntar por las enfermedades y sus etiologías, no por el sujeto.

En forma correlativa, puede pensarse en términos de “patología” en el campo médico no en el psicoanalítico. Esto es así, dado que no hay —propiamente hablando— patologías ni enfermedades del sujeto. Tal es la conclusión que se deriva del concepto lacaniano de sujeto. En sentido psicoanalítico, conforme a las enseñanzas de Lacan, no es correcto decir que el sujeto padece enfermedades.

De acuerdo a los descubrimientos del psicoanálisis será coherente considerar *“al sujeto mismo como una posible enfermedad, como una fuente ocasional o habitual de trastornos y perturbaciones del equilibrio biológico. Lacan comparte con Hegel la idea de que el espíritu es la enfermedad del animal. Este sujeto, que no aparece contrayendo enfermedades sino provocándolas, constituye en verdad la cuestión de la que se ocupa el psicoanálisis.*

En la experiencia analítica la entidad de *este sujeto no sólo es escurridiza sino que, tal como evidencia el neurótico, su consistencia misma está en cuestión. El neurótico, preguntándose por su propio ser, enseña un sujeto que carece de suficiente consistencia y que busca obtenerla. En este sentido, el neurótico sólo trata de ser alguien. Para el analista, por lo tanto, nunca se trata de que “contrae” o no alguna*

enfermedad, en todo caso se trata de si adquiere o no, peso propio, de si “contrae” o no alguna “consistencia”. En esta tesitura *el sujeto suele lamentarse de una esencial falta de densidad, peso o consistencia propia, por eso puede suceder que el padecimiento de ciertas dolencias le ofrezca la posibilidad de “ser alguien” o en su defecto, simplemente, “ser algo”.*

La clínica psicoanalítica ha registrado una multitud de casos donde el sujeto encuentra un lugar en el mundo a partir de una enfermedad.

Las enfermedades en tanto tales, son materia propia de la medicina y cuentan para el psicoanálisis sólo en la medida que se han convertido en un lugar u ocasión de que el sujeto encuentre en ellas, algún “ser” o “consistencia”. Afirmamos que una enfermedad no puede ser encarada en el psicoanálisis salvo por lo que representa en las dimensiones de la subjetividad.

EL GOCE:

En la expresión “relación epistemo-somática” que Lacan utiliza en la Conferencia “Psicoanálisis y Medicina” en 1966, dice: “la dimensión del goce está excluída completamente de esta expresión, junto con esta dimensión del goce, *es todo el campo del deseo lo que la ciencia en su fundación excluye*, y agrega: “...la ciencia no es incapaz de saber que puede; pero ella al igual que el sujeto que engendra, no puede saber qué quiere”.

Para referirse al vínculo de la *ciencia con el cuerpo*, atendiendo a la dualidad cartesiana “pensamiento-cuerpo”, esta dualidad abre una brecha donde el psicoanálisis, vendrá a recoger lo que la ciencia

excluye, no sólo el cuerpo extenso y tangible para los sentidos, es el que es separado del sujeto, sino *el cuerpo "hecho para gozar de sí mismo"*, -dice Lacan- el que ha sido perdido por el sujeto de la ciencia. Esta pérdida, o falta, que Lacan refiere con el término "privación" está en la raíz de la insistencia con que el sujeto buscará suturar la brecha que lo separa de su cuerpo.

Siguiendo esta idea, dice, que la ciencia deja fuera todo lo atinente a la "dimensión verdadera", porque la verdad es del sujeto, y el sujeto es lo que queda fuera de aquella expresión primera. Es decir, que *el cuerpo está hecho para gozar, o bien para gozarse o ser gozado.*

El cuerpo es para ser gozado, en tanto es penetrado, hablado por el significante. El significante no podrá tener otra presencia en el cuerpo que como goce determinado.

La noción de cuerpo se perfila en los tres registros de la experiencia analítica:

Imaginario: porque cumple una función imaginaria de unificación o totalización, que se describe en el estadio del espejo,

Simbólico: cuando dice, "el cuerpo...constituye en primer lugar todo lo que puede llevar la marca de una serie de significantes", en su texto "Radiofonía", hace referencia a la estructura del significante como "cuerpo del significante",

Real: si tenemos en cuenta la afirmación de que el cuerpo está hecho para gozar.

Resultan correlativos a estos registros los conceptos de cuerpo como imagen unificada, como lugar del significante y como lugar de goce.

En el Psicoanálisis Lacaniano, el cuerpo es el lugar donde el sujeto puede reconocerse imaginariamente como unitario, donde es

capaz de situar valores significantes en los que puede representarse y donde sostiene sus goces.¹

Para especificar más la noción de cuerpo, habría que distinguir *cuerpo* de *organismo*.

El cuerpo no es el organismo que estudian las ciencias, aunque es el que cuenta para el ser hablante. Las ciencias excluyen en la consideración del soma lo que atañe al sujeto y al goce, elementos que en la conceptualización de Lacan integran el fantasma, cuya fórmula se escribe: $S/ \langle \rangle a$.

Lacan entiende la dimensión del cuerpo como propiamente fantasmática, de modo que el Psicoanálisis permite observar que el organismo, tal como es estudiado por las ciencias biológicas, está despoblado de las “irrealidades” de lo fantasmático.

Según ideas de Lacan en el Seminario XI,² se entiende por *organismo*: *a un conjunto de órganos relacionados entre sí, que podríamos imaginar acoplados en cadenas y redes*. Destaca en este texto que el organismo mantiene una relación conflictiva con los órganos.

Discute los presupuestos de Henry Ey del órgano-dinamismo en su texto de 1946, “Acerca de la causalidad psíquica” porque Ey sostenía que la enfermedad no puede entenderse sino como una unidad del organismo hacia un todo con la psique. Sin embargo, el Psicoanálisis muestra un sujeto –*el neurótico*– cuestionado en su propio ser, no en la “integración del ser” que postula Ey. La palabra “psicosomático” a la vez que supone una división entre mente y cuerpo, estableciendo una relación entre los términos “psíquico” y

¹ Courel, “La Cuestión Psicosomática”, Ed. Manantial, pag.96

² Lacan J., *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, Ed. Paidós

“somático” que recubre la separación. La separación de sustancia extensa y sustancia pensante (Descartes) acompaña un “vaciamiento” del cuerpo de significaciones, de mitos y de goces. Conlleva para el sujeto una *pérdida*. La desidentificación del Sujeto respecto del cuerpo afecta la consistencia imaginaria que en él encuentra.¹

Es decir, la palabra “psicosomático” suple esa pérdida, pone de manifiesto un fantasma, en el vacío dejado por la ciencia en el cuerpo (no en el organismo), que es un vacío de goce.

Las categorías psicoanalíticas cumplen la función de indicar los modos en que el Sujeto del Inconsciente está involucrado en los padecimientos o desórdenes de los que se trata. Desde el punto de vista del sujeto, una clasificación como la del DSM IV aspira a ser exhaustivo y deja afuera todo aquello que se aproxime a la realidad subjetiva, como lo descubrió el psicoanálisis.

Acá la palabra “psíquico” no dice nada del Sujeto dividido del Inconsciente, sino que las terminologías “psicosomatistas” se emplean *para dar consistencia subjetiva donde falta.*

La noción del sujeto del cógito cartesiano, es para Lacan el presupuesto del Sujeto del Inconsciente. Tal sujeto es impensable sin operaciones del lenguaje, esto es, sin combinaciones significantes. Sobre la consistencia cartesiana del “yo soy” en el “yo pienso”, el error, dice Lacan fue hacer de la certeza, un saber y no hacer del “yo pienso” *un simple punto de desvanecimiento*. “El sujeto es lo que representa un significante para otro significante” formuló Lacan y en el Seminario XI piensa la causación del sujeto, a partir de dos operaciones la

¹ Courel, Psicoanálisis en el campo del goce. Ed. Paidós, pag. 92

“alineación” y la “separación” para esclarecer acerca de la incidencia del significante sobre el soma.

El significante produce escisiones o cortes sobre el cuerpo, estas escisiones o cortes son una realidad de los humanos, se trataría de dilucidar cómo interviene el significante y la subjetividad en lo psicosomático.

El sujeto es un producto del encuentro del lenguaje con el cuerpo, es inabordable su particularidad, sin entender su relación a un objeto que, si bien se recorta desde el campo significante, es ajeno a él.

El encuentro del lenguaje con el cuerpo produce dos efectos: el Sujeto del Inconsciente (sujeto del deseo) y el objeto “a”, (objeto del deseo), que integran la fórmula lacaniana del fantasma hacia la cual conduce la experiencia psicoanalítica.

El psicoanálisis enseñó que la función fálica se constituye como significante del goce perdido. Así, el pene, antes que operar como órgano de reproducción, cumple un papel identificadorio sometido a las condiciones del lenguaje. El ser hablante está ocupado de su propia existencia. La condición subjetiva de hombre o mujer no hace a la supervivencia de la especie sino a la propia del ser humano en el terreno del sentido. Por eso Lacan afirma que *para el ser hablante “No hay relación sexual” supliendo el falo esta falta.*

DIMENSIÓN IMAGINARIA, SIMBÓLICA Y LO REAL :

Lacan hace dos referencias a Freud en relación a la dimensión imaginaria, que conciernen al yo: una que piensa al yo como cuerpo propio y otra, al yo como lugar de las identificaciones.

Para establecer la dimensión imaginaria, se apoya la primera referencia, la del cuerpo propio.

El personaje principal en la escena imaginaria no es la imagen, ni tampoco el yo.

En la dimensión imaginaria el personaje principal es la libido. La imagen debe concebirse tan solo como un medio para que la libido circule. Es decir, en lo imaginario no se trata del espejo. En lo imaginario las imágenes se reflejan y se refractan en el cuerpo, o sea lo más opaco que tenemos. No son necesarios ni el espejo ni los ojos, basta con sentirse “visto”.

Lo imaginario se juega en la dimensión de las imágenes que no son las “vistas” o “reflejadas”. Y la relación entre una y otra, entre el yo y la imagen, se sustenta en la libido. La libido surge como el producto de la discordancia radical que existe entre el cuerpo fragmentado del niño y la imagen unificadora. Es por la distancia que existe entre un cuerpo disperso y una imagen global que aparece la libido.

En los Escritos Lacan define a la libido como energía, un ejemplo tomado de la física lo grafica, “para que haya energía potencial es necesario que se pueda transformar en electricidad una distancia, una diferencia, una discordancia entre dos planos: el plano donde está el agua y el plano donde está el suelo”. El agua caerá de modo regulado y así se produce lo que en física se llama la “energía potencial”.¹

Se trata en lo que estudiamos de la misma cuestión: la diferencia se produce entre dos planos. El yo como cuerpo fragmentado y la imagen como elemento unificador.

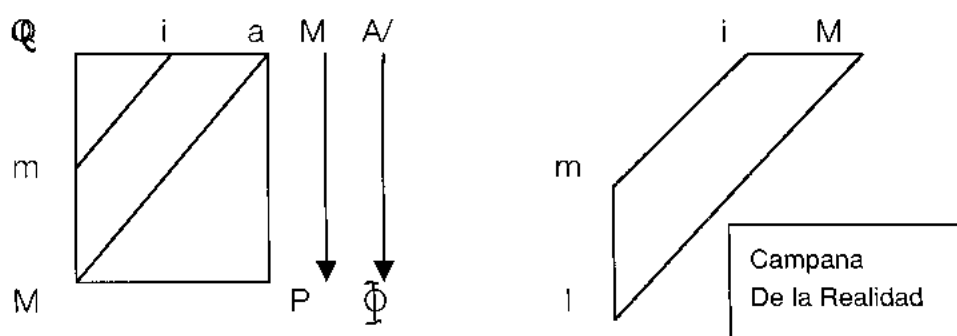
¹ Nasio, J, “Los Gritos del Cuerpo”, Ed. Paidós, 1997, pag. 26

La caída de la libido surge en tanto se establezca esa distancia, esa separación.

En el caso del estadio del espejo, la libido toma “el júbilo del niño ante el espejo”.

En tanto existe esta separación la libido tiene un impulso constante, como aquella energía potencial de la física.

Tenemos la primera determinación imaginaria que se juega entre tres términos “ternario imaginario”: el yo, la imagen y la libido. Pero esa libido es también un órgano, al que llamaremos “órgano fálico”.¹



En este cuadro “m” es el yo(moi), “i” la imagen unificadora y Q la libido.

Cuando hablamos de libido fálica, se trata del estadio del espejo, decir que el júbilo del niño es sexual es una interpretación retroactiva de ese fenómeno, de la incidencia retroactiva del falo. El significante fálico se ha de entender como teniendo una incidencia retroactiva sobre todas las manifestaciones libidinales del sujeto, a partir de los primeros momentos de su vida.

¹ Idcm, pag.27

Ese júbilo para el psicoanálisis es una manifestación libidinal fálica.

En lo simbólico, la realidad está constituida por significantes organizados en redes y el pensamiento es una armadura significante. Pero esta red significante que define la realidad –en el nivel de la realidad efectiva-, comporta también tres personajes, de los cuales uno es el principal.

La madre se define ella misma por tres posiciones: como el primer Otro, con su sola presencia o ausencia permite al niño integrar lo simbólico, basta con que ella esté o no esté para que sea el primer objeto, el objeto primordial simbólico.

La madre es también el primer pequeño otro, o sea, el primer semejante. Es por esto que en el esquema la letra “a” está por debajo de la letra “M”. Pero fundamentalmente se tratará de una madre deseante, para el psicoanálisis, la madre es en primer lugar una madre que desea, es decir, que no mira hacia el niño. Mira hacia otro lado, hacia el significante de su deseo. Esto significa que su deseo está marcado por el falo.

Lo que importa es “su mirar”, no que mire algo. Su mirar, su deseo, se dirigen hacia otro lugar y este deseo es significado por el falo.

Es por ello que en la gráfica hay una recta desde M a P y a lo que agregamos Φ .

La madre es el primer objeto simbólico, el primer objeto como semejante y el primer otro deseante, lo que significa que es Otro que mira hacia el significante fálico.

A partir de la madre como Otro, el trazo va a ser marcado: se puede entender de dos maneras: como el trazo que permitirá al sujeto

identificarse de forma simbólica y no imaginaria, o sea que permitirá la identificación con el Ideal del yo. El Otro está marcado por un trazo con el cual me identifico, podríamos decir.

La otra manera, es considerar que el Ideal del yo es el trazo que se mantiene regular a pesar de la repetición incesante de lo diferente en la vida de un sujeto.

Podemos tomar el decir de Freud: que en todos los objetos de amor,idos y perdidos en la vida de un ser, se encuentra algo en común que se desplaza, y que es siempre lo mismo; hay un trazo común y propio en todos los objetos.

Es ese trazo con el que el sujeto termina por identificarse y también existe algo que procede del yo(moi), que viene a su vez, a regular sus identificaciones imaginarias.

Así está constituido el ternario simbólico, por M en sus tres posiciones referidas. Con el trazo de referencia de una identificación simbólica para el sujeto que es I, y tendremos también "P", significante del nombre del Padre, tercer personaje y el más importante en este ternario. Su función es mantener vivo el deseo de la madre. \tilde{Q} , separar a la madre del hijo o dar la posibilidad de que el deseo de la madre sea significado, en tanto es él que lo va a nombrar. Por lo tanto el del Nombre del Padre está fuera de lo simbólico pero asegura su consistencia.

Está fuera del conjunto de la red significante y a la vez la vuelve consistente.

La realidad está hecha de significantes que se repiten, de identificaciones simbólicas y de significantes que determinan el lugar que ocupamos.

Pero la realidad es más que eso, es insatisfacción. Es preciso que el montaje de la realidad encuentre un borde, un límite, bajo la forma del objeto que se le escapa.

La realidad se mantiene no sólo por la presencia del Nombre del Padre, no solo porque la libido está excluida, también se sostiene porque hay una pérdida. Es preciso perder para que haya realidad. No hay realidad si no hay residuo, si no hay resto.

En el límite de la realidad esta tiene forma de nudo, no como agujero, sino como las dos cosas nudo y agujero, en anatomía a esta mezcla se le llama "ombligo".

La realidad se define por el ombligo de lo Real.

Este ombligo viene en determinados casos a clausurar y poner límite a la realidad.

Es en cierto modo local y hasta referencial.

Cuando, como en los "fenómenos psicósomáticos", el ombligo se apodera de toda la realidad, sería como si la clausura de la realidad y la pérdida no se refiriesen a algo local, relativo a un orificio propio y natural del cuerpo, sino que toda la realidad fuese umbilical, como si un ombligo la englobara.

Freud habla de una imagen similar, refiriéndose a un hongo que llega a englobar la base de lo que sustenta. El ombligo referido es de este tipo y configura una "realidad superficie", "umbilical", es decir, marcada por la pérdida de un objeto.

El síntoma resulta lógicamente de que un elemento remite a otro, un síntoma es siempre desde ese punto de vista, la producción de un nuevo significante. Siempre a pesar del hecho de repetirse es una metáfora, algo nuevo.

En el caso del objeto es necesario pensarlo como perdido pero también como punto de insatisfacción.

CAPÍTULO III

ANTECEDENTES HISTÓRICOS:

ANTECEDENTES HISTORICOS:

A comienzos del siglo XIII, se incluye en el dogma de la Iglesia la creencia en el Diablo y en las brujas, muchas mujeres que aspiraban a ser veneradas como santas, también se rebelaron contra el ascetismo moderado, típico de la vida de convento y encontraron salidas individuales y por lo tanto, transgresivas en el camino a la santidad.

Las leyendas que se construyeron sobre sus vidas incluyen su capacidad de comer nada durante largos períodos de tiempo. Algunas fueron veneradas como santas, no todas llegaron a ser canonizadas.

En su gran mayoría eran mujeres que se oponían a las convenciones de su tiempo y corrían innumerables aventuras alejándose de sus familias y amigos, a veces vestidas de hombres, antes de encontrar refugio en la vida de convento.

Algunos nombres poco conocidos de estas heroínas legendarias son: Bona, Viridiana, Gerardesca, Sperandea de la Italia medieval. En Alemania y los Países Bajos tenemos a Beatriz de Nazareth, Hadewich, Hildegarde, Lutgarde de Aywieres.

El ascetismo alimenticio programado parece tener más antecedentes históricos en la antigua Grecia que en el occidente judeo-cristiano. Los historiadores dedicados al tema reconocen que los fundamentos para la mortificación del cuerpo en todas sus formas se remonta al dualismo de los pitagóricos y probablemente sus ideas incidieron en el ascetismo cristiano.

Sin embargo, el clero no aprobaba estas prácticas del ayuno extremo que realizaban las santas, mostrando cierta desconfianza ¿por qué?. Porque esos ayunos extremos de las santas “anoréxicas” constituían una transgresión, por atribuir a esa voluntad un carácter

divino o del demonio, pero especialmente porque pretendían conocer por sí mismas la voluntad de Dios –o el poder del Diablo- sin intervención de la Iglesia. De esta manera se constituían en seres de excepción.

Es en esta pretensión transgresora donde para el clero residía su carácter diabólico, se sumaba la impotencia de la Iglesia para controlar esta situación, que se expandía a otras jóvenes, que comiendo poco o nada, según cada una, buscaban alcanzar la santidad.

La notoriedad de *Santa Clara de Asís, Catalina de Siena, Teresa de Avila* se propagó no sólo en su época sino también en los siglos siguientes, tanto que el comer nada se constituyó en una vía privilegiada de acceso a la santidad.

El ayuno extremo de las santas anoréxicas está consignado en algunos relatos o leyendas en la temprana Edad Media y en algunos casos, como en el de Santa Catalina probado en la recopilación de sus notas y los escritos de sus confesores y guías espirituales. Su *rasgo, su sello inconfundible*, era la búsqueda de autonomía y la rebeldía a acatar tanto las opiniones terrenales como las de la propia Iglesia en materia de alimentación. Como también profundos estados de éxtasis erótico que alcanzaban por sus visiones en las que se alimentaban con la carne y el cuerpo de Cristo. El prototipo de sus prolongados ayunos voluntarios es la tentación de Jesús en el desierto, donde no recibió alimento alguno por cuarenta días y noches.

En la anorexia sagrada no se trataba de una penitencia para evitar tentaciones o para limpiar el cuerpo de impurezas, sino para defender la fé. Eran mujeres que se resistían a alimentarse, al punto de desobedecer la orden de comer que le impartían las autoridades religiosas, argumentando una imposibilidad unido a la pasión de recibir el cuerpo de Cristo en su seno.

A diferencia de los ayunos regulados y aceptados por el cristianismo, con límites claros, la “santa anorexia” no tiene límites ni se detiene ante nada ni ante nadie, expresando un *goce al que no está dispuesta a renunciar*, por esto le temían tanto.

El cristianismo, basándose en el dualismo alma-cuerpo, encontró argumentos para justificar la glotonería, diciendo considerar un pecado el ayuno, porque el cuerpo se debilita y pierde el vigor necesario para el ejercicio de la piedad. Comer “bien” y “mucho” no solo fortalece el cuerpo sino también el espíritu. Las diferentes posiciones dualistas terminaron por sostener un criterio de moderación, en el que ambos extremos, tanto el *excesivo ayuno* como la *voracidad desmedida* eran igualmente condenables. En el siglo IV San Gregorio de Niza encontró suficiente apoyo en las Epístolas de San Pablo para sostener que los buenos cristianos necesitan “comida espiritual para la salud de sus almas” y “comida material para fortalecer sus cuerpos”.

El auto-control es necesario para evitar el sufrimiento del cuerpo y mejor funcionamiento del alma, decían. La moderación y las dietas reguladas se impusieron en los conventos para defender a los penitentes de molestas indigestiones y excesivas privaciones. Aparentemente el sistema funcionó bien durante siglos.

Fueron las santas las que vinieron a romper el equilibrio de esos regímenes alimentarios.

Los pitagóricos, Eurípides y Sófocles afirmaban la existencia del conflicto entre cuerpo y alma sugiriendo fuertes lazos entre el hambre y el apetito sexual.

Platón, consideraba que el alma, de origen divino, se encuentra prisionera del cuerpo y sus necesidades, y solo liberándose del mundo

de los sentidos puede el alma alcanzar plenamente su potencial espiritual.

La historia nos lleva al encuentro con las santas, mujeres como *Santa Catalina*, *Santa Clara de Asís*, *Teresa de Avila*, de las que comentaremos algo acerca de sus vidas.

SANTAS "ANORÉXICAS": SUS VIDAS

Santa Catalina decía en una de sus notas : "*usted me escribió aconsejándome que le pida a Dios que me haga comer y yo contesto Padre mío y se lo digo en nombre de Dios, que de todos los modos posibles yo me obligo a ingerir algún alimento una o dos veces por día; y le ruego a Dios que me otorgue la gracia en el tema de la comida, para que yo pueda vivir como sus otras criaturas, si ésta es su voluntad, porque la mía está allí. Muchas veces cuando hice lo que pude me miro a mí misma para entender mi enfermedad y la bondad de Dios que por una gracia muy especial me permitió corregir el vicio de la glotonería...*"

Catalina transgredía constantemente a sus guías espirituales y confesores que le ordenaban que comiera. Cuando obedecía, vomitaba, terminó rechazando todo alimento, logrando persuadir a sus guías de que su posición era correcta.

Raymond de Capua quien fue designado como su confesor por la Iglesia, y la trató durante cuatro años hasta su muerte, escribía "Catalina no sólo no necesitaba comida, sino que su estómago no podía absorber ningún alimento, y si lo hacía sufría mucho y tenía que vomitar".

Catalina consideraba su facultad para vivir sin comer no como un milagro, sino como una enfermedad que padecía por designio de Dios

o por obra del Diablo. Solo que creía que era ella y no la Iglesia, la única que en última instancia podía saber de quién se trataba.

Un día Raymond le preguntó si cuando no recibía la hostia sentía hambre y ella le contestó: “*Cuando no recibo el sacramento me consuelo mirándolo o viendo a los curas que lo tocan. De esta manera me olvido del hambre*”.

Pero había quienes pensaban que su abstinencia era una impostura y que en realidad se alimentaba a escondidas. Debido a sus detractores, finalmente Catalina empezó a comer una vez al día en presencia de testigos.

Este nuevo hábito fue descrito así por su confesor: “cualquier alimento debía ser expulsado por su estómago y Catalina se veía obligada a vomitar lo que había comido. Para poder hacer esto se introducía tallos de hinojo y otras plantas en la garganta, con lo cual se producía un gran dolor y se provocaba vómitos”.

Este nuevo estilo de alimentación que mantuvo hasta su muerte fue más escandaloso y digno de descrédito que su anterior comer nada. Raymond de Capua convencido del daño que le provocaba, intentó una vez más disuadirla: era preferible que continuara como antes, *comiendo nada*. Y una vez más Catalina se opuso diciendo que los vómitos eran el castigo adecuado a sus pecados, y que prefería recibir ese castigo en este mundo y no en el otro. El confesor, vencido una vez más, recomendará a los lectores de su biografía tomar esta respuesta como signo de un *don divino*, y como “*un modelo de conducta a imitar*”.¹

¹ Fendrik, S. “Santa Anorexia : Viaje al País del Nuncacomer”, Ed. Corregidor, pag.83

Dice Fendrik, la *vita* de Catalina no solo constituyó la base más importante para su posterior canonización, sino que fue una continua fuente de inspiración para quienes predicaban la fe católica. Y a nosotros nos permite afirmar que la inanición extrema, sospechosa de la intervención de los poderes maléficos, era una obsesiva preocupación de la santa madre Iglesia. Pero dicha obsesión –este es el punto-, se borrará misteriosamente en los libros de la Inquisición, que no dicen palabra sobre los últimos hábitos alimenticios de las brujas. Claro está que no debemos olvidar, que a diferencia de las santas, cuyas “vitas” estaban cuidadosamente registradas –porque aún bajo sospecha eran ejemplares- en el caso de las brujas no sabemos lo que ellas decían sino lo que confesaban de acuerdo a los deseos de los Inquisidores.¹

Cuenta la *vita* de Catalina que sus ayunos comenzaron a los 16 años, aunque al principio pasaron desapercibidos en una época en que estaba de moda entre las jóvenes el combate contra el pecado de la gula. Después perdió totalmente el apetito y no podía tragar ni siquiera un trozo de pan, este hecho coincidió con una de sus tempranas curas milagrosas, *en la que bebió el pus del seno canceroso de una anciana* a la que asistía y sintió enormes *deseos de vomitar*. Catalina tuvo una visión en la que Jesús la invitaba a beber la sangre que manaba de sus heridas, este “consuelo” divino le permitió no volver a sentir la sensación de hambre y su estómago se cerró definitivamente.

SANTA CLARA DE ASÍS:

Santa Clara también fue una santa anoréxica que ejerció una gran atracción en las mujeres de su época –siglo XIII-. Huyó de su

¹ Idem. pag.81

casa para encontrarse con su amado Francisco de Asís, refugiándose en un convento benedictino. Su ejemplo fue seguido por su hermana Agnés, de solo 15 años.

Clara caminaba descalza, dormía en el suelo, hablaba a menos que fuera necesario, y comía nada durante varios días de la semana y tan poco los restantes, que con frecuencia estaba gravemente enferma. El mismo San Francisco, del que se conocen prolongados ayunos y su extremo ascetismo, le exigía a Clara que comiese, aunque más no fuese un trozo de pan diario. Esta situación se conoció rápidamente y por lo menos diecisiete santas intentaron seguir su ejemplo y llegar a esos extremos, tanto en el severo ayuno como como en otras formas de exigente austeridad.

Su vida está signada por numerosos acontecimientos milagrosos y los documentos que probarían la exactitud histórica de los hechos, poco fidedignos, sin embargo, la creencia de que podía vivir sin comer es sustancial en su leyenda y el fervor que provocó entre sus seguidoras. Por eso, más allá de la exactitud histórica de tal o cual hecho, la atención está puesta en la influencia que Clara y otras santas ejercieron durante siglos.

Cuando las santas pertenecían a órdenes dominicas se llevaban cuidadosos registros de sus conductas, mientras que en los conventos franciscanos, las jóvenes vírgenes parecían curarse de esas luchas cuerpo a cuerpo con el diablo, más fácilmente y aceptar la comidad frugal del convento. No fue este el caso de Santa Clara de Asís.

Sin embargo, estas mujeres jugaron un papel importante en las "curas" de sus hermanas, Santa Clara le escribe así : "Puesto que no tenemos un cuerpo de bronce, tampoco es nuestra la fuerza del granito -más bien somos frágiles y propensas a casi todas las enfermedades- Te ruego y suplico en nombre de Dios, querida mía, que moderes con

buen juicio y discreción la casi siempre exagerada e imposible austeridad en la que sé que estás embarcada, de modo que tu “sacrificio” esté sazonado con la sal de la prudencia”, a una de sus protegidas.

Estos preceptos no los aplicaba para sí misma. Además de su abstinencia –sexual y alimenticia- pasó gran parte de su vida no sólo practicando la caridad y asistiendo a los necesitados, sino también sumergida en visiones y éxtasis sublimes. La unión erótica con el cuerpo –y la sangre- de Jesús excluían para ella , al igual que para las otras santas, todo alimento terrestre. *El alimento como símbolo se encarna, se corporiza en el éxtasis místico. El símbolo se torna alimento real y los cuerpos de las santas, como lo testimonian sus escritos, desean estar disponibles para gozar plenamente de él.* Dichos escritos abundan en metáforas alimenticias para expresar la unión con Cristo y con Dios como alimento celestial. A causa de esta pasión absoluta, muchas de ellas pasaban por locas y tratadas como tales por sus familias. Solo el convento les proporcionaba el marco adecuado para las citas con Dios. Allí podían experimentar sensaciones de júbilo y voluptuosidad, al mismo tiempo que se flagelaban para identificarse con las heridas de Jesús en la cruz.

HADEWIJCH

Fue una gran mística flamenca del siglo XIII, autora de las descripciones más sensuales de la unión con Cristo. Unión que se llevaba para ella mediante los sufrimientos más extremos, en donde los símbolos alimenticios cobraban una fuerza impresionante. “Tener hambre”, “devorar” evocan sin ambigüedad la fusión de los cuerpos. Comer a Cristo significaba a la vez, besar, estar embarazada, etc.. amar es devorar y dejarse devorar, masticar, asimilar de tal modo el cuerpo

del Otro que el propio cuerpo se transforma en alimento de ese Otro cuerpo.

Hadewijch sostendrá que el alma se expone a graves peligros si intenta escapar de la pasión amorosa, y como está advertida de que es insaciable, debe esforzarse por soportarla y sostenerla tenazmente. Quiere decir, entonces que el hambre es un modo de expresar la insaciabilidad del deseo amoroso. *¿“No sois vos Dios, a la vez el alimento y el hambre?”. Quien no haya comido no sabrá jamás que es sentir hambre de vos. ¿No sois acaso nuestro alimento para que sepamos qué es el hambre?*¹

LA TRAGEDIA GRIEGA : ANTÍGONA

Los griegos que reaparecen, se agigantan y nos hablan, no representan en su grandeza sino una de las interpretaciones de sí mismo que ha inventado el hombre. Advertimos en esta interpretación el carácter mortal de las invenciones humanas. Esta versión nos toca de cerca, con ella se han tejido los sucesivos mundos que componen la aventura de Occidente.

La tragedia de Sófocles, *Antígona*, despliega y exhibe hasta qué punto el genio estético conjuga la fortuna individual con los avatares de la cultura a la que pertenecemos.

De la palabra y el espectáculo viven los griegos contemporáneos de Sófocles y la forma de este vivir es la tragedia. Cuando Antígona desafía a Creonte el conflicto trasciende cualquier limitación. Es el destino, la determinación lo que se juega en esta obra.

La protagonista, Antígona, en la lectura y en la representación escénica se convierte en una figura de la talla de Hamlet, la tragedia está en función de ella. La muchacha condenada a morir virgen, el carácter inflexible del representante de la ley, Creonte. Digna hija del indómito Edipo, vemos transcurrir al fin, en el amor de Hemón y Antígona un esbozo del amor imposible.

Sin embargo que algún personaje resalte, no nos hace olvidar, que en la escena y en la vida algo se manifiesta, del entramado propio del universo simbólico que nos precede.

El tema de la obra se resume en que Creonte, en nombre de las leyes escritas prohíbe las honras fúnebres para Polinices, el caído que no vaciló en aliarse al extranjero y asediar a su pueblo natal, para defender sus derechos. Polinices, hijo de Edipo.

Antígona, apoyada en los lazos de la sangre desafía estas leyes y elige su muerte segura. Cumple con lo que ella cree su deber. Antígona, cuestiona la autoridad de los hombres, por deshonar a los dioses. Proclama su seguridad en la justicia que avala su desobediencia.

“No fue Zeus quien me dictó esas leyes, ni Dike que reside entre los dioses subterráneos quien ha trazado tales leyes para los hombres. No pensaba que tú, un mortal, fueras tan fuerte como para infringir los no escritos e inmutables decretos de los dioses. No son de ahora ni de ayer, sino viven desde siempre y nadie sabe cuándo aparecieron. No iba yo, temerosa de la decisión de un hombre, a incurrir en el castigo de quienes violan las leyes divinas. Se que he de morir, cómo ignorarlo?. No lo proclamaste, acaso?. Si muero antes de tiempo, digo que es para mí una ganancia. Quien vive como yo, entre tantos males, como no me

¹ Idem. Pag. 92

será el morir una ganancia?. La suerte que me toca no es para mí dolor alguno. En cambio, me hubiera dolido la deshonra de que el hijo de mi madre quedara muerto e insepulto. Lo demás no me aflige. Si te parece haber procedido como una loca, acaso sea un loco quién me inculpa de locura”.

Ambos, Creonte y Antígona ponen en sus misiones una vehemencia ciega, olvidan sus límites humanos y precipitan la catástrofe. Muere *Antígona*, muere Hemón insultando a su padre, Creonte aniquilado pide la muerte como un alivio a sus desdichas, “*es demasiado pedir*”.

“Elevándote hasta el límite de la audacia contra el supremo trono de la justicia, chocaste cruelmente, hija. Sin duda pagas alguna culpa paterna”.

Antígona: “Has tocado mis más acerbas penas, el lamento incesante por mi padre, por el destino todo de los famosos Labdácidas. Ay! funestas nupcias maternas, ay abrazos de mi madre desdichada con su hijo y mi padre, de los cuales yo, desgraciada, he nacido. Maldita, sin marido, me encamino a compartir su morada. Ay, hermano, malas bodas hiciste, ya muerto, en vida me aniquilas”.

Vive el hombre entre dos incertidumbres , deberá cumplir inexorablemente con la deuda “heredada” por sus antecesores o habrá para él alguna posibilidad de realizar su “destino” venciendo las ataduras?

Así como *Antígona*, ¿qué vida viven las santas anoréxicas, su propia vida, *cómo*?

Sófocles parece mantenerse en el plano de la eficacia religiosa, confiere a Antígona una cierta deliberación arcaica, Sófocles anima el cuadro de la ciudad siempre en peligro externo e interno de

disgregación, ciudad que es el marco de la inserción del hombre cada día.¹

Son los ritos de boda que no cumplirá *Antígona* prematura y fatalmente consagrada a la muerte. La fusión entre la muerte y el matrimonio proporciona a Sófocles un pasaje de impresionante vibración. El morir doncella equivalía a la frustración del destino de la mujer. Era, en cierto modo, negarse a cumplir con el orden asignado del mundo; y *Antígona* lo subraya con patética violencia.

Antígona, vive en una prisión sepulcral, es decir, vive en la tumba, ni está con los vivos no con los muertos. El sepulcro que menciona el texto es una de las llamadas tumbas de falsa cúpula, entre las que se monta el micénico tesoro de Atreo.

Hasta el fin nadie es dichoso, es uno de los tópicos del sentir y de la literatura antiguos y alude a la mutabilidad inexorable que preside la vida de los hombres. Es uno de los temas capitales de la tragedia, al que Sófocles se refiere constantemente a lo largo de su obra.

Empieza la obra con la presencia de Antígona y su hermana Ismena. Antígona dirigiéndose a su hermana : "Ismena, querida hermana y compañera, conoces tú entre los infortunios que nos ha legado Edipo, alguno que Zeus no nos envíe durante el curso de nuestra vida?"

Y Creonte, al finalizar la obra, dice: "Ay de mí, nunca a otro mortal atribuiré mi culpa. Yo y sólo yo lo maté, yo, mísero, digo la verdad. Esclavos, llevadme enseguida de aquí, llevadme lejos que estoy aniquilado". Le responde El coro: "Util es lo que pides si algo útil hay

¹ Traducción directa del griego por Ruiz Díaz, A. : Sófocles, "*Antígona*", Ed.Palemor, página 5

en los males. De los males presentes, mejores los más breves”. Creonte: “Venga, venga, aparezca la más bella y última de mis muertes trayéndome el día supremo. Venga, venga, que no vea yo otro día. El coro: “Esto corresponde al futuro. Hay que ocuparse del presente. De lo demás se ocuparán quienes corresponda. Creonte: “Lo que deseo está en mi súplica”. El coro: “No pidas nada ahora. No es de los mortales cambiar los acontecimientos”. Creonte: “Alejad al varón violento que sin quererlo, oh, hijo, te mató, y también a ella y también a ella. No sé adónde mirar, adónde inclinarme. Todo lo mío se ha derrumbado, un destino insoportable se ha lanzado sobre mi cabeza”. El coro: “Ser prudente es lo primero y más importante para la dicha. Nunca ser impío con los dioses”.

CAPÍTULO IV

ANOREXIA DESDE FREUD:

LA ANOREXIA DESDE FREUD :

Freud, tempranamente mostró su interés en relación a la *anorexia mental*.

En su obra "*Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos*" hace referencia al tema, desde sus primeros trabajos con Charcot y Breuer, -en la bisagra del método catártico-hipnótico hacia el psicoanálisis- como en el caso de *Emmy von N.*

En estos estudios realiza un exhaustivo análisis de los síntomas que presentan sus pacientes. Dice Freud: un médico se encuentra con una serie de manifestaciones muy graves y tomando como prototipo el primer caso de los escritos de la histeria, el caso de *Ana O.*, nos cuenta que ella tuvo parálisis, alucinaciones, delirios, pérdida de la capacidad de hablar, *anorexia* y también una dificultad para leer. Se pregunta ¿qué hace entonces el médico?. "Revisa el encéfalo, el corazón, los riñones y decide que ninguno de esos u otros órganos están lesionados o afectados de algún modo, entonces no es grave; *es histeria*. Lo que implicaba decir en aquél entonces, *simulación*".¹

En el siglo pasado la anorexia se destacaba como entidad. Los médicos cuando hablan de entidad usan la palabra "aislar". Alguien puede padecer una variedad de síntomas -entre ellos la anorexia- y en un determinado momento, cuando este padecer o conjunto de síntomas que se presentan simultáneamente llaman la atención, se configura una nueva "entidad", es decir se los extrae, agrupa, aísla.

¹ Freud, Sigmund: T I, EA, Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos, Años 1886-1889.

En este sentido podríamos decir que Freud inventó la *neurosis obsesiva*, de la compleja manifestación de síntomas que tenían algunos pacientes neuropáticos, destacó algunos y configuró un cuadro psicopatológico, tal como había separado la neurosis de angustia de la neurastenia.

La anorexia también se aisló y quedó como un cuadro aislado : la "*anorexia mental*".

En Freud esta cuestión emerge, por un lado desde la clínica y por otro desde la teoría.

Si indagamos cómo surge lo oral –o *la oralidad*- en Freud, desde los primeros textos hasta 1905, en primer lugar lo oral tiene que ver con *el discurso*, las equivocaciones en el decir, las formas de hablar: la oralidad emerge en los recuerdos encubridores, en los sueños, en el texto de los sueños con indicaciones clínicas. Una indicación clínica preciosa con respecto a la oralidad, es que si hay algún texto que emerge en un sueño puede tener dos derivaciones que hay que investigar por la importancia clínica que entrañan: a) puede ser una repetición exacta –o levemente modificada, de algo que se ha escuchado habitualmente en la víspera; pero b) otras muchas veces, una frase, un texto puede ser el texto de una compulsión o de una idea obsesiva. Es una observación corriente desde la clínica que los neuróticos obsesivos tienen dificultad para precisar cuál es la idea que los atormenta. Su discurso es vago, se pierde en generalizaciones y su decir barroco. Lo que no se puede decir en vigilia lo expresan *oralmente*, en el sueño a través de un texto hablado. Estas son descripciones clínicas y todo en Freud emerge desde la clínica.

Lo *oral* dentro del contexto psicoanalítico penetra en 1905 en *Los Tres Ensayos de una Teoría Sexual*, como una de las vertientes de la sexualidad. Es importante destacarlo, porque cuando se realiza la

articulación entre *anorexia y oralidad*, en la mayoría de los escritos y en las líneas modernas de argumentación, las perspectivas aparecen totalmente desexualizadas.

Freud en sus escritos no duda en considerar *la anorexia dentro de las manifestaciones de la histeria*.

En el caso de *Emmy von N.*, a quien trata con el método hipnótico, hace una descripción exhaustiva de esas conductas. Y dice textualmente, en una ocasión que va a visitarla :

*“La visité un día mientras almorzaba y la sorprendí tirando algo envuelto en papel al jardín, donde lo recogían los hijos del portero. Ante mi pregunta confesó que era su pastel, que cotidianamente solía seguir el mismo camino. Esto me llevó a considerar el resto de los otros platos, y hallé que de ellos sobraba más de lo que podía haber comido. Interpelada por su poco comer, respondió que no estaba acostumbrada a comer más, y aún le haría daño. Sostuvo tener la misma naturaleza que su difunto padre quien igualmente había sido de poco comer. Indagué que bebía y respondió que sólo toleraba líquidos densos como leche, café, chocolate, siempre que bebía agua surgente o mineral, se estropeaba el estómago. Todo eso llevaba el inequívoco sello de una elección nerviosa. Le tomé un análisis de orina y se le halló en exceso concentrada y sobrecargada de uratos. Por eso juzgué adecuado indicarle que bebiera más y también me propuse hacerle aumentar la ingesta de alimentos. Si bien no presentaba una delgadez llamativa, me pareció que alguna sobrealimentación era deseable”.*¹

¹ Freud, Estudios sobre la histeria, AE, Tomo II, pags. 108-10

En el caso de la señora *Emmy von N.*, la frondosa sintomatología que presenta no deja dudas acerca de la naturaleza histérica de la enfermedad contraída o, al menos de la enferma.

En "*Comunicación preliminar*" consideramos los *síntomas histéricos* como unos afectos y unos restos de excitaciones de influencia traumática sobre el sistema nervioso. Tales restos no quedan pendientes cuando la excitación fue drenada por abreacción o un trabajo del pensar. Aquí uno ya no puede negarse a tomar en cuenta unas cantidades —no mensurables— al concebir el proceso como si una suma de excitación llegada al sistema nervioso se traspusiera en un síntoma permanente en la medida en que no se empleó en la acción hacia fuera proporcionalmente a su monto.

En la histeria estamos acostumbrados a descubrir que una parte considerable de la "suma de excitación" del trauma se trasmude en un *síntoma puramente corporal*. Este es el rasgo de la histeria que durante tanto tiempo estorbó concebirla como una *afección psíquica*.

Si elegimos el término "*conversión*" para la trasposición de la excitación psíquica en un síntoma corporal permanente, que constituye la característica de la histeria, 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. Por esto se observa que este caso se asemeja a otros de neurosis no histéricas. Existen ejemplos de histeria en que la conversión recae sobre el aumento total del estímulo, y entonces sus síntomas corporales se introducen en una conciencia al parecer normal. Pero no 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.¹

Freud fue descubriendo que los enfermos bajo hipnosis ocultaban fragmentos a veces esenciales de su confesión. Así ocurrió con la señora *Emmy von N.* Relata la batalla que debía librar para que los restos de vivencias que dieron esos estados que la señora llamaba “revoltijo en la cabeza”, cedieran. Después de algunas semanas logró que se superaran esas reminiscencias y un día, dice Freud, sucedió algo que quiero referir porque ese episodio arroja luz sobre el carácter de la enferma. Ahí Freud refiere el *episodio anoréxico*, antes mencionado.

Cuando en la siguiente visita, dice Freud, le prescribí un agua alcalina y le prohibí que hiciera correr al postre su suerte habitual, su agitación no fue poca y *Emmy von N.* le 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*”.²

En el artículo el “*Método psicoanalítico de Freud*” de 1903 y publicado en 1904, llama la atención lo que allí manifiesta: “...la naturaleza del método psicoanalítico crea indicaciones y contraindicaciones, tanto por las personas a las cuales ha de aplicarse el tratamiento, como al cuadro patológico. Los cuadros más favorables para su aplicación son las psiconeurosis crónicas, con síntomas poco violentos y peligrosos: todas las formas de neurosis obsesivas, ideas o actos obsesivos, aquellas histerias en las que desempeñan un papel fundamental las fobias y las abulias, y por último, todas las formas

¹ Freud, Estudios sobre la histeria, AE., Tomo II, pags.100-1

² Idem, pag. 110

somáticas de la histeria, en tanto no impongan al médico –como en la *anorexia*- la necesidad de hacer desaparecer rápidamente el síntoma”.¹

Es decir, para Freud *la anorexia es una formación histérica, pero a este síntoma hay que hacerlo rápidamente desaparecer.*

La descripción de las configuraciones organizacionales de la sexualidad en Freud parecen subrayar una cierta linealidad cronológica –la etapa oral, la etapa anal y la etapa genital- sin embargo hay un texto donde el mismo Freud dice “*se trata de organizaciones que no admiten esta linealidad*”. La llamada organización oral, tiene también otro nombre “*canibalística*”.

Esto que dice Freud y puede servir como directriz para captar su pensamiento.

La actividad sexual no está separada de la absorción de alimentos, son indistinguibles o están mezcladas, o algo de lo que llamamos absorción de alimentos de la que derivará luego –separadamente- lo que llamamos la actividad alimenticia y actividad sexual.

O al revés, la patología nos mostrará esta situación en algunas inhibiciones –por ejemplo-, *inhibiciones alimentarias*. Para dar cuenta de esto hay un caso ejemplar que describe Freud, en un apartado donde habla de la génesis de los mecanismos psíquicos de la histeria.

Son trabajos tempranos comenta: para que en un hombre sano, originariamente no neuropático, se constituya un síntoma histérico genuino con su aparente independencia respecto de la psique, su existencia somática autónoma, casi siempre requiere la concurrencia de múltiples causas. Quizá el siguiente caso sirva para ejemplificar la complejidad de este proceso: *Un muchacho de doce años, que había*

¹ Freud, T VII, AE, pag.241

sufrido antes de pavor nocturno y era hijo de un padre muy nervioso, cierto día llegó mal de la escuela. Se quejaba de dificultades en la deglución -apenas podía tragar- y dolores de cabeza. Primero toda la familia supuso que la causa era una angina, pero los días pasaban sin que su estado mejorase. El joven no quería comer, vomitaba cuando se lo constreñía a alimentarse, se arrastraba con aire lánguido y fatigado, quería estar a toda hora en cama y se desmedró mucho su estado físico. Cuando lo vi después de cinco semanas me impresionaba como un niño tímido, retraído y yo adquirí el convencimiento de que su estado tenía un fundamento psíquico. Esforzado mediante preguntas esbozó una causa trivial: una severa reprimenda de su padre. Evidentemente no era la causa real de la contracción de su enfermedad. Más tarde cuando su perspicaz y enérgica madre lo regañó, empezó a contar en medio de un torrente de lágrimas: en aquella oportunidad regresaba de la escuela a casa y entró en un baño público. Un hombre le ofreció el pene con el reclamo de que lo tomara en la boca, salió corriendo despavorido y nada más le ocurrió, pero desde ese mismo instante había enfermado. A partir del momento de la confesión, su estado dejó sitio a la salud plena. Para producir el fenómeno de la anorexia, la dificultad para deglutir, el vómito, hicieron aquí falta 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".¹

En el caso de *Emmy Von N.* la anorexia está ligada a lo que llama "las abulias".

¹ Freud, Estudios sobre la histeria, T II, AE, pag. 102

En el recorrido que va realizando la anorexia en la obra de Freud, las abulias están ligadas a la conceptualización de las parálisis psíquicas histéricas.

Freud, en el Clark University, cuando comienza hablando de cómo se originó el psicoanálisis, es en relación al famoso caso de *Ana O.* y, en aquél momento, su idea era que los *histéricos sufrían de reminiscencias*: el incidente que desencadenó ese suceso lleno de afectos, sigue estando allí y estos afectos –y para Freud los afectos tienen que ver con reminiscencias, con huellas mnémicas,– están allí y actúan a lo largo del tiempo.

En sus descripciones utiliza una metáfora muy interesante: “...nuestros enfermos de histeria padecen de reminiscencias, sus síntomas son restos y símbolos mnémicos de ciertas vivencias traumáticas”.¹

Tal vez, una comparación con otros símbolos mnémicos de campos diversos nos lleve a entender más profundamente este simbolismo. También los monumentos, con los que adornamos nuestras grandes ciudades, son unos tales *símbolos mnémicos*. Los monumentos son pues, *símbolos mnémicos* como lo son los *símbolos histéricos*: los *símbolos histéricos* son monumentos.

Los histéricos y los neuróticos no es sólo que recuerdan las dolorosas vivencias de un lejano pasado, todavía permanecen adheridos a ellas, no se libran del pasado, y por él, descuidan la realidad efectiva y presente.

Desde la perspectiva freudiana, trauma es recuerdo. Toda producción según su pensamiento se cumple en dos tiempos: primero acontece el hecho en sí mismo y, con posterioridad se vuelve a significar ese suceso. Hay una resignificación producida por el

¹ Freud, Estudios sobre la histeria, Tomo II, pags. 302

incremento actual que ese germen tiene, y se constituye desde ese segundo momento, la situación traumática. No es el acontecimiento en sí, sino lo que el acontecimiento llega a significar en una época posterior.

Persiguiendo aquellos puntos en la obra de Freud donde el tema de *la anorexia* puede estar vinculado –ya sea directa o indirectamente-, tendremos que estudiar por ejemplo, *a) el significado de la comida, b) el modelo de la identificación y la comida, c) el modelo de la relación intersubjetiva sustentado en la pulsión oral*, donde conjuntamente conviven el amor al objeto con la destrucción de él- si el otro sujeto es una comida nos lo metemos dentro, lo destrozamos totalmente con nuestros dientes para que se vuelva uno mismo – *d) el banquete totémico, etc..*

Uno de los lugares más importantes en su obra para rastrear este asunto es, “*El hombre de los lobos*” que tiene que ver con lo que dice Heráclito: “a menos que esperes lo inesperado, nunca lo hallarás, pues es difícil de descubrir”.¹

En un momento dado después de haber desarrollado todo el caso del hombre de los lobos, Freud hace una síntesis y dice:

“...esbozaré un panorama sintético del desarrollo sexual de mi paciente. Puedo empezar por los indicios más tempranos. Lo primero que averiguamos sobre él, *es la perturbación del placer “ganas de comer”*. No cabe ninguna duda, *esta perturbación, esta fase anoréxica que pasó el pequeño hombre de los lobos de niño, es algo del orden de lo sexual*. De acuerdo con otras experiencias y con toda precaución, concebiré como un resultado de un proceso sobrevenido en el ámbito

¹ Benjamín, Adolfo “Psicoanálisis del hambre”, clase 3

sexual. Me he visto precisado a considerar como *la primera organización sexual reconocible, la llamada canibalística u oral. La pulsión oral está dentro de la primera organización sexual reconocible, en que aún domina la escena originaria o apuntalamiento de la excitación sexual con la pulsión de nutrición.*

No se encuentran exteriorizaciones directas de esta fase pero hay indicios de ella, cuando sobreviven las perturbaciones. *“No es que sea la primera, sino que es la más oculta”.*

En la correspondencia de Freud con Lou Andreas Salomé —cuando Freud estaba elaborando el tema del narcisismo— Lou Andreas Salomé le envía una carta, a la cual Freud le responde que ha leído sus críticas atentamente, pero que no debe olvidarse, que la elaboración de estas conceptualizaciones son metapsicológicas y agrega algo que se puede considerar la definición de la metapsicología, es decir, *prescindiendo de los datos de la conciencia.* El narcisismo al cual usted se refiere no tiene nada que ver con el narcisismo genuino del cual yo estoy hablando, que se descubre en la labor analítica.

Freud está diciendo que del narcisismo del cual está hablando *es algo que no está a la vista: se descubre en el análisis.* Dice: *“en esta organización, la meta sexual de esta fase sólo podría ser el canibalismo, la devoración.* En nuestro paciente —por regresión de un estadio más alto— sale a la luz en *la angustia de ser devorado por el lobo”.* Si hacemos entrar a la anorexia dentro de las constelaciones psíquicas, para Freud no se trata, ni más ni menos, que de la expresión de *una perturbación en la historia sexual del sujeto.* Tanto sea por sí mismo, como de lo que Freud llama regresión: *expresar en un dialecto cosas ocurridas en otro lugar. Debemos traducir así esa angustia, la de ser devorado por el lobo: angustia de ser poseído sexualmente por el padre.*

He sabido, dice, que *en niñas que se hallan en la pubertad, o poco después, esta se presenta como una neurosis que expresa desautorización de lo sexual mediante una anorexia. Es lícito vincularla con esta fase oral de la vida sexual.*

En el ápice del paroxismo enamorado, “te amo tanto que te comería”, y en el trato tierno con niños pequeños en que el propio adulto se comporta de una manera infantil, vuelve a aflorar la meta de amor de la organización sexual”.¹

El caso del hombre de los lobos desde la perspectiva de la anorexia, se lee distinto.

Si desplegamos distintos materiales freudianos en relación al tema de la anorexia es muy importante, empezar con el caso de *Ana O.*, porque es el caso inaugural, porque hay en ella una anorexia y también hay una dificultad de beber –hidrofobia–, la relación que tiene el mecanismo “psi” con los fenómenos histéricos, donde está el caso de *ese chico de doce años y el de Emmy von N.*

Para entender la posición de Freud con respecto a esto hay que remitirse a “*El Método psicoanalítico de Freud*” –conferencia que dictó en la sociedad de Viena–, “*El caso del hombre de los lobos*”, en el capítulo 9- “*Síntesis y problema*”, el manuscrito “G” y “*Los Tres Ensayos*”.

En las conferencias de introducción al psicoanálisis –en la lección 16: “*Psicoanálisis y psiquiatría*”, hace hincapié en la fase sádico-anal, y dice algo muy interesante para comprender las dificultades de la clínica: “...más allá de la fase sádico-anal de desarrollo de la libido, advertimos un desarrollo de organización más primitivo en el que desempeña el papel principal la zona erógena bucal. Podemos comprobar que la característica

¹ Freud, Las Neuropsicosis de defensa, T III, AE.

de este estadio, es aquella actividad sexual que se manifiesta en el chupeteo, y admiramos la profundidad y el espíritu de observación de los antiguos egipcios, cuyo arte representa a los niños con un dedeo en la boca”.

En *“Psicología de las masas y análisis del yo”*, en el capítulo de la identificación escribe: “...el niño advierte que el padre le cierra el camino hacia la madre, y su identificación con él adquiere, por este hecho, un matiz hostil, terminando por fundirse en el deseo de sustituirle también, cerca de la madre. La identificación es también, desde un principio, ambivalente. Se comporta esta identificación ambivalente, como una ramificación de la primera fase: *la fase oral de la organización de la libido, durante la cual el sujeto se incorporaba al objeto ansiado y estimado comiéndoselo y, al hacerlo así, lo destruía. Sabido es que el caníbal ha permanecido en esta fase: ama a sus enemigos, gusta de ellos o los estima para comérselos, y no se come, sino a aquellos a quienes ama desde este punto de vista.*

Si nos remitimos a la cultura azteca, estaban las guerras floridas destinadas a conseguir las víctimas para ofrecerlas al Dios azteca, pero no elegían a cualquiera, sino a tribus con las que se peleaban y se amigaban cíclicamente. También se observa en : *“Tótem y Tabú”*, en los rituales de expiación, cada vez que un salvaje primitivo mata a otro: se le pide perdón, y muchas veces hay restricciones alimentarias como castigo y purificación. En el caso de los caníbales se los comen. Es probable que una de las costumbres más primitivas sea comerse al muerto, con lo cual, los rituales mortuorios tienen que ver con una comida totémica.

Puede ocurrir que haya un banquete totémico en relación al muerto, como una inhibición de esto: *las famosas anorexias pasajeras frente a los duelos.*

Toda esta intrincación entre comida, cultura y alimentos es muy importante.

No hay ninguna cultura ni religión que no tenga restricciones y prescripciones alimenticias. Por lo cual, el alimento forma parte de un sistema simbólico, que, desplegándolo, podremos aproximarnos un poco más al tema de la anorexia.

CAPÍTULO V.

PERSPECTIVA LACANIANA Y ACTUALIDAD SOBRE EL TEMA

DIALÉCTICA DE LA DEMANDA

NECESIDAD, DEMANDA Y DESEO: DIFERENCIACIÓN

Para comprender la frustración en su experiencia fundamental, ya que su uso no es sin razón, deberemos realizar la diferenciación entre *necesidad, demanda y deseo*, en primer lugar, para volver al origen, *a la relación primitiva del niño con su madre*.

El desvalimiento del bebé humano cuando llega al mundo, reacciona frente a sus necesidades vitales como el hambre o la sed, con un afecto indiferenciado, tanto a la presión con carácter de urgente de la pulsión interna como a las exigencias externas. Su impulso se dirige a satisfacer estas necesidades y a protegerse de la indefensión total en la que está, de la insatisfacción que le produce el incremento de la tensión.

Quiere decir que *la necesidad nace de la tensión interna y encuentra su satisfacción por la acción específica que le proporciona el objeto adecuado, por ejemplo, el alimento*.

Las magnitudes del estímulo alcanzan un nivel displacentero, el lactante no puede dominar la situación de insatisfacción por el empleo psíquico y la descarga, ella debe establecer probablemente la analogía con la *vivencia del nacimiento: la repetición de la situación de peligro*.

Esta configuración constituye el núcleo de lo que el niño percibe como "*peligro*". Sobreviene en ambos casos una reacción automática de angustia, que en el bebé resulta ser todavía adecuada al fin, pues la musculatura respiratoria y vocal clama ahora por la madre. Ese otro primordial, capaz de satisfacer todas las necesidades del bebé, posibilita la disminución de la tensión displacentera creciente.

El niño sabe, por experiencia, que un objeto exterior aprehensible por la vía de la percepción, puede poner fin a la situación de peligro que le recuerda el nacimiento. Dirige entonces su mirada hacia la madre, llama a este ser capaz de satisfacerlo “plenamente”, y, ¿con qué se encuentra ahora?.

La madre, este ser que “puede” satisfacerlo, no siempre lo hace. Este otro que interpreta su necesidad la convierte en algo más que “pura necesidad”, no sólo lo alimenta, lo alimenta de determinada manera; el niño se acostumbra a determinado arrullo...a ciertas caricias...y cuando por alguna razón desconocida, faltan, porque la madre no está físicamente presente, cerca, él la trae, inviste la imagen mnémica de este ser añorado.

Así el pedido se convierte cada vez más en un pedido de presencia incondicional a Otro que lo puede todo, omnipotente.

El niño le demanda, que esté siempre ahí con él, no para que satisfaga sus “necesidades”, comer... sino para que esté; mientras él se entrega absolutamente, a su merced.

DEMANDAR significa eso: “ponerse en manos de otro, confiarse a él”

Este pedido es un llamado a Otro completo en lo real para el niño. Otro del que depende todo, incluso su propia vida. Este pedido es articulado y en el fondo es una demanda de amor.

“Demanda es la puesta en palabras de aquello que es la necesidad”
Lacan, Jacques.

El deseo, es algo distinto del deseo formulado y también de la necesidad. Está indisolublemente ligado a las huellas mnémicas y encuentra su realización en la reproducción alucinatoria de las percepciones que se han convertido en signos de esta satisfacción, el

deseo, además, en la concepción freudiana, es inconsciente y ligado a signos infantiles indestructibles.

Con esta diferenciación entre necesidad, demanda y deseo, podemos retomar el tema de la demanda y tratar más específicamente el concepto de frustración.

CONCEPTO DE FRUSTRACIÓN:

La frustración no es la negación de un objeto de satisfacción de la necesidad, en sentido puro y simple. Satisfacción quiere decir satisfacción de una necesidad. Habitualmente cuando se habla de frustración, se usa el término sin ninguna otra consideración, por ejemplo al decir “tenemos experiencias frustrantes que dejan huellas”, si esto fuera así habría que explicar por qué el deseo que habría resultado frustrado de esta manera, respondería a esa característica tan destacada por Freud desde siempre, que el deseo es, en el inconsciente, reprimido, indestructible, enigma.

Desde la perspectiva de la necesidad esta propiedad del deseo es inexplicable. La frustración de una necesidad acarrea modificaciones diversas, más o menos soportables para el organismo, pero si hay algo evidente y confirmado por la experiencia, es que no engendra el nacimiento del deseo propiamente dicho.

O el individuo sucumbe, o el deseo se modifica, o declina. En todo caso no existe coherencia entre la frustración y la permanencia del deseo, su insistencia, para emplear el término que destaco cuando se trata del automatismo de repetición.

Freud nunca habla de frustración, sino de *Versagung*, que se inscribe más adecuadamente en la noción de denuncia, como se dice,

denunciar un tratado o se habla de retractarse de un compromiso. Tanto es así que se puede poner *Versagung* en el polo opuesto, ya que la palabra puede significar a la vez promesa y ruptura de promesa.

La tríada frustración-agresión-regresión no es tan fácil de comprender como se alguna supone. Y no hay razón para dar a la tríada una secuencia distinta, al azar podría decir frustración-depresión-contricción, podría inventar otras. No se trata de la de preguntarnos por las relaciones de la frustración con la regresión, no es satisfactorio, porque en todo caso la propia noción de regresión no está elaborada.

Volviendo al principio, tenemos la relación primitiva del niño con su madre. En el origen, la frustración —y no cualquiera—, sino la utilizable en nuestra dialéctica sólo es concebible como la negación de un don, en la medida en que el don es un símbolo del amor.

Freud habló de esto con todas las letras: el carácter fundamental de la relación de amor, con lo que tiene de elaborado, no en segundo grado, sino en tercer grado, no supone estar frente a un objeto, sino frente a un ser. Así se plantea en muchos pasajes de Freud la relación que hay al principio. Esto significa que de entrada el niño se encuentra sumergido en un baño que implica la existencia del orden simbólico. Hay pruebas de ello en su conducta, ya que ocurren cosas que sólo son concebibles si el orden simbólico está ya presente.

El sujeto como sujeto no es identificable con el individuo. Aunque el sujeto esté ajeno, como individuo, al orden que le concierne como sujeto, ese orden no deja de existir. Le preexiste.

La ley de las relaciones intersubjetivas gobierna profundamente a aquellos de quienes depende el individuo, implicándolo en dicho orden, sea o no consciente de ello como individuo. Tratar de hacer surgir, a partir de la angustia del niño, la imagen del padre, es un

intento desesperado y que sin embargo se hace una y otra vez. Me refiero, dice Lacan a lo que articula un tal Mallet sobre las fobias primitivas. El orden de la paternidad de por sí existe, viva o no el niño con terrores infantiles, pero estos sólo pueden llegar a tener sentido articulados en la relación intersubjetiva padre-hijo, profundamente organizada simbólicamente, que forma el contexto subjetivo donde el niño desarrolla su experiencia.

La experiencia del niño está en todo momento atrapada en y es retroactivamente reordenada por la relación intersubjetiva en la que se compromete mediante una serie de esbozos, que lo serán precisamente porque arrancan.¹

EL DON Y EL JUEGO DEL FORT-DÁ:

El don implica todo el ciclo del intercambio en el que se introduce el sujeto tan primitivamente como podamos suponer. *Si hay don es porque hay una inmensa circulación de dones que recubre todo el conjunto intersubjetivo.* El don surge de un más allá de la relación objetal, pues supone todo el orden del intercambio en el que ya ha entrado el niño, y únicamente puede surgir de este más allá con el carácter que lo constituye como propiamente simbólico. No hay don que no esté constituido por el acto que previamente lo había anulado o revocado. Sobre este fondo, como signo de amor, primero anulado para reaparecer luego como presencia, *el don se da o no se da al llamar.*

Hablo de la llamada porque es el primer plano, el primer tiempo, de la palabra; la llamada es esencial en la palabra, pero no es sólo esto,

¹ Lacan, Jacques Seminario IV, pag. 184

porque la estructura de la palabra implica en el Otro que el sujeto reciba su propio mensaje en forma invertida. Todavía no hemos alcanzado este nivel, pero la llamada no puede sostenerse ya aisladamente.

Lo dicho anteriormente se demuestra en la imagen freudiana del niño del Fort-Da. La llamada ya exige enfrentarse con su opuesto. *Si la llamada es fundadora en el orden simbólico, lo es en la medida en que lo reclamado pasa a ser rebusado. La llamada es ya una introducción a la palabra completamente comprometida en el orden simbólico.*

En el juego del Fort-Da el niño...

El don se manifiesta en el llamar. La llamada se hace oír cuando el objeto no está. Cuando está el objeto se manifiesta esencialmente sólo como signo de don, es decir como nada a título de objeto de satisfacción. Está ahí para ser rechazado en cuanto nada. Este juego simbólico tiene pues un carácter fundamentalmente decepcionante. Esta es la articulación que permite situar la satisfacción y hace que tenga sentido.¹

Dice Lacan, no quiero decir que no haya en el niño, con ocasión de este juego, una satisfacción atribuida a algo como un puro ritmo vital. Digo que toda satisfacción implicada en la frustración lo está sobre el fondo del carácter fundamentalmente decepcionante del orden simbólico. La satisfacción aquí no es más que compensación. El niño aplasta lo que tiene de decepcionante el juego simbólico mediante la incautación oral del objeto real de la satisfacción, en este caso el pecho. Lo que lo adormece de esta satisfacción es precisamente su decepción, su frustración, el rechazo que puede haber experimentado.

¹ Idem. pag. 184-5

La dolorosa dialéctica del objeto, a la vez presente y siempre ausente en la que el niño se ejercita, nos lo simboliza aquél ejercicio genialmente captado por Freud en estado puro, en su forma aislada. Es el fondo de la relación del sujeto con el par presencia-ausencia, relación con la presencia sobre el fondo de ausencia, con la ausencia como constitutiva de la presencia. El niño aplasta con la satisfacción la insatisfacción fundamental de esta relación. Despista con la incautación oral. Ahoga lo que resulta de la relación fundamentalmente simbólica.

Por eso, no nos sorprende que en el sueño sea donde se manifieste la persistencia del deseo en el plano simbólico. Insisto, ni siquiera el deseo del niño está vinculado sólo con la pura y simple satisfacción natural, como en aquél sueño de la pequeña Ana Freud, que dice en sueños –Frambuesa, flan. Todos estos objetos son para ella trascendentes, tanto han entrado en el orden simbólico, que son precisamente prohibidos. No parece que la pequeña estuviera insatisfecha esa misma noche, al contrario. Lo que se mantiene en el sueño como un deseo, aunque expresado sin disfraz alguno, pero con toda la transposición propia del orden simbólico, es el deseo de lo imposible. Y si esto no tiene que ver con el papel que juega la palabra, ¿cómo podríamos haber sabido algo de ello?

DIALÉCTICA DE LA FRUSTRACIÓN EN LA ANOREXIA MENTAL:

Lacan se pregunta ¿qué ocurre cuando interviene la satisfacción de la necesidad y sustituye a la satisfacción simbólica?. Por el solo hecho de la sustitución, la satisfacción de la necesidad sufre una transformación: el objeto real adquiere el valor de simbólico, es decir lo que se ha convertido en símbolo o casi, pero lo que adquiere valor simbólico, es la actividad, el modo de aprehensión que deja al niño en posesión del objeto.

Así, la oralidad se convierte en lo que es, como forma instintiva del hambre es portadora de una libido conservadora del cuerpo propio, pero no es sólo esto. Esta libido tal como Freud se pregunta : -¿es libido de conservación o libido sexual?. Aspira a la conservación del individuo, lo que también implica destrucción, pero como ha entrado en la dialéctica de la sustitución de la exigencia de amor por la satisfacción, es en verdad una actividad erotizada. Es libido en el sentido propio, y libido sexual.

Es decir, que en cuanto a la dialéctica de la frustración, el objeto real no es en sí mismo indiferente, pero no tiene ninguna necesidad de ser específico. Si no es el pecho de la madre, no por esto perderá nada del lugar que le corresponde en la dialéctica sexual, cuyo resultado es la erotización de la zona oral. Lo que desempeña aquí el papel esencial, no es el objeto, sino el hecho de que la actividad ha adquirido una función erotizada en el plano del deseo, el cual se ordena en el orden simbólico. Tanto es así que puede que jugando este papel no haya ningún objeto real en absoluto. Se trata únicamente de lo que da lugar a una satisfacción sustitutiva de la saturación simbólica. Así se puede explicar la verdadera función de un síntoma como el de la anorexia mental.

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 de que el niño come nada, algo muy distinto que una negación de la actividad. Frente a lo que tiene delante, la madre de quien depende, hace uso de esa ausencia que saborea. Gracias a esta nada consigue que ella dependa de él.

DIALÉCTICA SIMBÓLICA DE LA ACTIVIDAD ORAL:

Este es un momento de vuelco que nos introduce en la dialéctica simbólica de la actividad oral. Momento donde la actividad oral queda capturada por la dialéctica libidinal, luego otras actividades quedarán igualmente capturadas.

Se produce algo más, *cuando se introduce en lo real el vuelco simbólico de la actividad sustitutiva, la madre hasta ese momento sujeto de la exigencia simbólica, es decir, la madre, el lugar donde podría manifestarse la presencia o la ausencia, se convierte en un ser real, lo que plantea un interrogante sobre la irrealidad de la relación primitiva con la madre.* Como la madre puede rehusar eternamente, lo puede literalmente todo. En ella aparecerá por primera vez la dimensión de la omnipotencia, la *Wirklichkeit*, que en alemán identifica omnipotencia con realidad. La eficacia esencial se presenta de entrada como la omnipotencia del ser real de quien depende, de forma absoluta y sin recurso posible, el *don o no don*. Esto significa que *la madre es primordialmente omnipotente y esto es condición esencial de esta dialéctica.* No quiere decir esto que la madre lo contenga todo. *Quiere decir que el niño en su indefensión depende de ella.* Así podemos ver por qué todos los objetos fantasmáticos primitivos se encuentran reunidos en el inmenso continente del cuerpo materno. Es posible soñar, a través de una proyección retroactiva de toda la gama de objetos imaginarios en el seno del cuerpo materno. *Si que están ahí esos objetos, porque la madre constituye un campo virtual de nadiificación simbólica, que dará a todos los objetos venideros, cada uno en su momento, todo su valor simbólico.*

ESTADÍO DEL ESPEJO :

Al introducir un espejo plano inauguramos, en la nada que el papel nos muestra, el espacio de una Tópica. El espejo es el referente tópico que nos permite desde su introducción hablar de espacio topológico, antes no, pues no hay espacio sin los referentes que lo fundan. Con el espejo adviene la realidad espacial instalada irremediabilmente en una dualidad, no puede menos por lo tanto, que definir un *espacio ambivalente: un espacio real y un espacio virtual*.

Introducir un espejo significa fundar la diferencia, establecer lo no-homogéneo, y aún más fundar también aquello que no puede aparecer en el acto mismo de colocar la barra pero que, por sus efectos, tendrá que aparecer luego.

Es así como los objetos arrojados en el campo que llamamos real aparecerán en el campo de lo virtual, pero con una cualidad distinta. Y es más *lo real aparecerá como real porque existe lo virtual*. Detrás de esta aparente paradoja se esconden muchos de las dificultades en relación a la *constitución del sujeto*.

Acerca de la fundación de la diferencia: su característica principal es que solo podrá aparecer como "diferencia im-puesta", im-puesta en las modalidades de ser de cada uno de los dos espacios y esa diferencia nunca aparecerá de por sí, de la misma manera que nunca aparecerá de por sí la diferencia anatómica de los sexos.

Por esta tópica no existe otra posibilidad que fundar la similitud y la biunivocidad que es la de re-presentar —en tanto volver a presentar— en otro lugar homeomorfo a un primero el mismo elemento pero invertido. Esta es la Tópica psicoanalítica: el paso de un espacio a otro

sin estar determinado por el espacio salvo, por las posibilidades internas de construcción del objeto.

La introducción del espejo plano nos remite a la Optica, la Optica se basa en una teoría matemática sin la cual no sería posible estructurarla. Para que haya Optica “es necesario que a cada punto dado en el espacio real le corresponda uno y solamente uno en otro espacio, que es el espacio imaginario. Es la hipótesis estructural fundamental, sin ella no se podría ni escribir una ecuación ni simbolizar nada.

Esta ley estructural fundamental de la correspondencia biunívoca es una ley matemática que rige y controla todo fenómeno óptico, no es que rige y controla la experiencia óptica del mirar sino que lo estructura en una óptica en tanto sistema reglado de transcripción de los fenómenos visuales, lo real cuando está planteado a nivel de lo teórico *deja de ser real* pues está sustituido por un sistema de simbolizaciones.

Nuestro ojo mira el espejo y porque se borra le brinda un campo-otro de lo real dondes se posibilita el camino fluido de ese mirar hacia lo virtual. Esta homogeneización del campo real con lo virtual se produce porque el ojo *desconoce la virtualidad* y este *no saber* es el que permite la equiparación de los dos campos, este es un movimiento dialéctico, en tanto que borra la diferencia, distinto al momento de introducir el espejo.

El ojo no se cuestiona la realidad de su mirar y es por eso que ha *borrado, barrido y barrado* el espejo. Este ojo no puede ni quiere saber nada acerca de quién ha puesto el espejo y con esto oculta el juego especular en donde el ojo se encuentra inserto.

La introducción del ojo homogeneiza, actúa sobre un espacio ya topologizado en tanto que el espejo fundaba la diferencia.

Alrededor del sexto mes de vida se produce el estadio del espejo, nueva acción psíquica que dará lugar a la organización del narcisismo: la energía pulsional del autoerotismo libidiniza ahora al propio yo.

¿Qué significa esto?

A los seis meses el bebé o enfans, desde el punto de vista de su desarrollo motriz es prematuro, pero por su inserción en el mundo del lenguaje puede anticipar una imagen total. El ojo borra la diferencia que el espejo introduce, la imagen nos engaña acerca de lo real. Por el engaño y la decepción que éste conlleva es que accedemos a la realidad.

Cuando el sujeto capta la totalidad de su propio cuerpo en su reflexión especular, se podría decir que más que impotencia, cuando en cierto modo se consume ese otro total y se presenta a sí mismo, lo que experimenta es más bien un estado de triunfo, ya que lo que eran fragmentos dispersos, se reúnen. Sin embargo es importante distinguir dos cosas:

Por un lado está la experiencia de dominio, *que dará a la relación del niño con su propio yo (moi) un elemento de splitting esencial, de distinción respecto de sí mismo, que quedará ahí, pero,*

Por otra parte *está el encuentro con la realidad del amo. Como la forma del dominio la obtiene el sujeto bajo la forma de una totalidad alienada de sí mismo, pero estrechamente vinculada con él y dependiente de él, hay júbilo, pero es muy distinto, cuando una vez recibida ya esta forma, se encuentra con la realidad del amo.*

El momento de su triunfo es también el heraldo de su derrota. *Cuando se encuentra en presencia de esa totalidad bajo la forma del cuerpo materno, se ve obligado a constatar que ella no le obedece.*

Cuando entra en juego la *estructura especular refleja del estadio del espejo, la omnipotencia materna* sólo se refleja entonces en posición netamente depresiva y hay en *el niño un sentimiento de impotencia*.

Este niño, este *mudo, enfans*, aparece en escena no como hablante sino por otro que habla y lo marca. Esta situación: el mudo enfrentado al espejo, es muy importante, es aquí y ahora que el "*drama*" está a punto de comenzar.

Imaginemos que la mirada del mudo se desplaza por el campo virtual, los objetos arrojados le aparecen como objetos otros –allá detrás del espejo- pues desconoce la virtualidad, y si no fuera porque algo lo atrapa, si no fuera porque hay *un objeto que se recorta sobre la neutralidad de los objetos otros* -que no sabe que son objetos mismos del campo real- iría tras de ellos a buscarlos como verdaderos objetos.

Este objeto recortado, este particular captar del mudo, este objeto, ata, aprehende, sujeta al mirar del mudo. No es la mirada la que se deposita, ni ella la que lo privilegia, ni hace la elección, es el objeto el que encausa, el que mueve, el que atrapa.

¿Qué privilegiaría a este objeto con respecto a todos los otros? ¿Por qué ese objeto ahí que capta el mirar del mudo –ese objeto que podemos llamar la imagen de la especie- es el que domina a cualquier otro?.

Es porque hay un compromiso libidinal, de la pulsión se trata (Trieb) puesto que la función escópica, no es una mera función, es una pulsión. Es decir, que lo que está en juego en el mirar es un más allá del mero ver, aunque sea un ver bien.

El estadio del espejo posibilita, la relación del niño con su yo (moi), relación especular, narcisista en la que no entran las diferencias, por un lado y por otro, está el encuentro con la realidad del amo.

El drama está instalado: el espejo devuelve al niño (no hablante, hablado) algo que no es sino que pre-tenderá, desde ese momento, ser. Estamos frente a un verdadero "espejismo" que se hace patente.

"la forma total del cuerpo, gracias a la cual el sujeto se adelanta en un espejismo a la maduración de su poder, no le es dada sino como Gestalt, es decir, en una exterioridad donde sin duda esa forma es más constituyente que constituída, pero por donde sobre todo le aparece en un relieve de estatura que lo coagula y bajo una simetría que la invierte, en oposición a la turbulencia de movimientos con que se experimenta a sí mismo animándola".¹

Lacan utiliza la expresión "realidad del amo" para asociar el estadio del espejo con la omnipotencia de la madre, omnipotencia que surge cuando la madre pasa del registro inicial simbólico de la frustración de goce, al registro de la frustración de amor, por detentar otorgar, o no, el objeto. "Es en este punto, que hace al más allá del aparente capricho de la madre, es decir, el punto donde se abre la pregunta por el deseo, que Lacan introduce la anorexia"²

"...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 (...) 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

¹ Lacan J. Escritos 1, Ed. Siglo XXI, pag. 13

² M.Sauval, La anorexia en Lacan, Clase 3, Programa de Seminario por Internet.

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”.

En consecuencia, lo trabajado hasta ahora, marca como “el orden simbólico es (...) necesario para que puede entrar en juego la primera relación imaginaria sobre la cuál se produce el juego de la proyección y de su contrario”.

Lacan introduce la anorexia en “relación al punto de la inversión de la demanda, inversión necesaria para hacer jugar las dimensiones de la privación, primero (castración materna), y la castración (división del sujeto), luego. Es decir, en relación con lo que sería una salida de la frustración y la estructuración del deseo”¹

El primer viraje del paso por el cuál la relación primitiva al objeto real se abre a una relación más compleja consiste en el pasaje de la frustración de goce a la frustración de amor, es decir, la inversión por la cual el otro (la madre) deviene una potencia y el objeto deviene objeto de don: la madre ha devenido real y el objeto simbólico. Y lo que importará de esto, serán *“las carencias, las decepciones, que afecten a la toda potencia de la madre”* Sauval.

“Este es un punto problemático donde Lacan introduce la anorexia, ya que la pregunta que se plantea es cómo se inscribe, entonces, el reconocimiento de ese tercer término imaginario que es el falo para la madre, aún más, la noción de que la madre carece de falo, que es ella misma deseante, es decir, afectada en su potencia, esto será para el sujeto lo más decisivo” Sauval.

¹ M.Sauval, Idem. pag.7

Es en relación a la inversión de la toda potencia a partir del cual puede surgir, del lado de la madre, la dimensión del deseo, que se juega la anorexia.

La anorexia, no consiste en un “no comer. La anorexia “come”, y como dice Lacan, “saborea” lo que come. *“El punto que importa, entonces, es el estatuto de esa nada que la anoréxica come, el estatuto del objeto en juego”*¹

“La nada que pone en juego la anorexia convoca al registro simbólico y la dimensión del deseo, más allá del aplastamiento imaginario de la relación dual con la madre, sobre cuya potencia se sostiene el yo del sujeto”

Si el objeto en juego en la anorexia es esta nada, entonces lo que está en juego es toda la estructura del deseo, incluida su fantasmática edípica.

La función de esta nada, la de invertir la demanda es lo que permite al niño hacer depender de él a la madre. “Es en el nivel del objeto anulado, en tanto simbólico, que el niño cuestiona su dependencia y, “precisamente nutriéndose de nada”. Al invertir así su relación de dependencia, se convierte en “amo de la toda potencia ávida de hacerlo vivir...”. “Allí es que ella depende, por su deseo, es ella que está a su merced, a la merced de las manifestaciones de su capricho, a merced de su omnipotencia, la de él”.

De este modo entra en juego del lado de la madre, para el niño, la dimensión del deseo.

La frustración no es pensable sino como rechazo de un don, en tanto ese don es un símbolo de amor e implica todo el ciclo de intercambio donde el sujeto se introduce primitivamente.

¹ Sauval, *Idem.*, pag.8

El sujeto encuentra una satisfacción sustitutiva “comiendo nada” cuando lo que le llega del Otro, sus dones, no lo satisfacen y de esta manera hace que el deseo materno se movilice y dependa de él. Es una manera de demandar “incondicionalidad”, presencia absoluta del Otro.

Como en el ser humano la incondicionalidad del objeto está perdida por estructura, la presencia del objeto nunca es completa, por lo que deja al sujeto un margen de insatisfacción.

Entonces, estos “objetos nada” que marcan la ausencia y la insatisfacción, posibilitan una satisfacción sustitutiva ya que de esa manera circula la ilusión de que con la presencia del objeto será posible la satisfacción toda.

Pero sabemos que “toda satisfacción puesta en juego en la frustración aparece sobre el fondo del carácter fundamentalmente decepcionante del orden simbólico, la satisfacción aquí no es más que un sustituto, una compensación. El niño aplasta lo que tiene de decepcionante el juego simbólico, en la captura oral del objeto real de la satisfacción, en este caso el pecho, lo que lo adormece de esa satisfacción es precisamente su decepción, su frustración, el rechazo que puede haber experimentado”.

Con la incorporación oral del objeto, el niño queda en posesión del objeto y despista con ello la insatisfacción por la no complementariedad sujeto-objeto. Sin embargo, lo que le llega del objeto incorporado, tampoco lo llena, tampoco lo satisface plenamente, de ahí que eso que llega sea tratado como “nada a título de satisfacción”.

Esa nada que come, ese rechazo que experimenta respecto de lo que le llega como aporte, lo adormece, compensa sustitutivamente

su insatisfacción, ya que lo instala en el placer de desear, y hacer aparecer el deseo en el Otro y negarse, en la ilusión de que existe la satisfacción toda, que sólo hay que encontrarla.

Al **nutrirse de nada**, transforma la omnipotencia materna, en impotencia y él se vuelve omnipotente.

La demanda del ser nutrido se convierte ahora en la demanda del Otro "comé". Con su rechazo pone en juego la falta materna y se ubica él mismo, como el objeto de su deseo, en la ilusión de colmarla. Se trata de un rodeo, para no ver la castración del Otro: si come, se podría pensar, el deseo de la madre se desplazará hacia otros puntos y ya no sabría cuál es su deseo (el de su madre) y por lo tanto, no sabría cómo responder a él.

La frustración por un lado, genera un intento de compensar, vía la incorporación oral del objeto, la no satisfacción propia de toda relación, por otro, esa "satisfacción compensatoria" arrastra nuevamente a la frustración, ya que la satisfacción toda es un imposible estructural, se busca la presencia absoluta. El niño con la incorporación oral se llena de signos, intentando lograr el absoluto, ya que la incorporación del objeto marcaría para él, la presencia del Otro.

Es por esta situación que Lacan plantea que a toda frustración, sigue una regresión: "el término regresión es aplicable a lo que ocurre cuando el objeto real (pecho), junto con la actividad dirigida a hacerse con el (mamar) sustituye la exigencia simbólica (falta de satisfacción toda). El hecho de que el niño aplaste su decepción saturándose y saciándose con el pecho, o con cualquier otro objeto, le permitirá entrar en la necesidad del mecanismo que hace que a una frustración pueda sucederle siempre una regresión. Una le abre la puerta a la otra".

Frente a la insatisfacción el niño intentará incorporar el objeto, para llenarse de signos de esa presencia, y así repetir esa satisfacción que nunca fue toda pero que fue vivida como toda. Pero como tampoco esa presencia lo satisface, tenderá a rechazarla, para continuar la ilusión de que es posible esa presencia absoluta que trae el objeto específico de satisfacción.

Entonces la regresión de la que habla Lacan puede entenderse como la repetición en el presente de algo sucedido con anterioridad, que se hace actual.

“La diferencia entre anorexia y constitución del sujeto, radica en que en la anorexia, ya se ha pasado por las tres formas de falta de objeto, es decir, por la estructuración edípica. Por lo tanto la dimensión de la frustración aparece como una regresión que es una regresión en los significantes de la demanda, que ubica una vez más al sujeto en el punto de franqueamiento del deseo de la madre. Franqueamiento que implica la función del falo y del padre”¹

Se podría pensar que la anoréxica queda atrapada en una repetición sin límite, en la que intenta no ver la castración del Otro. Reduciendo el deseo materno al “quiero que comas”, es por eso que rechazando la comida, logra obturar ese deseo, transformándose ella misma en el objeto del deseo del Otro. Es decir, se ubica en el lugar de la barra del Otro, “se traga la barra del Otro y así, supone, lo mantiene entero. En cambio, si responde a ese deseo y come, el deseo del Otro se convierte en enigma; supone que esto desconocido la puede llegar a devorar (porque es un deseo sin límites) nada de lo que haga como sujeto, puede llegar a satisfacer el deseo materno, aún intentando colmarlo, como el deseo es siempre deseo de otra cosa. Aquí se hace

¹ Saaval, *Idem.*, pag.8

imprescindible la función paterna, para que la anoréxica pueda salir del atrapamiento imaginario, que la ayude a armar la pregunta acerca de : Ché vouá?, qué quiere el Otro, qué desea el Otro más allá de la demanda, para poder tolerar, perderse para el Otro, “dejar de ser para el Otro”, y además, que el otro la pierda como objeto de deseo, “que desee más allá de él”, para poder hacer circular el deseo del sujeto.

Es erróneo suponer que la anorexia se reduce a la relación dual de la madre-hija, porque sabemos que la relación especular, dual, sólo puede sostenerse desde el orden simbólico, “el espejo introduce la diferencia que el ojo borra”.

Lacan dice: “si se toma la relación dual con la madre como real, una práctica no puede sustraerse a las leyes de lo imaginario, y a lo que conduce esta relación de objeto es a la incorporación fálica”.¹

“...Esta relación, madre-hijo, está dentro de algo previo y estructurante que es el lenguaje. La realidad es la eficiencia del lenguaje sobre las relaciones. El reordenamiento en función de los tres registros y la función del falo que de ahí se desprende es particularmente importante”.²

Lacan se pregunta ¿cómo se introduce el falo en la dialéctica de la frustración?

“Es crucial la etapa preedípica entre la frustración primitiva y el Edipo. En esta etapa el niño se introduce en la dialéctica intersubjetiva del señuelo...”, para satisfacer lo que no puede ser satisfecho: el deseo de la madre, que en su fundamento es insaciable, el niño por la vía que sea toma el camino de hacerse objeto falaz. Este deseo

¹ Lacan, El Seminario IV, pag.30

² Sauval, Idem.

que no puede ser saciado es cuestión de engañarlo. Precisamente porque el niño le muestra a la madre algo que él no es, se construye toda la progresión en la que el yo (moi) adquiere su estabilidad.

En el período preedípico, hay que tener presente el descubrimiento que el niño hace sobre sí mismo, para comprender el valor exacto de sus tentativas de seducción ante la madre, de las que tanto se habla. Están profundamente marcadas por el conflicto narcisista. En esta ocasión se producen siempre las primeras lesiones narcisísticas, que son solo los preludios incluso los presupuestos, de determinados efectos ulteriores de la *castración*.

Mucho más que de la simple pulsión o agresión sexual, el hecho es que el niño quiere hacer creer que es un macho portador del falo, cuando sólo lo es a medias.

En este período, en que se originan las perversiones, se desarrolla un juego, el juego de la sortija, incluso nuestro juego de par e impar, *en el cual el falo es fundamental como significante, fundamental en ese imaginario de la madre que se trata de alcanzar, porque el yo del niño se apoya en la omnipotencia de la madre. Se trata de ver dónde está y dónde no está. Nunca está verdaderamente donde está, del todo ausente de donde no está.*

Sean cuales fueren los aportes en relación a la identificación con la madre o con el objeto, lo esencial es la relación con el falo.

LA INCIDENCIA DEL FALO EN LA DIALÉCTICA IMAGINARIA:

¿Cómo se introduce el falo en la dialéctica de la frustración?. La cuestión no radica en atribuirle a determinada constitución de los órganos genitales, su importancia.

En realidad la incidencia del falo es un hecho, la preeminencia del falo en toda la dialéctica imaginaria que preside las aventuras, los avatares y también los fracasos y los desfallecimientos del desarrollo genital, de no haberse descubierto esto no habría ningún problema.

El falo imaginario es el eje de toda una serie de hechos que exigen postularlo. Para esto estudiemos el laberinto en que el sujeto habitualmente se pierde y puede acabar siendo devorado.

El hilo para salir de esta encrucijada, es que a la madre le falta el falo, que precisamente porque le falta, desea. Y que sólo puede estar satisfecha en la medida que algo se le proporciona: la falta es aquí el principal deseo, si admitimos que ésta es igualmente característica del orden simbólico.

La situación se presenta así porque el falo imaginario desempeña un papel significativo del primer orden. El significativo no lo va inventando cada sujeto de acuerdo con su sexo o sus disposiciones, o de acuerdo con lo fantasioso que sea. El significativo existe. Es indudable que el papel del falo como significativo es subyacente.

LA MADRE FÁLICA:

De la falta que hablamos en la mujer, no es de una falta real. Sabemos que las mujeres pueden tener un falo, lo tienen y lo producen, hacen niños, hacen falóforos. En consecuencia, puede describirse el intercambio a través de las generaciones en el orden inverso. Lacan se pregunta, refiriéndose a la dialéctica del intercambio de las mujeres entre los linajes, de acuerdo al planteo de Lévi-Strauss, en las Estructuras elementales del parentesco, qué pasa si se invierten las cosas, es decir, si

se compone el círculo de intercambios diciendo que son los linajes femeninos los que producen hombres y se los intercambian. Y dice, es posible imaginar un matriarcado cuya ley sería : *He dado un niño, quiero recibir un hombre.*

La respuesta de Lévi-Strauss es la siguiente, pueden describirse las cosas tomando como eje de referencia, un sistema de coordenadas simétrico basado en las mujeres, pero habría un montón de situaciones inexplicables. Incluso en las sociedades matriarcales, el poder es androcéntrico. Está representado por hombres y por linajes masculinos. *Algunas paradojas, modificaciones y excepciones, que aparecen en las leyes del intercambio en el plano de las estructuras elementales de parentesco, sólo se pueden explicar en relación con una referencia que está fuera del juego del parentesco y corresponde al contexto político, el orden del poder, y más precisamente, el orden del significante, donde el cetro y el falo se confunden.*¹

Si el hecho de tener o no tener, el falo imaginario y simbolizado, adquiere la importancia económica que tiene el Edipo, es por razones inscritas en el orden simbólico, que trascienden el desarrollo individual. Esta es la razón tanto de importancia del complejo de castración como de la preeminencia de los famosos fantasmas de la madre fálica, la cual desde su aparición en el horizonte analítico constituye el problema que sabemos.

Dice Lacan antes de llegar a la articulación de la dialéctica del falo, a su culminación y su resolución en el Edipo, podemos permanecer un tiempo en los estratos precédipicos, a condición de guiarnos por el hilo conductor del papel fundamental de la *relación simbólica*.

¹ Lacan, Idem., pag. 194

En su función imaginaria, en la pretendida exigencia de la madre fálica, ¿qué papel desempeña el falo?

DEMANDA ORAL :

El punto original en lo que hace a la relación de la demanda del sujeto con su deseo, es justamente, esto, su deseo, el hecho es que todo lo que es tendencia natural en el sujeto que habla tiene que situarse en un más allá y en un más acá de la demanda. Porque para el sujeto que habla sus necesidades pasan por el desfiladero de la demanda, dejan de ser “pura necesidad”.

La dificultad de las relaciones entre la demanda del sujeto y la respuesta que le es dada, se sitúa más lejos, más allá del discurso concreto, más allá de lo que dice o pide.

En un más allá que es la demanda de amor, y en el un más acá que es lo llamamos deseo.

¿QUÉ ES UNA DEMANDA ORAL?

Es la demanda de ser alimentado y se dirige a ese Otro que en este nivel primario de la enunciación de la demanda, puede ser designado como lo que llamamos el lugar del Otro.

El “autron” diría, este autron abstracto a quien el sujeto dirige, más o menos sin saberlo, esta demanda de ser nutrido.

Toda demanda, por el hecho de que es palabra tiende a estructurarse en esto que ella invoca, el sujeto del Otro, su respuesta

invertida que ella evoca por su estructura, su propia, forma transpuesta según una cierta inversión.

A la demanda de ser nutrido, responde por la estructura significativa, en el lugar del Otro, de manera que se puede decir lógicamente contemporánea a esta demanda, en el nivel del "autron", la demanda de dejarse nutrir. Y sabemos por la experiencia que es precisamente de esto de lo que se trata entre el niño y la madre, cada vez que estalla el menor conflicto en esa relación que parece estar hecha para encontrarse, cerrarse de una forma estrictamente complementaria. ¿Qué en apariencia, responde mejor a la demanda de ser nutrido, que aquella de dejarse nutrir?. Sabemos sin embargo, que es en este modo mismo de confrontación de las dos demandas que yace esta íntima hendidura, esta hiancia, este desgarró donde puede insinuarse, donde se insinúa de una manera normal la discordancia, el fracaso preformado de este encuentro consiste en esto mismo, que justamente no es el encuentro de tendencias, sino el encuentro de demandas.

En este encuentro entre la demanda de ser nutrido y demanda de dejarse nutrir es donde se desliza el primer conflicto que estalla en la relación de nutrición, que a esta demanda la desborda un deseo, y que no podría ser satisfecha sin que el deseo allí se extinguiera: que es para que ese deseo que desborda a esa demanda no se extinga que el propio sujeto, que tiene hambre de lo que a su demanda de ser nutrido responde la demanda de dejarse nutrir, no se deja nutrir, se niega de alguna manera a desaparecer como deseo por el hecho de ser satisfecho como demanda; que la extinción o el aplastamiento de la demanda en la satisfacción no podría producirse sin matar el deseo, es de allí que parten estas discordancias entre las cuales la más gratificada es la negativa a dejarse nutrir, en la anorexia.

Encontramos aquí dice Lacan esta situación que yo no podría traducir mejor que jugando con el equívoco de las sonoridades de la fonemática francesa: no se podría confesar al Otro más primordial lo siguiente: que “tú eres el deseo (tu es le desir)”, sin concederle mata el deseo, sin abandonarle el deseo como tal. Y la ambivalencia primera, propia de toda demanda, de que en toda demanda también está implícito que el sujeto no quiere que ella sea satisfecha, apunta en sí a la salvaguarda del deseo, testimonia de la presencia ciega del deseo, innombrado y ciego.¹

Ese deseo es, en tanto sabemos que la demanda oral tiene otro sentido que la satisfacción del hambre, que es demanda sexual. Freud nos dice a partir de “Los tres ensayos sobre la sexualidad”, que es en el fondo canibalismo, y que el canibalismo tiene un sentido sexual, nos recuerda en esto, lo que está enmascarado en la primera formulación freudiana, que para el hombre el nutrirse está unido a la buena voluntad del otro, unido a este hecho por una relación polar. Esta expresión indica que no es sólo del pan de la buena voluntad del otro del que el sujeto tiene que nutrirse, sino directamente del cuerpo de aquél que lo nutre. Hay que llamar las cosas por su nombre: lo que llamamos relación sexual es eso a través de los cuerpos. Y la unión más radical es aquélla de la absorción original o el blanco, la mira, el horizonte del canibalismo, y que caracteriza lo que es la fase oral, en la teoría analítica.

La libido sexual es, efectivamente, un excedente que torna vana toda satisfacción de la necesidad allí donde ella se ubica y, si es necesario, rechaza esta satisfacción para preservar la función del deseo, y esto se confirmará, que por el mismo hecho de que la tendencia de

¹ Lacan, Idem., pag 88

esta boca que tiene hambre se expresa a través de esta misma boca, en una cadena significativa. Es por allí que entra en ella la posibilidad de designar la nutrición que es el deseo: ¿qué nutrición?. La primera cosa que resulta de ello, es que ella puede decir, esta boca, aquella no. La negación, el descarte, el “a mi me gusta esto y no otra cosa” del deseo, entra allí donde estalla la especificidad de la dimensión del deseo.

Por ello la importancia de ser prudentes en cuanto a nuestras intervenciones, a nuestras interpretaciones en el nivel de este registro oral. Pues, esta demanda se forma en el mismo punto, en el nivel del mismo órgano donde se erige la tendencia. Y allí yace el trastorno de la posibilidad de producir todo tipo de equívocos al responderle. A partir de esto, resulta sin embargo, la preservación de este campo de la palabra, y la posibilidad por lo tanto de volver a encontrar siempre el lugar del deseo, pero también la posibilidad de todas las sujeciones, de lo que intenta imponer al sujeto, que una vez satisfecha esta necesidad no le queda otra cosa que estar contento. De allí que la frustración compensada es el término de la intervención analítica.

DEMANDA EN EL ESTADIO ANAL :

El estadio de la llamada libido anal, va a ser tratado por Lacan para refutar cierto número de confusiones en relación a la intervención analítica.

Dice, al abordar este término por la vía de lo que es la demanda en este estadio anal, hablaré de la demanda que voy a llamar, demanda de retener el excremento, fundado sin duda en algo que es un deseo de expulsar.

Esta cuestión no es sencilla, porque en un determinado momento, esta expulsión también es exigida por el progenitor-educador. Le es demandado al sujeto que de algo que es satisfactorio al educador, maternal, en este caso.

La elaboración que resulta de la complejidad de esta demanda es esencial. Ya no se trata más de la relación simple de una necesidad con la ligazón a su forma demandada, sino al excedente sexual. Es otra cosa: se trata de una disciplina de la necesidad, y la sexualización solo se produce en el movimiento de retorno a la necesidad que, si se puede decir así, esta necesidad la legitimiza como un don a la madre, que espera que el niño satisfaga con sus funciones, que hacen salir, aparece algo digno de la aprobación general.

Este carácter de regalo que tiene el excremento es muy conocido en la experiencia y es detectado desde el origen en la experiencia analítica. El niño en medio de sus desbordes ocasionales lo emplea, como medio de expresión, el regalo excrementicio forma parte de la más antigua temática en el análisis. Lo que realmente a la mítica de la oblatividad se refiere, pues a partir del momento que la hayan percibido una vez, ya no podrán nunca más reconocer de otra forma este campo de la dialéctica anal que es el verdadero campo de la oblatividad.

He tratado de introducirlos desde hace tiempo, dice Lacan, haciéndoles notar que el término oblatividad es un fantasma del obsesivo. Todo para el otro, dice el obsesivo. Y es efectivamente, lo que hace, porque el obsesivo estando en vértigo perpetuo de la destrucción del otro, nada de lo que hace le es suficiente para mantener al otro en la existencia. La raíz de esto, el estadio anal se caracteriza porque: el sujeto satisface una necesidad únicamente para la satisfacción de otro. Esta necesidad le enseñaron a retenerla para que únicamente se funde, se instituya como la ocasión de la satisfacción del otro, que es

el educador. La satisfacción del cuidado del bebé, del cual el aseo forma parte, es primero la del otro. En la medida que algo le es demandado como un don, se puede decir que la oblatividad está ligada a la esfera de la relación del estadio anal.

La consecuencia aquí, es que el margen de lugar que le queda al sujeto como tal, dicho de otra manera, el deseo, viene a ser simbolizado en esta situación a través de lo que es arrastrado en esta operación. El deseo, literalmente, se va por el inodoro. La simbolización del sujeto como lo que se va a la bacinica, o en este caso, al agujero, es lo que encontramos en la experiencia como más profundamente unido a la posición del deseo anal. Es lo que hace de eso a la vez, en muchos casos, al vaciamiento. Se puede decir que cada vez que el estadio anal esté interesado, sería erróneo no desconfiar de la pertinencia del análisis si no han encontrado este término.¹

En la medida en que el otro, aquí como tal, toma pleno dominio en la relación anal, es que lo sexual va a manifestarse en el registro que es característico de este estadio.¹

Podemos entreverlo al recordar su antecedente calificado como sádico oral: la vida en el fondo es una asimilación devoradora como tal, y que también ese tema de la devoración era lo que estaba situado, en el estadio precedente en el margen del deseo.

Esta presencia de la boca abierta de la vida, es lo que aquí le hace aparecer como una especie de reflejo, de fantasma, esto que, cuando el otro es colocado como el segundo término, debe aparecer como existencia ofrecida a esta hiancia.

¹ Lacan, Idem., pag. 91

¹ Lacan, Idem., pag. 92

Llegamos a decir, que hasta el sufrimiento está implicado en esto, es un sufrimiento muy particular, para evocar un esquema fundamental, que es el que mejor dará la estructura del fantasma sado-masoquista, diré que es un sufrimiento esperado por el otro, que es esta suspensión sobre (...) del otro imaginario, por encima del precipicio imaginario que forma que punta, el eje de la erotización sado-masoquista, que es en esta relación que se instituye a nivel del estadio anal lo que ya no es más el polo sexual, ya es, una especie de reaparición de lo sexual.

Si verdaderamente las cosas están fijadas en este punto de identificación del sujeto a la a minúscula excrementicia, qué veremos, aquí está el nudo dramático de la necesidad a la demanda, a quien le es confiado en principio, el cuidado de articular esta demanda, en otros términos, salvo en los cuadros de Jerónimo Bosch, no se habla con el trasero y sin embargo, tenemos los fenómenos de los recortes, seguidos de explosiones de algo que nos hace entrever la función simbólica de la tira excrementicia en la articulación misma de la palabra.

Es en otro lado donde debe situarse la introyección simbólica en la medida que tiene que restituir, en él, el lugar del deseo y que también para anticipar lo que será el estadio siguiente, el neurótico lo que más comúnmente quiere ser es el falo, ciertamente es promover un cortocircuito indebido de las satisfacciones al darle, al ofrecerle esta comunión fálica contra la cuál saben, por el deseo y su interpretación, las objeciones correspondientes.

El objeto fálico como objeto imaginario no podría en ningún caso prestarse a revelar de una manera completa el fantasma fundamental. Sólo podría responder a la demanda del neurótico, por algo que podemos llamar una obliteración, es decir, una vía que le es

abierta para olvidar un cierto número de los recursos más esenciales que intervinieron en los accidentes de su acceso al campo del deseo.¹

Si el sujeto está en esta relación singular con el objeto del deseo, es que primero fue el mismo un objeto de deseo que se encarna. La palabra como lugar del deseo, es ese “poros” donde están todos los recursos. Y el deseo, Sócrates enseñó a articularlo de manera muy original, es ante todo : “falta de recursos”, “Aporía”. Esta aporía absoluta se acerca a la palabra adormecida, y se hace embarazar de un objeto, esto significa que el objeto estaba allí y que es él quien demandaba ser dado a luz.

La metáfora platónica de la metempsicosis del alma errante que duda antes de saber adónde va a ir a vivir, encuentra su soporte, su verdad, su substancia en ese objeto del deseo que está allí desde antes de su nacimiento. Sócrates, cuando elogia a Agatón, hace lo que quiere, trae a Alcibíades a su alma haciendo nacer este objeto que es el objeto de su deseo. Este objeto, meta y fin de cada uno, limitado sin duda porque el todo está más allá, sólo puede ser concebido como el más allá de este fin de cada uno.

¹ Idem., pag. 95

CONCEPTUALIZACION DE FRUSTRACIÓN, PRIVACIÓN Y CASTRACIÓN :

La “falta de objeto” es el nombre que Lacan da al objeto perdido del deseo freudiano.

En el Seminario IV, de las relaciones de objeto, introduce a partir del concepto de objeto perdido, las tres formas de falta de objeto. Esto es importante porque muestra que el campo de la falta, de la nada, no es un campo único ni homogéneo.

Lacan ordena la falta de objeto en un cuadro de doble entrada, con los tres registros en un eje y la tripartición acción, objeto y agente, en el otro.

(Gráfica de doble entrada de las tres formas de falta de objeto)

Acción (sujeto)	Objeto	Agente (Otro)
Frustración (imaginaria)	Real (pecho)	Simbólico
Privación (real)	Simbólico (don)	Imaginario
Castración (simbólica)	Imaginario	Real

Las formas de la falta se encuentran debajo de la acción que indica el lugar del sujeto que la padece. Es decir, el sujeto es aquí sujeto sujetado a la acción de un agente, y se va a ubicar del lado de la frustración, privación o castración, lugar éste donde se ubicarán los distintos rostros del Otro.

El objeto se deduce a partir de la forma de la falta que se introduce en el sujeto, producida por el agente, es decir, se refiere al objeto de la falta. Lo que implica dos cosas:

No todos los agujeros son iguales,

2) El sujeto y el objeto comparten una comunidad topológica.

Comienza a delinearse una solidaridad entre el sujeto del inconsciente y el objeto.

En lo que toca a la entrada del Inconsciente Lacan hablará de dos campos, el del sujeto y el del Otro. El Otro como el lugar que rige la cadena significante que rige todo lo que del sujeto, podrá hacerse presente, es el campo de ese ser viviente (llamado a la subjetividad, que se manifiesta en la pulsión) donde el sujeto tiene que aparecer. En el psiquismo no hay nada que permita al sujeto situarse como ser macho o ser hembra. El sujeto solo sitúa en el psiquismo sus equivalentes -actividad y pasividad- y nunca se representan exhaustivamente. Lo que hay que hacer como hombre o como mujer, pertenecen al drama, a la trama que se sitúa en el campo del Otro -el Edipo es eso. Que la pulsión parcial represente en el psiquismo las consecuencias de la sexualidad, indica que está representada por una relación del sujeto que se deduce de algo que no es la propia sexualidad.

La sexualidad se instaure en el campo del sujeto por la vía de la falta. Cuando se está en la dialéctica de la pulsión lo que rige siempre es otra cosa.

La falta de objeto funciona como condición de posibilidad de las dos series de objeto en Freud : el objeto de la pulsión y el objeto de amor.

Frustración, privación y castración son operaciones vinculadas con el complejo de Edipo. Estas tres operaciones definirán lo que

después Lacan define como las tres posiciones subjetivas, es decir las tres formas de ubicarse el sujeto en relación al objeto y al Otro.

FRUSTRACIÓN :

La frustración está en el corazón de todas las faltas y nos conduce a un callejón sin salida, si no logramos extraer este concepto del marco de la experiencia y lo evolutivo. Por lo tanto, no interesan las experiencias vividas en la relación del sujeto con el objeto real, en el contexto de una relación dual con el objeto.

Esta crítica que realiza Lacan se dirige no solo a los teóricos de la relación de objeto, sino a él mismo, cuando, primeramente consideraba la frustración en la medida en que se ubicaba en el vector imaginario, como frustración de un objeto, entendiendo que era el semejante el que frustraba al sujeto del objeto de su goce.

En el Seminario IV muestra las coordenadas simbólicas de la frustración y dice, que lo que sí es imaginario en la frustración es la vivencia del sujeto, que experimenta como un daño imaginario. El sujeto en la frustración se ubica a nivel del yo del estadio del espejo.

Para Diana Rabinovich lo verdaderamente novedoso en Lacan, no está ni en el yo, ni en el circuito especular lo que determina como tal la operación de la frustración, que la novedad tampoco está en la vivencia de daño, ni en el objeto que en esta época es caracterizado como real-realista, y es indicado para el sujeto por el otro semejante, la novedad se instala fundamentalmente a nivel del Otro, como agente.

La dimensión del agente subraya la dependencia estructural de las formas de la falta respecto del Otro en tanto lugar del significante,

más allá de su encarnación en la madre o el padre, y más allá de la dimensión subjetiva que hasta entonces había tenido ese Otro.

La función del agente introduce al Otro como objeto de amor, es decir, el otro hasta ahora ubicado en el registro imaginario especular, es diferenciado y situado a nivel del Otro, simbólico. Este lugar tercero del Otro, se diferencia del objeto real y del matiz imaginario de la vivencia subjetiva. El agente de la frustración es el Otro simbólico.

La noción de objeto que introduce al falo como uno de sus elementos, se abre la dialéctica que va más allá del fenómeno de la frustración y apunta a la estructura que lo funda.

La noción de frustración es tomada del término freudiano de *versagung*, que significa renuncia, “una palabra rota”, la anulación de una promesa. Aunque la ubica en el registro imaginario, el cual se amplió más allá del registro especular a-a', acentúa su subordinación respecto del registro simbólico. Es decir, se trata de una palabra que no es mantenida por Otro, por Otro simbólico quien era un garante de la palabra que daba al sujeto. A Lacan le interesa mostrar que el acceso a la realidad humana, como una realidad no empírica, sino simbólica exige, la presencia de Otro simbólico y no de otro imaginario y exige también que la cosa no pase por algo que sea la frustración del objeto de la necesidad.

El Otro simbólico al no cumplir con lo que de él se espera, con la palabra dada con su mera presencia, ese Otro simbólico es como tal el agente de la frustración y el que condiciona el acceso a la realidad. En el Seminario IV a este Otro lo identifica con la madre, como Otro primordial, como Otro que otorga o no el objeto en tanto este es un don.

A partir de aquí establece una diferencia entre el objeto de la satisfacción de la necesidad y el objeto de don, que es un objeto dado por la madre, en tanto Otro simbólico.

Este don es básicamente una prueba de amor, no un objeto de satisfacción de la necesidad.

“Este objeto prueba de amor, se constituye en base a la presencia del Otro como simbólico e implica sacar a la frustración de una determinación puramente imaginaria y contextualizarla sobre el fondo de una estructura simbólica” (Diana Rabinovich, clase 9).

Respecto de la frustración, aclara que hay desde el origen, dos vertientes, que debemos diferenciar claramente : frustración de goce y frustración de amor.

Frustración implica siempre a nivel del sujeto una posición imaginaria.

No es la frustración de goce lo que engendra la realidad. Ni podemos fundar ninguna génesis de la realidad por el hecho de que el niño tenga o no el pecho. Si no tiene el pecho, tiene hambre y sigue gritando, ¿qué produce la frustración de goce?, a lo sumo un relanzamiento del desco, pero ninguna clase de constitución de objeto.

Es a partir de la frustración de amor que se ordena dicho acceso a la realidad en función de la alianza y la ley y no de una experiencia empírica de la realidad.

Para Lacan el objeto real (objeto de la frustración de goce) queda incluido en el eje a-a', circulando dentro de la dinámica imaginaria, en el que quedan ubicados tanto los objetos propios del narcisismo como los de las pulsiones parciales.

“...un objeto real adquiere su función en tanto parte del objeto de amor, adquiere su significación en tanto simbólico y deviene en tanto objeto real, una parte del objeto simbólico”.¹

Es importante considerar que ese objeto real (“parte del objeto simbólico”) requiere para su constitución la pérdida de complementariedad entre sujeto y objeto:

“La idea de un objeto armonioso, que por su naturaleza consume la relación sujeto-objeto, la experiencia lo contradice completamente”.

Ese Otro simbólico, en cuya primera encarnación Lacan ubica a la madre, es aquél que puede o no responder al llamado. Al responder la necesidad se transforma en demanda, introduciendo en aquella la discontinuidad del significante y la pérdida específica del objeto.

Es la presencia-ausencia del Otro lo que constituye el agente de la frustración como tal. En la medida en que esa presencia-ausencia se estructure como diferente del objeto, en que el agente (madre o sustitutos) puede responder o no, ella deviene una potencia en tanto que de ella depende el acceso a los objetos. Correlativamente el objeto pasa a ser signo de su presencia, es decir, un don.

El objeto primordial que como agente simbólico se convierte en real, constituyéndose en un poder en lo real que otorga objetos que son dones de esa potencia. Esto implica, Otro que aún responde según su capricho. Para el acceso a la realidad humana debe producirse un pasaje en que el Otro simbólico devenga real y el objeto devenga simbólico. Es decir, don, el pecho se convierte en prueba de amor y no importa tanto como lugar de goce.

¹ Lacan, Sem.IV pag. 175

Con la frustración de amor, el Otro aparece herido en su potencia, ya sea por su imposibilidad estructural de responder a la demanda o por su ir y venir.

La falta del Otro se sitúa en el más allá de la demanda y abre la dimensión del deseo.

Diana Rabinovich subraya la importancia de precisar las dos vertientes de la frustración para poder diferenciar las dos series de objeto : la de la pulsión y la del amor.

La frustración de goce deja al sujeto preso de la agresividad con el semejante por la ruptura de la especularidad, en cambio, la frustración de amor es la que abre la puerta hacia la realidad simbólica, en tanto se funda en la anulación del goce del objeto.

La frustración de goce es asociada al autoerotismo y permite la delimitación del objeto pulsional. El pase de la frustración de goce a la frustración de amor intenta articular el planteo freudiano de Inhibición, Síntoma y Angustia del paso de la situación de peligro económico a la señal de esa posibilidad, es decir, de la experiencia de inversión económica del peligro de la pérdida de amor, ausencia de la madre.

El objeto real requiere para su constitución, la pérdida de especificidad propia de la constitución del objeto del deseo como tal.

La madre, en tanto agente simbólico, será la primera encarnación del Otro simbólico, articulándose la noción freudiana de desamparo al concepto de demanda.

Como el signo de la presencia domina la satisfacción, el punto de arraigo de la identificación será con el significante del Ideal, primer sello del Otro omnipotente.

*“El nacimiento del deseo del sujeto es concomitante de la pérdida de naturalidad del objeto, de la transmutación del objeto, que deja de ser objeto de la necesidad para devenir objeto perdido del deseo freudiano”.*¹

Lacan sitúa el concepto de demanda entre el sujeto del desamparo y el Otro.

La madre, como agente simbólico es quien puede responder o no, al “llamado”, al responder la necesidad es transformada en demanda, introduciendo en aquella la discontinuidad del significante y la pérdida de especificidad del objeto (el Otro desde donde el sujeto recibe su propio mensaje invertido).

La estructura del significante se basa en la función de corte y se articula con la función de borde. La relación del sujeto con el Otro se engendra en un proceso de hiancia.

Al producirse en el campo del Otro, el significante hace surgir el sujeto de su significación.

Al funcionar como significante reduce al sujeto a significante, petrificándolo con el mismo movimiento que lo llama a funcionar, a hablar, como sujeto. Este movimiento de desaparición del sujeto se llama afánisis (término que inventó Jones). También Lacan denomina a este movimiento fading del sujeto.

Sin embargo, lo que importa no es la presencia-ausencia del objeto, sino del Otro simbólico. “Este par presencia-ausencia del Otro simbólico, connota la primera constitución del agente de la frustración, que en su origen es la madre. Podemos escribir como S(M) el símbolo de la frustración”.

¹ Diana Rabinovich, clase 9

En tanto esta presencia- ausencia o presencia, se estructura como diferente del objeto, en la medida que el agente, la madre, pueda responder, o no, ella deviene una potencia en tanto aquella de quien depende el acceso a los objetos. Con el significante M, significante de la madre como objeto primordial, se designa al Otro como simbólico y es ello lo que eclipsa al objeto y en última instancia el objeto estructuralmente depende de ella.

“El objeto tiene a partir de ese momento dos órdenes de propiedades satisfactorias, es dos veces posible la satisfacción: como precedentemente satisfecha una necesidad, pero también simboliza una potencia favorable”.

La satisfacción sufre una modificación, ya que ahora no pasa por el objeto de la necesidad sino por la presencia del Otro, lo que importa es que esté o no esté, no tanto que traiga el objeto. Así al eclipsar la presencia del Otro al objeto, éste se vuelve un indicador, de la buena o mala voluntad del Otro. Es un signo de la presencia del Otro y es ahí donde se produce el paso a la frustración de amor.

Hablamos de frustración de amor cuando el niño busca la presencia del Otro y no el objeto que esa presencia le brinda. En este sentido el objeto como don es solo un signo, es prueba de una presencia no importa si satisface o no una necesidad. Lo que interesa es que la presencia instaure una nueva dimensión, una nueva forma de satisfacción exclusivamente humana.

INTERJUEGO DE LO SIMBOLICO Y LO IMAGINARIO EN EL GRAFO :

La constitución del objeto como simbólico se articula con el concepto de don. El objeto en su sentido empírico, “realista”, todavía

no “real”, queda incluido dentro del circuito imaginario $a-a'$, según se mencionó y la dinámica de los objetos parciales, al igual que la de la libido, quedará incluido dentro del movimiento de lo imaginario. Esta dimensión no basta para fundar una dimensión simbólica de la realidad.

La dimensión simbólica exige la dimensión de la frustración de amor como diferente a la frustración de goce, y exige subrayar el carácter simbólico del objeto y su solidaridad con el par presencia-ausencia, como articula Diana Rabinovich (clase 12), ambas frustraciones tienen una inscripción diferencial en el Grafo del Deseo.

Lacan construye el concepto de deseo como la diferencia que media entre la necesidad y la demanda, a partir de la frustración de amor, inseparable del Otro de la demanda.

En un primer circuito la necesidad es significada por la demanda, y así surge como ocurre con toda significación, en el lugar que le corresponde en el grafo del deseo, al mensaje, es decir, $s(A)$.

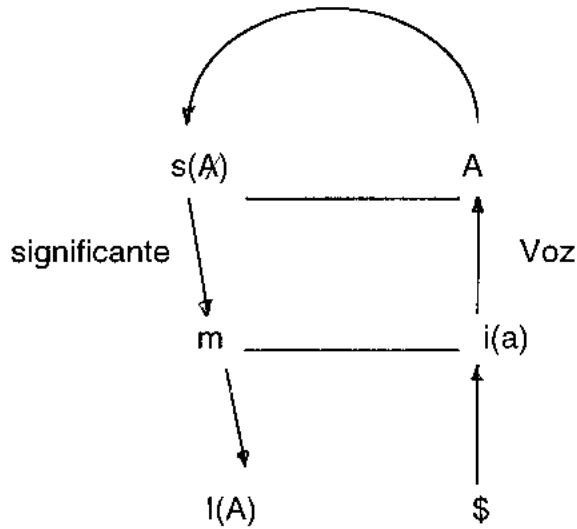
La frustración de goce quedaría restringida al circuito $s(A) - (A) - s(A)$, mientras que la frustración de amor introduce un circuito más complejo, surgiendo en ella una satisfacción particular, propia de la demanda de amor en sí misma, y diferente de la satisfacción otorgada en el nivel de la interpretación de la necesidad por el Otro.

“Esta satisfacción propia de la demanda como tal, es correlativa de la presencia de lo que Lacan llamó el significante del Otro, el significante de su presencia. Que Lacan simboliza con un matema, que está colocado en la flecha terminal del vector diacrónico del grafo, el $I(A)$, el Ideal del yo. El significante de la presencia impulsa hacia la identificación con él y

*Lacan lo califica como sello primero, marca o forma primera de identificación del sujeto que, hasta entonces, no significaba nada.*¹

El circuito se delimita como :

$$\$(A) - s(A) - I(A)$$



A partir del (A) en tanto funciona en la demanda de amor, se constituirá el piso superior del grafo, el piso que permite dar cuenta de la estructura del deseo. La estructura del deseo implica la operación de la privación y la castración.

Ambas se sitúan en relación a un efecto no idealizante de la demanda, en relación a un efecto que no se agota en el I(A).

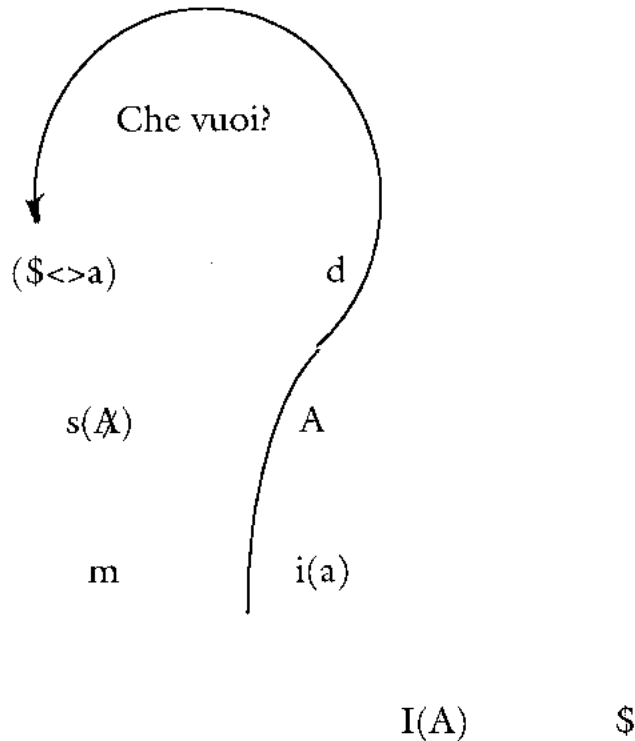
Para construir el piso superior, Lacan incluye un grafo intermedio. En dicho grafo hace surgir a partir del (A) de la demanda de amor un gran gancho, que es tanto un signo de interrogación,

¹ Diana Rabinovich, clase 12

como un anzuelo. Esta pregunta está a la pesca del deseo del Otro, deseo que se presenta al sujeto como enigmático.

Este enigma se asienta en la pregunta de qué provoca la oscilación de la presencia-ausencia del Otro, por qué el Otro no siempre está allí, por qué su presencia no es incondicional y absoluta, por qué se mueve, va y viene. Ese Otro no sólo es capaz de brindar los dones que son signos de su buena o mala voluntad, sino que además es capaz de ir y venir a su antojo.

La pregunta se le plantea al sujeto aún cuando la demanda llegue a “buen puerto”, como dice Lacan, y produzca su efecto idealizante, pues la llegada a buen puerto no es para siempre, no es permanente ni segura. El otro con su vaivén no es el lugar de una presencia absoluta, de una buena voluntad absoluta.



Esta pregunta es la clave para la construcción del segundo piso. Si consideramos la presencia como un (+) y a la ausencia como un (-),

si el objeto otorgado o no, puede significar ese más o ese menos, indicando las ganas o el desgano del Otro, ese Otro funciona a su capricho, ejerce un poder que no está sometido a ley alguna.

Los dones que el Otro otorga, los objetos que da, como dones de su presencia hacen surgir la dimensión fundamental de toda demanda de amor: su carácter incondicional. El don, el objeto que el Otro otorga no son más que sustitutos de la prueba máxima, de lo verdaderamente demandado, la presencia sin condiciones del Otro, un todo o nada que la presencia misma pone en juego.

Esta demanda que es la demanda de amor de cualquier sujeto, no solo del niño, esta es una estructura, no un momento genético, exige incondicionalidad de la presencia del Otro,

Es decir, una presencia absoluta, una entrega absoluta, debiendo ser el Otro un garante seguro de la incondicionalidad de la demanda de amor, que es una de las formas en que reaparece lo que había sido primariamente reprimido, la particularidad de la necesidad, anudada por el significante.

Este Otro sin condición, sería Otro que nunca le falla al sujeto, que no introduciría la ausencia. Pero cualquier experiencia desmiente esta posibilidad de incondicionalidad, pues siempre se introduce el hecho de que el Otro falla, más allá de su buena o mala voluntad, más allá de sus intenciones, por estructura.

Esta falla en el Otro es lo que exploran las operaciones de privación y castración.

“...el anudamiento simbólico introduce a nivel del objeto el hecho de que nada de lo que el Otro brinde, ni siquiera su presencia, basta para saciar la demanda del sujeto, y ese más allá que se dibuja a partir del Otro de la demanda de amor, es el horizonte dibujado por el

deseo del Otro, como algo que no se sacia, a su vez, con el ser del sujeto, sino que desea otra cosa" (clase 12).

Este es un punto insoportable para el sujeto, porque cree no "ser amado", aquí la necesidad lógica sustituye a la biológica.

"Que no sea lógicamente necesario ser amado por el Otro esboza la frustración de amor como intrínseca a la demanda de amor en sí misma, independientemente de cómo el Otro responde desde la realidad" .

¿QUÉ DESEA EL OTRO?

Este desconocimiento en que el Otro deja al sujeto, le es insoportable. Sin embargo, el Otro, es por estructura, no por capricho que lo deja, su incapacidad para responder a la demanda es estructural, surge así el Otro como dividido también, (A/).

El deseo del Otro ocupa respecto del sujeto, una posición de anterioridad lógica, es la condición misma de existencia del sujeto y deja implantadas las huellas del significante en el sujeto, el cual deviene entonces una producción del significante mismo.

Este deseo del Otro, es en sí mismo para el sujeto eso que Freud llamó "acontecimiento traumático", pero se trata de un trauma estructural, no de una contingencia o "hecho" histórico.

"Contingente será...el acontecimiento que ponga en escena, de modos variables, a ese deseo".

La primera operación esencial que funda al sujeto es la alineación: el sujeto para existir, está condenado a aparecer sólo en la división, si aparece por un lado como sentido producido por el significante, desaparece por el otro (o aparece como afanisis). Entonces, el sujeto para existir debe ubicarse en función del deseo del Otro, inicialmente el sujeto es una pura falta, algo que solo existe como

un lugar que posteriormente deberá advenir, así se presenta en la operación de privación.

“El sujeto encuentra una falta en el Otro, en la propia intimación que ejerce el Otro sobre él con su discurso”, ¿qué quiere el Otro de mi?.

PRIVACIÓN Y CASTRACIÓN .

“En cada acceso del sujeto a un cierto nivel del deseo, es marcado” (J-Pontalis).

Un sujeto se constituye por obra de un mecanismo fundante que es la represión primaria, ésta no puede ser levantada ni suprimida, supone en sí un sujeto que tiene una información que desconoce y desconocerá siempre.

Este proceso fundante, constituyente de un sujeto, sufre una transformación, que no es otra, que la que experimenta su deseo por obra de la Metáfora Paterna.

A la salida del Edipo, se establece el proceso de identificación que funda el Ideal del yo, en primer lugar como elemento libidinal orientado hacia la madre como objeto primitivo, luego una relación con un tercer término, el falo, que aporta el elemento diferenciador, la rivalidad o la competencia, y finalmente el niño adquiere una posición simétrica a la del padre. Varón y niña tendrán en cierto momento una relación con un objeto que, por sus características se transformará en Ideal del yo.

La privación juega en este proceso un papel principal.

“En la privación el sujeto es pura ausencia, que se actualizará a partir del encuentro con el deseo del Otro como tal. Esta falta en lo real que el sujeto encarna inicialmente en la privación tiene un objeto simbólico, que en el Seminario IV es definido como, falo simbólico. Este falo simbólico es como tal el significante del deseo del Otro, no se trata del significante del Ideal, se trata de dos significantes diferentes que hay en el Otro como lugar del significante: el Ideal y el falo simbólico”.

Lacan utiliza el término “encuentro” para referirse a la relación entre las palabras y el cuerpo. encuentro designa el régimen de aquello que en el ser hablante, reemplaza a la necesidad, y subraya el carácter contingente del encuentro fundamental con el deseo como deseo del Otro.

“Se conjugan allí dos elementos: por un lado, el deseo del Otro es necesario estructuralmente en la determinación del sujeto, por otro, la contingencia se juega a nivel del azar del cómo, cuándo, del cuál de ese deseo del Otro, deseo que a nivel de la estructura no es ningún deseo particular”. (D.Rabinovich, clase 12).

Este encuentro entre lenguaje y cuerpo es, aquello con lo que nace el sujeto y que lo marca para siempre e incluso es aquello que lo hace nacer.

Es decir que, el advenimiento del sujeto y de la estructura misma del inconsciente, es correlativa a la instauración del lenguaje. Si el sujeto recibe su significación del Otro, el sujeto ocupa como un lugar posible en el grafo, el lugar del síntoma.

Tenemos, un sujeto cuyo deseo es ser deseado por el Otro, deseo que se le presenta como una incógnita, como una pregunta. El objeto de deseo ya no es el objeto imaginario que el semejante indica. “(...) la

falta es el deseo mayor". Porque es en el punto en que el Otro presenta una falla, una hiancia donde el sujeto puede ubicarse y situarse en relación al deseo del Otro, que no es más que la falla misma.

Si el Otro se presenta sin fallas, sin falta, sin ausencia, no hay lugar para el sujeto mismo, en tanto éste desea ser objeto del deseo del Otro. El Otro sin falla, es Otro no deseante, ese Otro todo, poder de la demanda de amor que no da cabida al ser del sujeto.

Aquí se observa una paradoja : conseguir el deseo del Otro es colocarse en posición de objeto y dejar, por lo tanto de ser sujeto. Vemos dos polos en los que el sujeto puede situarse, como sujeto de la palabra y como objeto del deseo del Otro.

El deseo se dirige hacia algo, el pene paterno, que puede ser demandado, simbolizado.

La privación, es distinta de la prohibición. En esencia lo prohibido aparta al sujeto allí donde no puede encontrar nada para significarse. En la formación del Ideal del yo se establece lo inverso, el sujeto enfrentado al objeto de que es privado, lo constituye como significante, como su propia metáfora. El Ideal del yo es la metáfora particular del sujeto, y supone la castración.

La castración está ligada a un deseo que concierne a un órgano, esto significa que para que el deseo atravesase ciertas fases, el falo debe estar marcado por esta situación anterior.

Sólo es mantenido, conservado, en tanto ha atravesado la amenaza de castración. Es en esta relación del deseo con la marca donde hay que buscar lo esencial de la castración, más que en sus efectos.

El desco no está solo como un significante de reconocimiento, hay desde siempre en él un vacío que permite que esta marca adquiera especial incidencia, la incidencia del significante en el hombre.

La cuestión del reconocimiento se transforma ahora en cómo “ser reconocido” como “objeto de deseo del Otro”. Aquello que el Otro designa como objeto ya no es el objeto del sujeto sino aquello con lo que identifica su ser. Si el falo designa la falta en el Otro, entonces la identificación en juego, será el falo.

En la castración el falo es un objeto imaginario, en tanto que lo simbólico es lo propio de la acción. Si el sujeto experimenta la frustración como un daño imaginario, la castración la experimenta como una deuda simbólica.

Lo que importa no es la presencia-ausencia del objeto, sino del Otro simbólico.

Este par “connota la primera constitución del agente de la frustración, que en el origen es la madre. Podemos escribir como S(M) el símbolo de la frustración”.

En tanto esta presencia-ausencia se estructura como diferente del objeto, en la medida que el agente, la madre pueda responder o no, ella deviene una potencia en tanto aquella de quien depende el acceso a los objetos. Correlativamente, el objeto pasa a ser un signo de su presencia, es decir, un don. “El don tiene a partir de ese momento dos órdenes de propiedades satisfactorias, es dos veces posible la satisfacción : como precedentemente satisfecha una necesidad, pero también simboliza una potencia favorable”

Una nueva forma de alineación se instala: “lo que se encuentra así alienado en las necesidades constituye una Uverdrangung, por no

poder, por hipótesis, articularse en la demanda". (J:Lacan, "La significación del falo", Escritos 1, Ed.Siglo XXI).

El efecto de la Uverdrangung –represión primordial- es ese retoño que es el deseo.

La demanda no es demanda de satisfacción, sino de presencia o ausencia del Otro como agente, es decir, demanda de amor.

A partir de la frustración de amor, en algún momento el Otro aparece herido en su potencia, tanto por la imposibilidad estructural de responder a la demanda, tanto por el vaivén de la presencia-ausencia.

La falta del Otro se sitúa más allá de la demanda y abre la dimensión del deseo.

El paso de la frustración de goce a la frustración de amor implica un intercambio de registros entre el agente (S-R) y el objeto (R-S), en tanto que la frustración sigue siendo imaginaria.

El objeto en juego pasa a ser los signos de amor, los signos de la presencia- ausencia del Otro, sus dones.

En cambio, el Otro pasa del lugar de la presencia-ausencia a ser una potencia real en tanto aquella de quien depende la respuesta.

La promoción a lo simbólico del objeto de la frustración por obra del agente que se vuelve real, nos conduce a la privación, en el casillero del cuadro de doble entrada.

La privación implica una falta en lo real, un agujero, efecto de lo simbólico.

La madre herida en su potencia, aparece como sujeto de una acción en lo real, cuyo agente es imaginario. Este paso por la privación (castración materna) es fundamental, para pasar a la castración.

Esa falta se presenta como A/ barrado, deseo del Otro. “La privación materna abre la dialéctica de ser o no ser el objeto que obtura dicha falta: el falo simbólico”.

“La hiancia con su presencia, es decir, esta falta en el Otro materno, opera la sustitución del significante del Deseo de la Madre y en su lugar se instala el significante del Nombre del Padre. El falo como significante se convierte así en la barra que actúa sobre el significado y lo marca. Se impone para que el falo sea un significante, que sea en el lugar del Otro, en el lugar de la falta en el Otro. En tanto está velado como deseo del Otro, es ese deseo del Otro lo que al sujeto se le hace imperativo reconocer. El Otro en tanto él mismo está también dividido como sujeto por la barra del significante.

Es en el reconocimiento de esta escisión en el Otro, que es la madre como deseante, que emerge la pregunta por el deseo”. (D.Rabinovich, clase 9).

El enigma por el objeto del deseo materno implica el paso por la acción simbólica de la castración, mediante la cual el falo simbólico deja lugar al falo imaginario o sea a la significación fálica. Esto implica una desidentificación con el falo simbólico.

Lacan irá delimitando progresivamente la función del falo. En el Seminario IV define al falo imaginario como objeto propio de la castración, la cual es por excelencia una operación simbólica, vale decir, una posición del sujeto en lo simbólico. Ubicado de este modo en relación con la castración, dirá: “el falo es el objeto imaginario de la deuda simbólica de la castración”.

En la castración el falo es un objeto imaginario, en tanto que lo simbólico es lo propio de la acción. Si el sujeto experimenta la

frustración como daño imaginario, la castración la experimenta como deuda simbólica.

Entonces tenemos a un sujeto cuyo deseo es ser deseado por Otro, deseo que se le presenta como una incógnita, como una pregunta. El objeto de deseo ya no es el objeto imaginario que el semejante indica. El deseo se define por ser deseo del deseo del Otro. (J.Lacan, Sem.IV).

Es decir, el sujeto es introducido en la dialéctica del don a nivel del intercambio propio del parentesco por el falo. Esta dialéctica implica un circuito legal de intercambios. El capricho materno, su arbitrariedad, quedan sometidos a la ley, surgiendo el falo como patrón de medida, la unidad que da valor al deseo del Otro, en tanto lo significa transformándose entonces en el punto de medida de todo objeto.

La significación fálica como patrón de medida es producida por la Metáfora Paterna.

La deuda simbólica a esta altura de la castración, introduce la posición del sujeto como inserto en lo humano, imponiéndosele así el orden de la alianza.

El falo imaginario con cuya pérdida para el sujeto paga la castración, o sea, la deuda simbólica, permite su inscripción como sujeto ahora dividido. Insertándose la función de la promesa edípica.

A la salida del Edipo, se establece el proceso de identificación que funda el Ideal del yo, primero como elemento libidinal orientado hacia la madre como objeto primitivo, luego una relación con un tercer elemento, el falo que aporta el elemento diferenciador, la rivalidad o competencia, y finalmente el niño adquiere una posición simétrica a la del padre.

El Ideal del yo es la metáfora particular del sujeto.

El niño se constituye en su propia metáfora por el Ideal del yo, en la declinación y salida del Edipo.

El significante falo guiará su búsqueda en base a los signos primeros de las experiencias tempranas.

Aunque este significante se haya instalado como representante de la ausencia central de la estructura, hay en el significante algo que es una falta que se deja caer. Es inherente a él y por ese espacio vacío es posible el desplazamiento del significante y la producción de significados particulares para cada sujeto.

“El deseo cabalga sobre la cresta de la pulsión” (J.Lacan)

Simultáneamente desde el inicio corren entrelazadas la vida y la muerte, la pulsión es una sola energía y es a partir de la instauración de la Metáfora Paterna que esa energía se bifurca, produciendo nuevos significados, es entonces, cuando aparece la posibilidad de algo propio, en relación a que el deseo es por definición y por estructura, hasta este momento deseo de Otro.

Retomando, con respecto al falo imaginario dice Diana:

“El falo imaginario de la castración es aquello con lo que el sujeto paga lo que podría llamarse el impuesto que le exige el lenguaje, para que su ser viviente pase a nivel del significante. Este impuesto se paga a nivel del cuerpo, que no es el organismo como tal en sentido biológico, sino un cuerpo imaginario.”

El cuerpo imaginario como concepto es más abarcativo que el cuerpo especular, el cual constituye tan sólo un área del cuerpo imaginario, pues lo especular no agota la significación del cuerpo".¹

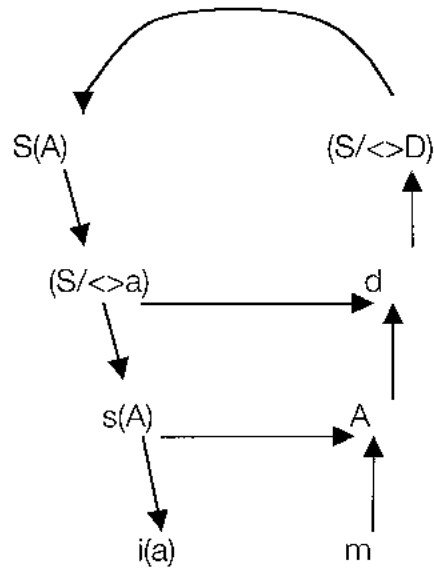
Este objeto imaginario privilegiado no debe confundirse con el pene real. Es a nivel de la significación una respuesta a la castración del Otro, o sea del deseo del Otro.

La castración del Otro es la respuesta que surge a partir del vaivén del Otro de la demanda, y esa castración se escribe como la primera de las respuestas que se encuentra del lado izquierdo del grafo del deseo.

La respuesta es el significante del Otro tachado $S(A/)$. Es un significante que designa al Otro como barrado, y que determina a todas las demás respuestas que se sitúan debajo de él. Se escalonan luego, cuatro respuestas destinadas, de diferentes modos a obturar la castración del Otro, su división. Ellas son: el fantasma, el síntoma o $s(A/)$, y el falo como su significación privilegiada, m , el yo imaginario, y por último, $I(A/)$, el Ideal del yo.

¹ Lacan, Clase 12

LA DEMANDA EN EL GRAFO:



Hay coincidencia entre la línea en que se inscribe la pulsión, la tendencia propiamente dicha, y el lugar asignado a la A mayúscula en el más allá de la demanda-debido a la necesidad estructural de que algo se superponga al conjunto de los significantes para hacer de él un significado, es decir, lo que ponemos debajo de la barra de nuestra articulación S mayúscula sobre s minúscula, aquí en primer lugar el significado es un a significar.

El Fallo es aquél significante particular que en el cuerpo de los significantes, está especializado en designar el conjunto de los efectos del significante, en cuanto tales, sobre el significado. Hay que ir lejos para poder darle significación al fallo. Ocupa aquí un lugar privilegiado en aquello significante que va a producirse en el más allá del deseo, o sea, todo el campo se sitúa más allá del campo de la demanda.

En tanto este más allá del deseo está simbolizado, existe la posibilidad, de que haya aquí una relación del sujeto con la demanda en cuanto tal $(S/ \langle \rangle D)$. La relación supone que el sujeto no se

encuentre totalmente incluido en ella hasta el momento en que este más allá se constituya, si acaso, se constituye articulándose gracias al significante falo.

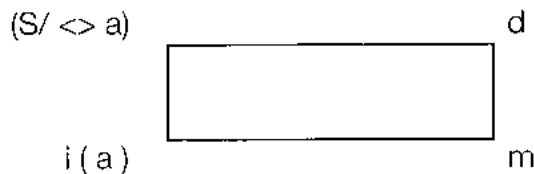
En el más acá, que es el campo de la demanda, el Otro dicta toda la ley de la constitución del sujeto, aunque solo fuese tomándolo en el plano de la existencia de su cuerpo, por el hecho de que su madre es un ser hablante. El hecho de que esta es un ser hablante es esencial (independientemente de lo que piense Spitz), no sólo hay frotectos, masajes con agua de colonia, para constituir una relación con la madre, es preciso que la madre le hable, al niño de pecho.

Más allá de este Otro, si del significante se constituye algo llamado el más allá del deseo, tenemos la posibilidad de la relación (S/<>D), S/ es el sujeto propiamente dicho, un sujeto tachado. Un sujeto humano completo nunca es un puro y simple sujeto de conocimiento, como la filosofía lo construye. Sabemos que no hay sujeto humano que sea puro sujeto del conocimiento, salvo que lo reduzcamos a una célula fotoeléctrica o a un ojo, o a una conciencia. Como analistas sabemos que siempre hay un Spaltung, siempre hay dos líneas en las que el sujeto se constituye. De ahí nacen los problemas de la estructura que nos son propios.

Arriba a la izquierda ha de constituirse el significante del A, S(A/), en tanto que esta Spaltung la conoce, está él mismo estructurado por ella, ya ha experimentado sus efectos. Esto significa que ya está marcado por aquel efecto de significante que es significado por el significante falo. Es A, en la medida en que en él, el falo está tachado, elevado al estado de significante. Ese Otro en tanto castrado se presenta en el lugar del mensaje. Los términos están invertidos con respecto al mensaje del piso inferior. El mensaje de deseo es esto. Pero no es fácil de recibir este mensaje debido a la dificultad de articulación

del deseo por lo cual hay un inconsciente. Lo que se presenta en el nivel superior del esquema nos lo hemos de imaginar comúnmente en el nivel inferior, no articulado en la conciencia del sujeto aunque perfectamente articulado en su inconsciente. Si es, es por esto, está articulado en su inconsciente. La pregunta sería ¿es articulable en la conciencia del sujeto?, si lo es hasta cierto punto, ¿cuál es ese punto?

En el caso Dora, decir que sostiene el deseo del Otro es la expresión más adecuada para el estilo de su posición y de su acción en relación con su padre y la Sra. K. Esta construcción es posible porque Dora se identifica con el Sr. K. Frente al deseo, sostiene en este lugar cierta relación con el otro, en este caso imaginario, indicada por (S/ <>a).



Son los cuatro pies en los que normalmente se puede sostener un sujeto humano.

El sujeto histérico está aquí frente al deseo del Otro, en el histérico, la línea de retorno de (S/ <>a) hacia i (a), está más desdibujada. Por esta razón, la histérica tiene toda clase de dificultades con su imaginario, representado aquí por la imagen del otro, donde se puede ver que se producen efectos de despedazamiento, diversas desintegraciones que son las que le sirve en su síntoma.

El trauma primitivo del histérico: en el histérico se trata de una seducción súbita, una intrusión, una irrupción de lo sexual en la vida del sujeto.

A diferencia de la histeria, en el obsesivo su deseo es deseo de la destrucción del Otro, mientras que la histérica va a buscar su deseo en

el deseo del Otro. En este caso se trata del deseo que ella atribuye al Otro.

Para el obsesivo todo el problema consiste en encontrarle un soporte a su deseo –que para él condiciona la destrucción del Otro, con la cual el propio deseo desaparece. Cuando se trata de su deseo no hay A (Otro con mayúscula) para él, por esta razón busca lo que, en ausencia de este punto de referencia, puede mantener en su sitio dicho deseo, el sujeto sólo puede centrar verdaderamente su deseo oponiéndose a una virilidad absoluta.

CAPÍTULO VI:

CASO CLÍNICO

CASO CLÍNICO :

Los padres consultan “desesperados” por el estado de su hija, muy grave.

Después de interrumpir un tratamiento, queda hospitalizada en otro lugar.

Ellos traen la queja que P hace al equipo anterior, “*que no escuchó su dolor*”, diciendo:

“...Odio a las Psiquiatras, odio a las doctoras del ... Nunca escucharon mi dolor, me tomaron por oligofrénica y mentirosa. Bien acá tienen lo que querían, una enferma del estómago, internada, perdiendo la vida a los 18 años. Yo no doy más, sólo quiero irme. Ahora llevo un mes y 8 días, estoy comiendo, pero he pasado por mucho dolor, tristeza y soledad. Durante cuatro semanas me han alimentado por la vena. Tengo una correa de perro (así la llamo) al cuello por ahí me alimento. La verdad que no es nada lindo, no puedo moverme más que a tres o cuatro pasos de la cama. Al menos llego a la ventana y miro hacia fuera, al estacionamiento y por momento veo a gente haciendo su vida normal, como cualquier ser humano sano, y lo veo a mi doctor saliendo de su auto rojo, él siempre tan dinámico y jovial, como si la vida fuera un regalo muy preciado”.

La ambigüedad de los seres humanos que hablan, se delata en este decir, empujando a P a una encrucijada. Tiene bronca porque “no la escucharon” –los médicos y sus padres- y también porque sólo escucharon, literalmente lo que decía el texto: “*un dolor abdominal*”.

Algo que debía quedar estrictamente en el orden de lo orgánico.

Cuando esto ocurre queda en un callejón sin salida, porque *su dolor no pasa por donde dice que pasa exclusivamente, aunque le duela el cuerpo y aunque no dé más:*

“Qué es lo que voy a hacer, qué es lo que voy a hacer, si ya no hay forma de adelgazar,

comer, comer, porque ya no hay quien yo aguante, si ya no hay forma de adelgazar”.

A partir del momento que los médicos declaran “*su enfermedad*” los padres parecen escuchar su dolor e intentan algo de otro orden.

¿Qué buscan, que alguien pueda escuchar más allá de lo que P dice?, ¿qué los escuchen a ellos en “su dolor”?

¿Qué Otro se haga cargo?

Parecen pedir a gritos que otro les de respuestas, que se haga cargo de ella y de ellos.

La situación es confusa, porque el mismo reclamo viene del equipo tratante, del que ella se queja. *Padres y médicos parecen sentirse impulsados en una cruzada de solidaridad para salvar a P.* Esta situación, lleva a preguntarse ¿será conveniente ir a verla, responder?. No reforzaría esta actitud la idea de que existe alguien que puede salvarla, más allá de ellos y de ella?. ¿Estará P dispuesta a recibir a alguien a quien ella no le puede pedir, porque lo suyo es sólo orgánico?. Ella dijo, previa internación en sala, *“voy a demostrarles a todos que lo mío es orgánico”.* Se corría el riesgo de ser “*vomitada*”, expulsada como la papilla, y en definitiva se confirmaría para ella “*la tragedia de la vida*”, presa como está de esa dialéctica que la empuja a preservar lo que desea, diciendo : “*No*”. *Porque lo que me dan no es lo que espero, es un don que desea recibir para rechazar, esa es su manera de decir “deseo”, pero no lo que me quieren dar.*

Deseo “comer nada”, porque el deseo contradice todo lo que tiene que ver con una “tendencia natural”. Alimentarse va más allá del objeto que satisface la necesidad. Va más allá de la satisfacción por el “pecho” u otro objeto, es una demanda de amor.

Hay aquí un pedido implícito de presencia incondicional del Otro. Otro del que su deseo depende estructuralmente. Para P el descubrir su “sujeción al deseo del Otro, es decir, el primordialmente enfrentarse a la falta del Otro la remite a su propia falta, al insinuarse esa hiancia se produce un desgarró, y aparece la discordancia, en lugar de la complementariedad de las dos demandas, “nutrirla” y “dejarse nutrir” lo que encuentra es el fracaso, el “desencuentro”, porque se encuentran no dos tendencias sino demandas. Ese deseo, en tanto sabemos que la demanda oral tiene otro sentido que la satisfacción del “hambre”, es demanda sexual.

P se niega, invierte el mensaje y “comer nada” es una manera de resistirse a desaparecer como sujeto, -en tanto desea-, satisfaciéndose como demanda.

“Comer nada” es un intento de P de preservarse o protegerse como sujeto frente a un deseo de Otro voraz, insaciable”.

Freud nos recuerda que para el hombre “nutrirse” está unido a la buena voluntad del otro, unido a este hecho por una relación polar. Esto indica que no es sólo del pan de la buena voluntad del otro del que el sujeto tiene que nutrirse, sino directamente del cuerpo de aquél que lo nutre. Lo que llamamos relación sexual es eso a través de los cuerpos. Y la unión más radical es la de la absorción original, que caracteriza lo que es la fase oral.

Los padres desconcertados creen como P que lo suyo es sólo orgánico. Qué pueden entonces ellos hacer? Desde su perspectiva dejan a P a merced del criterio médico.

Tal como está planteada la situación, se considera empezar a trabajar primeramente con los padres. En ese tiempo se pautaría qué tratamiento seguir.

Lo intentado hasta el momento no había producido efectos, en el sentido de su salud, *los síntomas se intensificaban*.

La anorexia para Freud, era un síntoma que había que hacer desaparecer rápidamente.

La apuesta, era una apuesta a la vida; para eso hacía falta trabajar con los padres y hermanos en una misma dirección, los cuidados que P requería para vivir, implicaban su "reeducación alimentaria", al decir de los médicos.

¿Qué pasaría cuando dejaran de alimentarla artificialmente, cuando le quitaran la "correa de perro", como ella la llamaba, si su *deseo era "comer nada"*?

"Me quedo con la libertad, sueño eterno de los poseídos, me quedo con el alimento de sabor sintético".

DINÁMICA FAMILIAR :

La madre ama de casa, tiene estudios universitarios reiniciados que con la enfermedad de P se interrumpen *"se siente obligada a renunciar para acompañar a su hija"*. Siente bronca...y calla.

"P" dice *"todo lo que empiezo, lo dejo..."*.

· Ella renuncia a lo que quiere : al teatro, a la danza...

La madre desde hace alrededor de tres años , prepara alumnos secundarios en su casa porque el padre tuvo un “**quiebre económico**”, siendo el único sostén de la familia.

El padre, es quien se moviliza y parece muy preocupado por su hija, ya que de una u otra forma van a tener que inventar nuevas modos de relación entre ellos y con P.

La vida de su hija está en sus manos y ninguno de los dos sabe cómo tratarla , cómo ayudarla, qué hacer. Sus intentos fracasaron.

Cuando intervienen cada uno con su modalidad , no se ponen de acuerdo :

“El padre desaprueba todo lo que viene de P y la madre la complace en todo”.

“El padre fuerza el control –con mucha alharaca- sobre su esposa y su hija, aunque no logra los efectos deseados y se desespera, la madre aliada a su hija parece desconfiar de”lo psicológico” a pesar que reconoce la modalidad hipercrítica, y extremadamente perfeccionista de su hija, quien conoce por ejemplo, todas las calorías, proteínas y vitaminas de los alimentos, y vive viendo lo que ella no puede ver: “verla gorda”, aunque al padre le gustaría”.

Para el padre *comer* está muy valorado, por algunas historias que le contaron acerca de “hambrunas en la guerra”, y porque nunca tuvieron de más. Aprendieron a cuidar el peso y maximizar los rendimientos. Además su madre, cuando él era chico y no quería comer, le recordaba que había otros que desearían comer y no tenían cómo.

Mientras que la familia materna, pudiente, ideológicamente comprometida con los intereses de los que tienen más, a ellos nunca les faltó en lo económico.

A la hora de comer en familia, cada uno pone en juego su criterio, sin poder ponerse de acuerdo; la madre observa, reflexionando, claro como P no va a tener problemas con la comida : si *él le dice comé y yo le digo no comas!*.

Podríamos hablar en P de un primer tiempo fundamentalmente de goce.

En otros momentos, después de la aceptación del tratamiento y de lamentarse que hiciera falta tanto dolor para que sus padres tomaran una determinación con respecto al tratamiento por su “*desorden alimentario*”, como si les reprochara que le hubieran hecho caso.

Se observa que P deja de estar en la “queja hacia los otros” para empezar a pensar, qué le pasa a ella.

Momento de desafiarse y decir, “*siempre estuve traumada con mi cuerpo, no podía aceptarlo*”. Desde los 9 o 10 años, pero me daba vergüenza esta enfermedad.

“Miedo a enfrentar las cosas, lo que pasa, lo que uno es. Que uno se equivoca, que uno tiene errores. Yo ahora me estoy fijando mucho en mis defectos. Antes era decir: no soporto a éste, ahora soy yo”, el problema es mio. Si uno tiene resuelto lo de adentro, lo de afuera es más llevadero. Lo de adentro: cómo soy. Me da miedo asumir como soy. Y es una lucha de todos los días, terminate la comida. Es una enfermedad tan estúpida, me da vergüenza no tener hambre.

Físicamente nunca me gustó como soy, ...y quiero ser más sueltita...qué tiene que ver no comer con ser más “sueltita”, claro, de eso me doy cuenta ahora. Me da miedo. Mi cuerpo es feo, enfermo, los pies chuecos, la panza, yo se que no es grasa ni nada, pero la tengo sobresalida. Yo no tengo forma, no tengo silueta de mujer”.

A los 9.,10 años me sentía re-bien, pero a los 11 “me quedé ahí quieta para siempre”.

La aparición de los caracteres sexuales secundarios implica una nueva imagen del cuerpo difícil de subjetivar para quien la adolece. Este cambio es vivido en forma traumática por los requerimientos de la sexualidad que se ponen en juego “a los 11 estaba re-traumada con mi cuerpo”. Cuando a esa edad estuve enferma en cama, la hermana de una amiga, me dijo: ¿por qué si comés tan poco, sos tan gorda?. Las fantasías comunes en las púberes giran alrededor de ser “gordas”, “locas” ...imágenes que irrumpen a la manera del trauma, de una exterioridad vivida como irremediable.

La anorexia se presenta como la respuesta disponible del lado del sujeto que la pulsión de muerte desencadena, irrupción de lo real cuando el sujeto no dispone del fantasma en su plena función en tanto cobertura imaginaria. Según Freud estamos frente a la energía “no ligada” de “Más allá del principio del placer”. En los sujetos neuróticos este fenómeno reclama una inscripción.

“Al decir soy anoréxica, el sujeto representa al significante para otro sujeto, invirtiendo la lógica del significante”. La presentación desde la identidad del ser anoréxico tiene la función de obturar el intervalo para la pregunta por el sujeto, que por supuesto, desconoce quién es.

Freud tiene la hipótesis, que la anorexia nerviosa de las adolescentes “representa una melancolía en presencia de una sexualidad rudimentaria”, concluye “la pérdida de apetito equivale en términos sexuales a la pérdida de la libido”. En la clínica se observa este fenómeno como caída del deseo por un lado, típico de las melancolizaciones, pero también como manifestación histérica del deseo insatisfecho, una verdad que arroja la histérica cuando de la sexualidad algo se juega en relación al otro.

“Me daba mucha vergüenza menstruar, odiaba”. “Es como que a mí se me cierra la boca y se me cierra la boca para todo”. “Es como un apagarse, como que uno se apaga y deja todo”. “Es como caerse adentro de uno mismo”.

La libido sexual es un excedente que torna vana toda satisfacción de la necesidad, allí donde ella se ubica y si es necesario rechaza la satisfacción de la necesidad para preservar la función del deseo, y esto se confirmará, que por el mismo hecho de que esta boca que tiene hambre se expresa a través de esta misma boca, en una cadena significativa. Es por allí que entra en ella la posibilidad de designar la nutrición que es el deseo ¿qué nutrición? La primer cosa que resulta de ello es que ella puede decir, esta boca, esta no, la negación, el descarte, a mí me gusta esto y no otra cosa, entra allí donde estalla la especificidad de la dimensión del deseo.

La paciente :

Su internación de urgencia, luego de haber sido tratada con “Reliveran” sin mejoría, se debe al cuadro que presenta, un “*dolor abdominal intenso*” y “*vómitos*”.

Síntomas que no ceden, por el contrario se intensifican, promoviendo su internación.

Los estudios muestran el abdomen distendido por la cantidad de liquido ingerido, y la amilasa en valores muy elevados.

En la sala del Hospital, una semana después escribe:

“Vuelvo a la ventana y el cielo ennegrece y la noche nunca acaba. Es como un tumor fuera del cuerpo que mantiene un dolor inevitable. Son tantos los calmantes, los remedios, la falsedad que reprocha el cuerpo. Ni la comida es normal. Ya no puedo seguir sin alimentarme, ha pasado una semana y solo vivo de sueros y remedios. ¿Vivo o sobrevivo?. Mi

familia me mira con pena, como si mi sufrimiento se trasluciera en mi cuerpo, y así es, más es la tristeza la que me ata a este cuerpo enfermo”.

La enfermedad recrea los lazos entre madre e hija, en una proximidad que hace pensar en la posibilidad de una presencia absoluta. La madre no pone obstáculos al reclamo de P.

La madre no puede decirle “No” sosteniendo la ilusión de que es posible la condición de su presencia absoluta.

Si las palabras conllevan insuficiencia de sentido, es posible que el alivio comience a manifestarse. No es el caso de P, donde el “exceso de sentido” es lo que parece primar.

Si las palabras pueden operar como panaceas es porque tienen el poder de generar pensamientos, que sirven para restituir “la integridad del universo significativo del sujeto afectado por la dolencia”. En el caso de P las palabras produjeron ese efecto, pero en sentido negativo. A la inversa: cuando el médico le dice “lo tuyo es psicológico”, se agudizan los síntomas.

Cuando inmediatamente realiza el control clínico, por su desorden alimentario y le proponen una modalidad de tratamiento más intensiva, afirma: “yo les voy a demostrar a todos que lo mío es orgánico”.

Aquí podemos encontrar conexiones entre la dolencia física y “pensamientos inconscientes”. Desde el psicoanálisis podría decirse, los órganos hablan, o mejor, “son hablados”.

El sujeto no espera conclusiones anátomo-fisiológicas para pensar su cuerpo, siempre imagina tanto el exterior como el interior, aunque sus ideas disten de ser correctas.

Si el cuerpo está marcado por el significante. Por este hecho el cuerpo es “una ficción”, una realidad ficcional. El sujeto “no se reconoce a sí

mismo formando parte plena del cuerpo, en cierto modo su organismo biológico le es extraño”.

Por esto, en relación con sus trastornos orgánicos el sujeto suele reaccionar con tolerancias e intolerancias en algunos aspectos similares a las que le provocan las “realidades ambientales”.

¿Cuál es la realidad que rodea a P?

Su realidad está signada como en el niño, *por la relación primitiva con su madre.*

¿Es posible para P pensar su cuerpo sin apelar a esta relación primordial? ¿Es posible construir la “propia imagen” sin el recurso del Otro simbólico?

En el orden simbólico la realidad está organizada por la red de significantes, de los cuales el pensamiento es su armadura, y en esta dimensión de lo simbólico participan tres personajes , de los cuales el principal es uno.

La madre asume tres posiciones diferentes, como el primer Otro que con su presencia o ausencia permite al niño integrar lo simbólico, basta con que ella esté o no esté para que el niño participe de lo simbólico.

En P hablamos de una presencia del Otro que parece absoluta. Es decir, de una madre que siempre está: de una alimentación en exceso.

Pero también la madre es el primer otro semejante, y fundamentalmente se tratará de una madre deseante.

¿Qué ocurre con la madre de P como deseante?

El significante del Nombre del Padre, significante que está por fuera del ternario simbólico, y desde el exterior le da consistencia, opera. La paciente es neurótica, sin embargo, hay en el deseo de la madre un

“hambre voraz”, ella siempre está, no puede decir no. Esta situación arroja a P al borde buscando crear el límite para no caer y el tope a esta “voracidad” lo pone su propio cuerpo, sin palabras.

Algo traspasa la barrera que el cuerpo intenta y cae. Algo desde afuera promueve el sostén: “es como un tumor fuera del cuerpo que mantiene un dolor inevitable”.

Algo se escapa, hay una pérdida, pérdida de naturalidad.

“Antes que me internaran yo estaba re-mal. Deprimida.”

“Es como que se ha ido desintegrando todo”

*La realidad es ese montaje construido de imágenes, representaciones contextuadas bajo el orden simbólico. Pero para que la realidad exista, para que el acceso a la realidad humana sea posible, hace falta algo más, y eso es, *insatisfacción*.*

Es preciso que la puesta en escena, que el montaje encuentre un borde, un límite, bajo la forma del objeto que se escapa.

Mi familia me mira con pena, como si mi cuerpo enfermo...más es la tristeza lo que me ata a este cuerpo. ¿Cómo pensar un sujeto que además de no identificarse con tendencia alguna al buen funcionamiento de su existencia biológica, se opone a ella, que es lo que ocurre en el “hambre de nada” de P?.

En el anoréxico es la “adecuada” ingesta de alimentos, lo que no se tolera, lo que produce el malestar del sujeto. ¿Por qué?.

¿Por qué un sujeto concibe su existencia, separando su alma de su cuerpo?.

Al respecto, Freud observaba en su práctica la desaparición de sufrimientos neuróticos como consecuencia de la manifestación de una

grave enfermedad orgánica. Escribía *“un padecimiento queda...sustituido por otro y vemos de que de lo que se trataba era tan sólo de poder conservar cierta medida de dolor”*.

¿Qué se satisface?

Cuando Freud descubre a *Emmy von N.* arrojando el pastel por la ventana y le prescribe beber agua alcalina y le prohíbe hacer correr al postre su suerte habitual, la paciente se muestra contrariada y dice:

“lo haré porque usted me lo demanda, pero le anticipo que será para mal, porque mi naturaleza lo rechaza, y mi padre era igual”.

¿De qué naturaleza se trata?

¿Cuándo hablamos de “comer nada”, de qué hablamos?

Estamos en la dialéctica que introduce la acción del significante en el cuerpo, es decir, en la pérdida de naturalidad, como “puro biológico”, de la necesidad que no es tal.

Cuando interviene la satisfacción de la necesidad y sustituye a la satisfacción simbólica, por la misma sustitución la necesidad sufre una transformación: el objeto real adquiere el valor de simbólico, el objeto se ha convertido en símbolo o casi, pero lo que adquiere valor simbólico es la actividad, en el caso de P, es la negación como actividad, el modo que tiene el sujeto anoréxico, de hacer jugar su deseo.

El objeto real en sí mismo es indiferente, no tiene ninguna necesidad de ser específico, si no es el pecho de su madre, no por eso perderá el lugar que le corresponde en la dialéctica sexual. Su resultado es la erotización de la zona oral.

La actividad ha adquirido una función erotizada en el plano del deseo, el cual se ordena en el nivel simbólico.

El deseo inconsciente, indestructible, eterno...

En P "comer nada" es comer algo que existe en el plano simbólico. Comiendo nada hace uso de esa ausencia que saborea, frente a su madre, de quien depende y la deja en una situación de impotencia. La nada hace depender a su madre de ella.

La oralidad queda capturada por la dialéctica libidinal. Cuando se introduce en lo real el vuelco simbólico de la actividad sustitutiva, la madre, es decir, ese lugar donde podría manifestarse la presencia o ausencia -lugar de la exigencia simbólica-, se convierte en un ser real que plantea un interrogante sobre la irrealidad de la relación primitiva del niño con su madre.

Dado que la madre puede rehusar eternamente, lo puede literalmente todo.

P invierte la situación, y es ella quien rehusa comer lo que su madre le da. Intenta desde su posibilidad preservar su deseo.

Algo que es del orden de la pulsión y queda capturado, en otro orden, el del amor, se satisface.

Se puede soñar, -por una proyección retroactiva-, que todos los objetos imaginarios están capturados en el seno del cuerpo materno. Esto es posible porque la madre constituye un campo de nadiación simbólica, como en una pantalla todos los objetos quedan atrapados en él. El sujeto capta la totalidad de su cuerpo reflejada en la pantalla del Otro, que su madre es.

En esta reflexión especular, ocurre algo que se experimenta como un triunfo:

La paciente dice: "antes de que me internaran estaba re-mal y pensaba qué lindo estar tirada en una cama", sólo enferma podía estar en una cama, como cuando a los 11 años, estuvo enferma tirada en una cama y logró bajar de peso. Esto le produjo cierto júbilo y quiso continuar y bajar y bajar. Dice: "me fui para no hundirme -estaba depresiva- pero me hundi igual".

¿Qué hace falta para que el deseo sobreviva y no morir?

Porque para P su deseo, expresado en la acción del No, no se elabora en este plano del negativismo, sino en el del objeto, objeto que se ha revelado bajo el signo de la nada.

Con este objeto anulado en cuanto simbólico, le hace obstáculos a su dependencia materna, para preservar su deseo, alimentándose de nada.

Con la enfermedad y con su internación P logra hacer depender a su madre de ella, invertir la omnipotencia de la madre.

"La intencionalidad del amor constituye muy precozmente, antes de cualquier más allá del objeto, una estructuración fundamentalmente simbólica, imposible de concebir sin plantear que el propio orden simbólico está ya instituido y presente. El ser humano está implicado todo en el baño del lenguaje. El lenguaje lo preexiste".

Por un lado algo se satisface, por otro qué reclama P a "gritos con su cuerpo"?

El grito en tanto reclama una respuesta, no es señal, se produce en un estado de cosas en el que el lenguaje ya está previamente instituido, el lenguaje se apodera del niño, quien articula las primeras migajas en la alternancia, presencia-ausencia, del juego.

OTRO MOMENTO:

En la primera oportunidad que tiene P de hablar acerca de su situación, dice, dirigiéndose a sus padres:

“Tuvimos que llegar a tal punto para que entendieran...”

¿Empieza como a esbozarse algo que va más allá de lo “puramente orgánico”? ¿Se lamenta P de que la interpretaran, sus padres y los médicos “literalmente”, cerrando sus posibilidades?

Son otros los efectos que se producen, cuando la madre de P rompe “su promesa de amor incondicional”, cuando le es imposible permanecer todo el tiempo en el hospital junto a su hija y decide ir a su casa y atender a sus otros hijos. No sin esfuerzo. Y permite que el padre la acompañe.

La demanda es demanda de amor. P se frustra cuando empieza a esbozarse el deseo de su madre y ella comprueba, que está más allá. Se produce así el paso de la frustración de goce a la frustración de amor y es entonces, que el Otro, su madre, aparece herida en su potencia, porque estructuralmente “no puede” y porque va y viene.

Si su madre no dice no, la empuja al límite, al borde para no caer. Alguien debe poner un freno a este caos que sus padres consienten:

La paciente siente impotencia. Tal vez, si ellos fueran menos obedientes, ella podría acotar su dolor.

“Mi papá es infantil”. “A mi mamá hay que decirle todo lo que hay que hacer, no sabe resolver pequeños problemas”.

“Son como dos niños; no sé si adolescentes. A mi mamá le cuesta separarse de su vínculo materno. Es como una niña que no sabe asumir las cosas, las responsabilidades.

En la casa se le desorganiza todo. Mi mamá un día me dijo : vos no me ayudés, pero es mentira, no yo no quiero que hagas nada”.

Si pudieran sus padres mirarla menos insistentemente ... podría,

“Quisiera perder esa mirada, o quizá es otra mirada, yo cuando era chica la cuidaba a mi mamá, acostumbrada a que le hicieran todo. Para mi yo quiero ser la mamá de mi mamá. Yo quiero ser la mamá de mi papá, no, no, la mamá de mi hermano. Para mi papá siempre fui una carga. Mi mamá me confunde en lo que quiere mi papá, tal vez pienso así de mi papá porque ella lo siente”.

Porque la verdad yo no dejaba de ser mamá. Hasta me molesta que mi papá intervenga.

¿Interdicte?

¿Separe?

Siente bronca y no puede hablar de eso.

“Bronca porque su madre la deja y bronca porque le dejan las riendas de una situación que sola no puede manejar”, excepto al costo de su propia vida. Ella dice “encono”.

“Ha pasado tanto tiempo y yo sigo en el mismo sitio, atada al cuello cansada de olor a hospital, de esta rutina enferma. A veces pienso que nunca voy a poder salir de este cuarto pálido con oxígeno marchito. De vez en cuando el sol se escabulle por la ventana, el cielo se transparenta en la frescura del mar y se envuelve en las nubes como espuma avidas de primavera. El tiempo se estanca y las horas parecen no existir. Allá afuera todo es tan distinto si tan sólo pudiera caminar más allá de estos tres pasos a los cuales me ata mi condición de enferma. Yo no lloro, pero sufro y cómo sufro. La vida sigue en las calles pero acá adentro es un entierro, es un dejar de pertenecer al mismo mundo todo gira, todo gira. Por el momento olvido los lugares a los que en mi vida pasada le rendía cariño,

todo es tan raro, se distorsionan las formas en mi cabeza y la gente ya no es más que espectros, los que se esfuman como humo en la oscuridad pesada de mi soledad”.

P sufre y como no puede llorar, su cuerpo grita su dolor, su cuerpo todo es un grito.

Es lo que ocurre cuando fracasa en su intento de establecer un límite. Ella se encierra en su armadura, apela a la realidad constituída por la red de significantes para sobrevivir, se arma de los significantes que se repiten y de los que nos determinan un lugar, pero no es suficiente, la realidad es más que eso. Algo se le escapa, *algo que es insatisfacción, es preciso que este montaje de la realidad encuentre un borde, un límite bajo la forma del objeto que se escapa.*

La realidad no solo se sostiene con la presencia del Nombre del Padre, con la libido que queda excluída por la diferencia que existe entre el cuerpo fragmentado y la imagen unificadora, sino también, se sostiene porque hay pérdida. No hay realidad si no hay resto.

La madre o su representante, es el primer objeto simbólico, el primer objeto semejante y el primer otro deseante, lo que significa que es Otro que mira hacia el significante fálico. Hay algo del orden del trazo que a partir de la madre como Otro, va a estar marcado, ella ha podido identificarse al Ideal del yo, es decir que simbólicamente, hay un trazo con el cual se identifica. Esta identificación es, a un trazo, **que se mantiene regular a pesar de la repetición incesante de lo diferente en la vida de un sujeto.** Si esto existe, es por lo que se constituye y se funda como sujeto, es por ser “ser que habla” que existe la represión primaria, que no puede ser levantada ni suprimida y que supone un sujeto que tiene *un saber que desconoce y desconocerá siempre.*

Sin embargo, algo ocurre cuando el Otro primordial muestra la hiancia, cuando aparece la falta en el otro materno, opera la sustitución del significante del deseo de la Madre y ocupa su lugar el del Nombre del Padre. El falo es la barra que actúa sobre el significado y se impone porque es un significante, *el significante fálico. En el reconocimiento del deseo en el Otro que es la madre como deseante, emerge la pregunta por el deseo.*

. En la paciente se produce un movimiento, que cuando se enfrenta al deseo de su madre, obtura la *falta. El fantasma es el recurso que la defiende de la falta en su madre y la enfrenta a la propia falta.*

En el grafo del deseo, podríamos ubicar su situación, en el primer piso, en el circuito especular, donde el Otro, (A) fija los significados para P, desde una posición de amo, ocurre porque aunque la Metáfora Paterna ha atravesado las cristalizaciones imaginarias, algo del deseo de la madre fálica, se cuele y se juega. No puede dejar de escuchar las voces del mandato superyoico, que le grita: “gorda, fea y lechona asquerosa, me das repugnancia, te detesto, más vale que no sigas así porque sino te vas a morir”, que la llama a la perfección, al goce: tomada por la pulsión para responder al deseo del Otro: *“Cuando haga algo que me guste yo me voy a dar cuenta, por ahora, me gusta la música...todo lo que empiezo lo dejo, por un miedo tremendo al fracaso”*. Pero, por otro lado, cuando aparece el deseo de la madre que le remite a su propio deseo, ¿qué hace?, *lo anula, ¿es su posibilidad de ser un sujeto, hacer desaparecer su deseo?. Ella queda entrampada en su propia red, “no hago lo que supongo que quiere de mi, invierto la posición, me convierto en amo y muero, porque en este camino circular no hay posibilidad de intercambio”*.

Una vez más vuelve al lenguaje mudo del cuerpo. Su cuerpo es el portavoz de las significaciones que la marcan, y pone a funcionar un fantasma:

“No se si es miedo o intriga, o me fundo en sueño y despierto aturdida, la respiración me engaña pues respiro y el aire no me alcanza. Solo quiero escapar y corro con los ojos cerrados y las manos tapando mis oídos por el pasillo y llego casi llorando al cuarto de mamá; soy tan pequeña, tan frágil, mamá me acaricia y la tranquilidad vuelve a mi como una fragancia. Ya no duermo hasta más tarde, no le contaré nada a mamá, creerá que es absurdo, que yo lo invento todo: pero están ahí; aún los oigo, los veo como una oscura nube en el pasillo, reflejada en la puerta del armario, en el techo, en el piso, en la ventana”.

El fantasma es una revelación del análisis y se construye para atravesarla, es una máquina capaz de domar al goce y su función es semejante a la del juego, la de producir a partir de una situación tanto de goce como de angustia, *placer*.

El fantasma tiene una función de consolidación, una producción imaginaria que tiene el sujeto a su disposición para ciertas ocasiones más o menos frecuentes. Pero este fantasma empieza a tambalear, “puede ser una niña débil y frágil que se apacigua con las caricias de su mamá”.

¿Quizá a la manera histérica podrá producir su metáfora, es decir, algo nuevo, algo que remita a otro significante?.

DEL SÍNTOMA COMO RESPUESTA A LA PREGUNTA:

Con la promoción a lo simbólico del objeto de la frustración por medio de un agente que se vuelve real, nos acercamos a la privación,

este paso por la castración materna es fundamental para pasar a la castración, es ahí cuando surge la pregunta.

¿Cómo se posiciona P frente al deseo del Otro?

El enigma por el objeto del deseo materno lleva intrínseco el paso por la castración.

El falo es el objeto imaginario de la deuda simbólica de la castración.

¿Cuál es la deuda que siente P que la lleva a querer pagar con su vida?

¿Hay algún lugar para ella en su casa, algo más allá que ser la extensión de sus padres?

¿Queda el capricho materno sometido a la ley?

Es porque se pierde el falo imaginario para pagar la deuda, que se hace posible el intercambio, su inscripción como sujeto dividido. Este impuesto que se cobra el lenguaje para que un ser viviente pase a nivel del significante, y se constituya en su propia metáfora, se paga a nivel del cuerpo.

ALGO SE DESLIZA.

*“Yo siempre esperaba el resultado perfecto, inmediato y hermoso”.
“Me estoy aceptando ahora, ser humano. Tener imperfecciones”*

Pero me está pasando ahora lo del cuerpo, “me veo gorda”.

El sábado fui a bailar y me acordé de vos. Te sentí re- como que compartía eso con vos.

Esa parte creadora, fantasiosa, esa parte emocional.

Mitad fantasía y mitad no.

Cuenta un sueño:

“Seguía a dos chicos que no sabían como cuidarse. Cuidarme de que el mar no me agarrara. Me decían vos no, pero yo igual los seguía, pensando dónde están mis viejos y los llamaba y no se escuchaba mi voz”.

He pensado, dice: “era la aceptación de la diferencia en ese lugar y yo estaba tan segura de mí misma, que no me importaba nada. Yo era eso. Era como mantener *mi individualidad*. Esa inhibición que me excluía, no existía “.

Era el mismo lugar. Seguir siendo yo misma en el mismo lugar, con mi individualidad.

He hecho como bastante cambio en mi vida:

“Estoy saliendo más, no a la calle, sino de mi de esa barrera que no se podía caer. Que me separaba de mis afectos”.

Le conté a mi mamá, que conocí a un chico extranjero y mi papá dijo: nunca te has ido a hablar con los chicos de la villa. Mi papá es como que no me reconoce nada, él tan crítico.

El no quiere compartir, *quiere imponer*. Mi papá controla todo pero todo con la plata.

Me da la impresión de que no tengo un lugar en mi casa.

“No me dejan salir de ellos”.

...No me acordaba la letra y empezaba a decir la letra de otra y otra..., lo de ese autor de teatro.

Y decía la letra :

“Hace mucho que dejé de ser una persona; ¿por qué? no lo sé, ¿Antígonas, no fui yo?, ¿Ana Frank acaso no fui yo, cuál?”

¿Cuál es el juego entre el goce y el deseo que expone a tal límite al cuerpo del sujeto?

El fantasma ejerciendo su plena función en tanto respuesta del sujeto al deseo del Otro y a la regulación de los goces que se juegan en todo lazo social, requiere de un tiempo anterior que es el de la prueba por el deseo del Otro.

En la anorexia con el rechazo del sujeto al circuito de la necesidad a cambio de la demanda por la prueba de algún deseo en el Otro, generalmente se trata de la madre.

El objeto de la necesidad no es el alimento del deseo, más bien obtura la falta en el Otro como condición necesaria para *que se despliegue el deseo*.

Cuando el Otro dice: “**comé**” es la enunciación del superyo que dice: “**gozá**”.

La respuesta del sujeto es simétricamente opuesta: “**No como**”.

El superyo que ordena gozar transforma la *demanda en un mandato*. En este caso de muerte.

“*¿Antígonas, acaso soy yo?*”.

Es que falta la otra pregunta : me ordena que coma, pero qué quiere de mi?

La imposibilidad de formularla es lo que no permite al sujeto ubicarse en el intervalo S1-S2 . Ofrece a cambio su propia desaparición al deseo del Otro, sin sustitución posible.

CAPÍTULO VII:

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES:

A) DISCURSO MÉDICO:

El crecimiento de las distintas disciplinas se hizo manteniendo el “soma” y la “psique” separadas, la vieja unidad del alma con el cuerpo se reeditará en los nuevos tiempos, con otros términos: “lo psicosomático”.

Lo psicosomático es producto de la interrogación del médico.

Hoy, el campo médico logró abarcar todo el cuerpo social, demarcándose las distintas especializaciones, incluyendo las cuestiones del alma, surgen así las “ficciones explicativas”.

Las “ficciones explicativas” son las respuestas que las ciencias dan, los nuevos “conocimientos” que surgen, para tapar los “desconocimientos”, “lo desconocido”.

El organismo humano (o cuerpo de las ciencias) es un complejo sistema donde lo que falta es la estabilidad y el equilibrio.

Los trastornos psicosomáticos, quiebran esa “supuesta estabilidad” que se le atribuía al organismo y ponen en cuestión las categorías con las que pensamos.

Las perturbaciones se extienden cuando lo que se ofrece ignora las particularidades de lo que los sufrientes reclaman.

El discurso médico tiende a vaciar al organismo de toda carga simbólica o mítica.

B) DISCURSO PSICOANALÍTICO:

El discurso psicoanalítico tiende a descubrir relaciones entre afecciones somáticas y “pensamientos inconscientes”; podría decirse que los órganos hablan o mejor que “son hablados”, acepta la realidad mítica.

Para el psicoanálisis rastros de las viejas ideas retornan, aquello que las ciencias excluyeron en cómo pensar el organismo humano, retorna bajo distintos tiempos en distintos contextos.

El psicoanálisis trabaja con el sujeto que la ciencia excluye y trata de volver pensable, una situación dada en un comienzo en términos afectivos. Interviene para hacer aceptables los dolores que el cuerpo rehúsa tolerar.

Reconoce la dimensión humana como “ficcional”, al cuerpo lo afectan meras palabras, y por lo tanto ya no se trata sólo de operar con un funcionamiento orgánico-biológico, sino también con una anatomía mítica o fisiología del lenguaje.

Por esto, los procesos orgánicos están sujetos a ordenamientos y transformaciones cuyas estructuras son simbólicas.

El cuerpo se convierte en el portavoz mudo de significaciones particulares, que no tienen eco por la vía de la palabra, escapando a la conciencia –a la razón.-

A través de los malestares y trastornos corporales, la paciente contradice el “supuesto saber absoluto del médico”, del saber total, quiebra este concepto médico, en cuanto a la imposibilidad de aliviar todos los males, de abarcarlo todo.

Al cuerpo lo afectan palabras, realidades de ficción, significantes.

El cuerpo está atravesado por el significante determinando éste la falta de “naturalidad” para el ser que habla.

El significante produce escisiones o cortes sobre el cuerpo.

-Las dolencias del cuerpo, en general, no son las mismas hoy que en la Edad Media.

-El cuerpo en general, y las lesiones de órgano en particular son correlativas a la aparición del instrumento hecho para detectarlas.

-Es decir, hay una dolencia propia de cada época de la ciencia. Por ejemplo, un “cáncer de esófago”, tal vez era una afección desconocida de ese mismo órgano mil años atrás.

-Cada cuerpo tiene una época correlativa a la época de la ciencia.

-Este cuerpo está como estallado, es diferente del de mil años atrás-

-La lesión del cuerpo hoy, al menos para determinadas circunstancias, no existía antes.

Las lesiones son propias de una determinada época.

El cuerpo es algo que se soporta, se sufre, se experimenta, se gasta, se desgasta.

-El cuerpo es un lugar de goce. Goce: porque es allí el máximo de tensión, de gasto, de exigencia. Goce significa dolor y desgaste.

Este cuerpo aparece en el análisis como el cuerpo que es y no es, nuestro, en la medida que el otro que está frente a mí, remite hacia mis imágenes.

-“Mi” cuerpo es y no es mío, en la medida que el otro que está frente a mí devuelve mis imágenes, ahí es mío.

C) ANOREXIA:

La demanda oral significa otra cosa que la satisfacción del “hambre”. El ser humano en su desamparo inicial, está sujeto a Otro, la madre o su representante, de quien depende para vivir, de quien “se nutre”.

Esta es la unión más radical: el niño depende para nutrirse de Otro. E implica esta unión la absorción de alimentos que es la característica de la fase oral.

La nutrición es el lugar donde estalla la dimensión del deseo. Porque la boca que dice sí, también dice no. Es decir, que hay un punto donde la libido sexual que es un excedente se desvanece a toda satisfacción de la necesidad y se ubica rechazándola, para preservar el deseo.

En la paciente lo que adquiere valor simbólico es la actividad, es la negación como actividad, el modo que tiene el sujeto anoréxico de hacer jugar su deseo: su deseo inconsciente, indestructible, eterno...

En P “comer nada” es comer algo que existe en el plano simbólico. Comiendo nada hace uso de esa ausencia que saborea, frente a su madre, de quien depende y la deja en una situación de impotencia.

La nada hace depender a su madre de ella.

En la situación primitiva del niño con su madre –o la de cualquier sujeto- o su representante, la madre puede rehusar eternamente o lo puede literalmente todo.

P invierte la situación y es ella quien rehúsa comer lo que su madre le da.

Intenta desde su posibilidad preservar su deseo. Para ella su deseo expresado en la actividad del "No" no se elabora en este plano del negativismo sino en el del objeto, "objeto que se ha revelado bajo el signo de la nada". Con la enfermedad y con la internación P logra hacer depender a su madre de ella, invertir la omnipotencia de su madre.

En esa relación primera y primordial, el niño se nutre no sólo del pan, sino también del cuerpo del Otro: la madre constituye un campo de nadiación simbólica, como en una pantalla, todos los objetos quedan atrapados en él. El sujeto capta la totalidad de su cuerpo reflejada en la pantalla del Otro, que su madre es.

El deseo es un intento de agujerear al Otro absoluto, como diciéndole: "Me desearás como sea, quieras o no desear, me desearás".

El "Hambre de nada" es la actividad del sujeto, anulación, que hace pensar en un sujeto que no solo no se identifica con el buen funcionamiento de su existencia biológica, sino que se opone a ella.

Es la posibilidad que tiene P de protegerse de una "madre voraz", que no deja someter su capricho a la ley.

Por la inversión de la actividad, es P quien no se deja doblegar rechazando el alimento que le dan. "Comer nada" es causar una herida a la madre en su potencia.

Cuando su madre rompe "su promesa de amor incondicional" y se muestra deseante, deja de estar todo el tiempo con ella en el hospital, se va a su casa a atender a sus otros hijos y deja que el padre la acompañe, abre la posibilidad de que surja la falta, permite algo de otro orden para ella. P se frustra cuando empieza a esbozarse el deseo de su madre y ella comprueba que, está más allá, produciéndose el pasaje de la frustración de goce a la frustración de amor, y descubre

que el Otro, su madre está herida en su potencia porque estructuralmente “no puede”, por eso va y viene, no por capricho, algo empieza a esbozarse de otro orden para P.

El fantasma es una respuesta posible cuando aparece el Otro deseante y que remite a P a su propia falta. Ella se encierra en su armadura, apela a realidad constituida por la red de significantes para sobrevivir, se arma los significantes que se repiten y que nos determinan un lugar, pero no es suficiente. La realidad es más que eso.

La realidad no solo se sostiene con la presencia del Nombre del Padre, con la libido que queda excluida por la diferencia entre el cuerpo fragmentado y la imagen unificadora, sino también, se sostiene porque hay pérdida, no hay realidad si no hay resto.

En un primer momento del proceso P está capturada en la alineación significativa, atada al deseo que es deseo del Gran Otro. No hay posibilidad de una apertura, de un movimiento en cuanto a algo propio para ella.

El movimiento del sujeto a advenir no se realiza quedando en posición de objeto. Como sujeto aparece desapareciendo al “comer nada”.

El sujeto en la frustración se ubica a nivel del yo del estadio del espejo, vivenciando un daño imaginario, pero, lo novedoso, es que se instala a nivel del Otro como agente. Subrayando la dependencia estructural de las formas de la falta respecto del Otro como simbólico, más allá de su encarnación como madre o padre.

Esta función del agente introduce al Otro como objeto de amor

Sin embargo, en otro momento cuando se abre la hiancia en el Otro primordial, Otro materno se produce un desgarró, algo que se me mueve cuando opera la sustitución del deseo del Madre, y ocupa

su lugar el Nombre del Padre, algo parece abrirse para ella y las preguntas amordazadas en su cuerpo enfermo parecen querer fluir, hablar, y tal vez completar la pregunta:

“Me ordena que coma, pero ¿qué quiere el Otro de mi?”

Mientras este Gran Otro del que depende, renuncie a su goce, a mirarla como el objeto metonímico a alcanzar, algo fluirá para P.

De lo contrario, en el interjuego que se expresa en el Grafo, quedará atrapada en el corazón de lo especular, el sujeto se pierde.

En el orden imaginario, quedaría presa como Antígona de la tragedia.

Si es la determinación lo que se juega en esta obra: para Antígona, “el morir doncella equivalía a la frustración del destino de la mujer”.

En cierto modo, -como P, “comer nada”- es negarse a cumplir con el orden asignado del mundo. Destino que Antígona subraya con patética violencia.

Para P sin embargo, existe la posibilidad, en tanto pueda tolerar lo insorportable, de abrirse para ella lo diferente, como cuando dice: “era”, y empieza a dejar la pesadilla atrás.

En este otro orden, tolerar al Otro como deseante supone a un sujeto enfrentado con el objeto de que es privado y por lo tanto, instalarse la metáfora particular del sujeto.

CAPÍTULO VIII:

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

1. "Tratado de Endocrinología Pediátrica", 2º Edición. Ed. Díaz de Santos.
2. Freud, S. "Sobre las teorías sexuales infantiles", O.C., T IX, Amorrortu.
3. Freud, S. "La organización genital infantil", O.C., T XIX, Amorrortu.
4. Freud, S. "Psicología de las masas y análisis del yo", O.C., T XVIII, Amorrortu.
5. Freud, S. "Las neuropsicosis de defensa", O.C. T III, Amorrortu.
6. Freud, S. "Fragmentos de la correspondencia con Fliess", O.C. T 1, Amorrortu.
7. Freud, S. "33 Conferencia: La feminidad", O.C. T XXII, Amorrortu.
8. Freud, S. "Inhibición, Síntoma y angustia", O.C. T XX, Amorrortu.
9. Freud, S. "Sobre la Psicoterapia de la histeria", Estudios sobre la histeria, O.C. T II, Amorrortu.
10. Freud, S. "Lo Inconsciente", O.C. T XIV, Amorrortu.
11. Freud, S. "La Represión", O.C. T XIV, Amorrortu.
12. Freud, S. "El yo y el ello", O.C. T XIX, Amorrortu.
13. Freud, S. "El malestar en la cultura", O.C. T XXI, Amorrortu.
14. Freud, S. "Nuevas Conferencias de Introducción al Psicoanálisis", O.C. T XXII, Amorrortu.
15. Lacan J. "Escritos 1" Ed. Siglo XXI
16. Lacan J. "Escritos 2" Ed. Siglo XXI
17. Lacan J. "El Seminario 2", El yo en la teoría de Freud y en la práctica psicoanalítica, Ed. Paidós.
18. Lacan J. "El Seminario 10" Seminario de la angustia.
19. Lacan J. "El Seminario 11" Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis Ed. Paidós.
20. Lacan J. "El Seminario 17"

21. Lacan J. *"El Seminario 3" La Psicosis*, Ed. Paidós.
22. Lacan J. *"El Seminario 7" La ética del psicoanálisis*, Ed. Paidós.
23. Lacan J. *"El Seminario 20"*. Aun, Ed. Paidós.
24. Lacan J. *"El Seminario 21"*, Ed. Paidós.
25. Rabinovich, D. *"Una Clínica de la pulsión: Las impulsiones"*, Ed.
26. Rabinovich, D. *"El objeto en el psicoanálisis"*, Ed.
27. Rabinovich, D. *"La significación del falo"*, Ed. Manantial.
28. Cosentino, J. C. *"Construcción de los conceptos freudianos"*, Ed. Manantial.
29. Eidelztein, A. *"El grafo del desco"*, Ed. Manantial.
30. Courel R. *"Psicoanálisis en el campo del goce"*. Ed., Paidós.
31. Miller J. *"Los signos del goce"*, Ed. Paidós.
32. Miller J. *"Lógicas de la vida amorosa"*, Ed. Paidós.
33. Bleichmar E. *"La sexualidad femenina"* Ed. Paidós.
34. Kierkegaard S. *"Tratado de la desesperación"*, Ed. Enrique S. Rueda.
35. Saer J. J. *"El concepto de ficción"*, Ed. Ariel.
36. Lipovetsky, G. *"La era del vacío"*, Ed. Anagrama.
37. Caparrós N. *"La anorexia, una locura del cuerpo"*, Ed. Biblioteca Nueva.
38. Fendrik S. *"Santa Anorexia"*, Ed. Corregidor
39. Igoín L. *"La bulimia y su infortunio"*
40. Sófocles, *"Antígonas"*: Ed. Palemor.
41. Sherman C, Feinstein A, Sorosky D. (comps) *"Trastornos en la alimentación"*, Ed. Nueva Visión".
42. NASIO, Juan *"Los Gritos del Cuerpo"* Ed. Paidós, año 1997 – 2ª. Edición
43. RABINOVICH; Diana *"Concepto y Clínica del deseo en Lacan"* Clase 12
(clase por video)

PROGRAMA DE SEMINARIOS POR INTERNET