

## La oscuridad de la anorexia nervosa

Lillyana Zusman T.<sup>1</sup>

### Introducción

Uno de los criterios que describen la salud mental es el que tiene que ver con el “reconocimiento del otro”, como una forma creativa e intersubjetiva de trascender el narcisismo. El niño necesita de la constancia, de la regularidad y de la continuidad del objeto materno para poder registrarlo, inscribirlo en su mente y hacerlo suyo en aras del sentido y de la creatividad. Cuando la relación con el otro, en especial con la madre, es inconstante y tiende al fracaso, los procesos de simbolización, de creatividad y de pensamiento dan lugar a los rituales autísticos[1], a las evacuaciones de las identificaciones proyectivas patológicas y al lenguaje del psiquesoma. “La estructura del sujeto se construye a través de las diferentes posiciones que asume el Yo respecto a las distintas modalidades del objeto” (Kristeva, 1993; p.28).

El reconocimiento del “otro” supone un duelo narcisista que implica no sólo atender a las necesidades del “otro” sino, también, posponerse, negociar y esperar. Esta experiencia primera, que se inicia en el vínculo intersubjetivo con la madre, se resignifica en la adolescencia cuando el joven tiene que hacer simultáneamente el duelo por el cuerpo infantil, por su identidad primaria y por los padres de la infancia en un marco social determinado. Este tránsito suele poner de manifiesto cierto malestar que se expresa a nivel del psiquismo, por un lado, en la forma de ataques al pensamiento y a los afectos y, por otro lado, a través de los ataques al cuerpo (que toma la forma de las enfermedades psicósomáticas) y/o del suicidio.

La etapa adolescente propone cambios que son difíciles de predecir; pueden ser pasajeros o estructurales. Todo aquello que fue certero durante el tiempo de la infancia, reaparece en la adolescencia con un signo de interrogación porque la adolescencia es un tiempo de reorganización psíquica en el que se estrena un pensamiento propio y un cuerpo sexuado con la correspondiente identidad sexual; es un momento crítico del desarrollo en el cual el adolescente puede llegar a sentirse extranjero de sí mismo[2].

Cuando el adolescente no puede enfrentar los cambios que se le proponen durante el desarrollo, su vida psíquica tiende a paralizarse e ingresa a una suerte de calma inmovilizante que es típica de una regresión narcisística. Ante la falta de mecanismos de adaptación, la inmovilidad representa la única salida “pensable” y la adultez se convierte en impensable. Las nuevas patologías del alma (Kristeva, 1993) suelen alojarse en el terreno de la inmovilidad de lo no pensable.

---

<sup>1</sup> Psicóloga Clínica. Psicoterapeuta. Magister en Psicología y en Estudios Teóricos en Psicoanálisis.  
Miembro de la APPPNA

Vivimos un tiempo de descomposición social y familiar. Las grandes ideologías de los siglos XIX y XX han cedido su lugar a conductas de consumo y de aprovechamiento de la inmediatez. La familia se ha modificado: la familia extendida ha cedido su lugar a la familia nuclear y ésta se ha desperdigado justificando este cambio por la validación del espacio personal y de las oportunidades individuales. Este es un tiempo en el que el psiquismo ha sido sustituido por el cerebro y el cuerpo ha quedado reducido a una anatomía robotizada y a una psicofarmacología que pretende reparar todos los males especialmente si logra anular el camino del pensamiento y del afecto. Es un tiempo en el que ocurren lo que Kristeva (1993) denominó “las nuevas enfermedades del alma”. Estas nuevas enfermedades pueden también definirse como patologías del vacío en las que se presenta un “hambre psíquico” que intenta ser desconocido a través el control racional y del consumo de sustancias y/o de cosas y donde la creatividad está ausente (Dorado de Lisondo, 2008).

Kristeva (1993) afirma que “presionados por el estrés, impacientes por ganar y gastar, por gozar y morir, los hombres y las mujeres de hoy prescinden de esta representación de su experiencia que llamaron vida psíquica...El hombre moderno es un narcisista, quizá doloroso, pero sin remordimiento. El sufrimiento le afecta al cuerpo, somatiza (p.15). El cuerpo conquista el territorio sensible del alma...(p.16). En este camino de despersonalización, “la imagen tiene el poder extraordinario de captar sus angustias y sus deseos, de cargarse de su intensidad y de suspender sus sentido...la vida psíquica del hombre moderno se sitúa entre los síntomas somáticos...y la transferencia a imágenes de los deseos” (p.16). Son enfermedades en las cuales el actuar cobra un lugar de privilegio (Flechner, S., 2008).

En este sentido, las nuevas enfermedades del alma (Kristeva, 1993) comparten con la psicosis la dificultad para simbolizar los traumas insoportables y para representar...”pueden tomar la forma de un mutismo psíquico o probar diferentes señales que se perciben como ‘vacías’ o ‘artificiales’ (p.17) y tienden a dificultar la vida sensorial, sexual e intelectual atentando contra el funcionamiento biológico. Es tal la envergadura del síntoma que su significado termina siendo desconocido por el paciente. Es como si en el caos abrumador fuera imposible encontrar el cabo de la madeja. Estas nuevas enfermedades pueden también definirse como patologías del vacío (Dorado de Lisondo, 2008). En ellas se presenta un “hambre psíquico” que intenta ser desconocido, por lo general, a través del consumo de sustancias y/o de cosas así como por el control más racional y estricto. En ellas, la creatividad está ausente.

#### Los desórdenes de la conducta alimentaria

En los últimos 40 años, observamos una suerte de epidemia de desórdenes de la conducta alimentaria. Estos se presentan en mujeres jóvenes que utilizan su cuerpo como un medio para expresar dificultades individuales, sociales y familiares. El cuerpo delgado, frío, emaciado de la anorexia como el cuerpo trajinado y maltratado de la bulimia son respuestas mal adaptativas al vacío y al deterioro mental que se presenta en lo que Dorado de Lisondo (2008) define como la era post moderna autística.

Mucho se ha escrito acerca de la anorexia nervosa y de sus intentos por comprenderla y encontrar su significado. Se ha tendido a confundirla, incluso, con una enfermedad (física) con la comida y se la ha asociado con vínculos tempranos con una madre “anorexígena” y con una familia disfuncional de la cual la anoréxica es la paciente

identificada. Sin embargo, la anorexia nervosa es la expresión física de un terrible dolor emocional que al intentarse negar recalca sobre la incapacidad de sentir placer y, por consecuencia, en la falta de deseo por vivir. De ahí que la traducción etimológica de la anorexia nervosa como deseo por la nada (Goldman, B) y como falta de goce sea la más adecuada.

En los casos de desórdenes de la conducta alimentaria, el tema de la comida, el peso y las calorías se constituye como un discurso alternativo que se coloca sobre el discurso emocional que se desconoce. Hablar de la comida es una suerte de pre-texto para no hablar de los aspectos más dolorosos de la vida emocional que han tenido un impacto traumático sigiloso. Las vivencias traumáticas primitivas que están en el origen de estos trastornos podrían tener la modalidad del trauma sin riesgo[3] (p.15). Lutemberg (2007) afirma que cuando se presentan estos problemas estructurales, el ser humano de la post modernidad se acompaña de 'objetos acordes a la moda' que, siguiendo una pauta muy personal, le permiten una 'presencia incondicional' que siempre culmina en una defraudación catastrófica... Ello lo conduce a la búsqueda de nuevos 'objetos salvadores con los cuales se reinicia un nuevo y fugaz ciclo de ilusiones vaciadas por la experiencia (p.15). Es el caso de la comida y de la moda.

Las pacientes anoréxicas se suspenden en el tiempo. Tienden a no recibir ningún introyecto del ambiente y al no permitirse sentir, detienen su capacidad para pensar y para tomar contacto tanto con la realidad interna como con la externa. Lejos de procurar una comprensión del mundo, a través de los síntomas, buscan un control del mundo que está basado en la proyección de sus partes internas más dañadas y del caos generado por las mismas en el escenario de la posición esquizo paranoide, ahí donde los enlaces y las posibilidades de encontrar sentido son nulos.

Dejar de comer suele ser una tarea relativamente fácil en relación a volver a comer. La re-alimentación es una propuesta al vínculo, a estar con..., a recibir, a tolerar, a digerir, a procesar; es, en suma, una invitación y una propuesta a entrar en una relación de objeto significativa y de pensar, que requiere posponer la posición más retraída, más autista, más limitada y más vacía.

Los desórdenes de la conducta alimentaria remiten al vacío mental[4]. Dorado de Lisondo (2008) sugiere que en las estructuras vacías, no hay un continente que pueda albergar contenidos; la mente se queda ausente de su condición humana, siendo la consecuencia una fragilidad narcisista y la ruptura precoz de la simbiosis funcional primaria. Esto provoca un terror sin nombre que, en aras de no ser enfrentado y sentido, se manifiesta a través de una compulsión a la repetición que recrea imaginariamente la otrora relación simbiótica propia de la ecuación madre =comida[5].

La anorexia nervosa es una expresión del predominio de los impulsos destructivos que se manifiestan como un odio violento a la frágil realidad interna y a la realidad externa, fuerte y demandante, propias de la adolescencia; refleja un temor de aniquilamiento y propone un tipo de relación de objeto frágil y precario. Este odio a los aspectos más negativos del mundo interno se extiende a los sentidos y a las partes de la personalidad que sirven para el contacto con la realidad. Estas pacientes no sienten ni hambre ni dolor emocional. En ellas, la enfermedad es sólo una circunstancia.

Los trastornos alimenticios delatan dificultades de relación con un objeto bueno. De la ecuación primaria “madre=comida” no quedó una síntesis adecuada y plausible de ser utilizada como objeto bueno. En la anorexia “se cierra la boca” a toda posibilidad de experimentación de la vida, quizá, por el temor al dolor y a la frustración; en la bulimia, se ensaya reiterativamente la incorporación y la expulsión de objeto que no puede quedarse “dentro” por su alta tendencia al daño emocional. En este escenario, las defensas simbióticas se instalan para anular el dolor emocional y lejos de construir un duelo por el objeto original y por la transformación del mismo, se establece una sustitución alucinada de deseos que no está investida ni por el objeto presente ni por los recursos autoeróticos que podrían sustituir al vacío (Dorado de Lisondo, 2008). La comida se utiliza como un sustituto y los pensamientos recurrentes en la misma, que son repeticiones compulsivas, delatan la falla original.

Al decir de Bion, los desórdenes de la conducta alimentaria podrían ser, patologías de evacuación: a través del acto de no comer o de vomitar se elimina la emoción de la introyección original de la ecuación fundante del vínculo “madre=comida” y se pierde el registro de la misma; por lo tanto, la capacidad para pensar deja al paciente en una suerte de orfandad mental (Dorado de Lisondo y col., 2008). Se expulsa de la mente los aspectos no tolerados y no deseados con la finalidad de alojarlos sobre un objeto externo que es vivido de acuerdo con las características de lo que se proyectó en él. Así, la comida y el ejercicio se quedan cargados de toda la fuerza del “objeto malo” que no se podía tolerar internamente. De esta manera, queda la ilusión de que la enfermedad es un apéndice de la vida con la cual se puede o no entrar en contacto.

### Internamiento

Laura tiene 13 años. Fue internada de emergencia en Octubre, 2007 pesando 36 kilos. Ella cursaba el I de secundaria. Jugaba tennis dos horas al día y, para entonces, participaba en campeonatos. Presentaba complicaciones cardíacas, renales, electrolíticas, estomacales y nutricionales. Se pretendía no sólo re-alimentarla sino también, nivelar sus funciones físicas. Dado el nivel severo de desnutrición, se procedió a colocarle una sonda nasogástrica. El aporte nutricional se iba incrementando según como Laura iba respondiendo. Desde la perspectiva psicoterapéutica, el internamiento se planteó con indicaciones precisas de aislamiento.

Laura llegó cansada al hospital. Había hecho esfuerzos excesivos por mantenerse de pie haciendo deporte con tan bajo peso. A través de la sobre exigencia por el deporte, ella buscaba un Yo grandioso que intentaba evitar la catástrofe y que negara la realidad de un mundo de conflictos y de disfunción familiar. El internamiento se proponía como el final de una etapa de ajetreos sin rumbo: se sabía que Laura había enfermado de anorexia nervosa pero no se sabía qué hacer. Comenzaba el doloroso proceso individual y familiar de la curación. Este proceso convocó a un conjunto de profesionales de diferentes áreas que, juntos, intentaban cubrir los aspectos físicos, nutricionales, psiquiátricos y psicológicos individuales y familiares.

### Tratamiento

Laura era una emergente disfuncional[6] de una familia compacta, deportista, divertida. La anorexia los sorprendió a todos y los convocó a mirarse para dentro y preguntarse “y...a nosotros, qué nos pasó?..... La familia de Laura es lo que, hoy en día,

llamaríamos una familia de éxito; sin embargo, la su enfermedad puso de manifiesto otras patologías que señalaban a otros miembros de la familia. Así mismo, se descubrieron vínculos y tipos de relaciones disfuncionales inconscientes. Se trataba de una familia que tenía dificultades para significar y efectivizar su discurso. Era lo que Lieberman podría describir como una familia narrativa pero lejana y ausente de su realidad psíquica. Parecía que tenían un manejo operatorio del lenguaje y que algunos de sus miembros presentaban, incluso, tendencias alexitímicas. Desde la perspectiva de la terapia sistémica (Minuchim, 1978), se podría afirmar que Laura tuvo la valentía de expresar la patología familiar y de develar algunos secretos a voces su la problemática: sus dos hermanas presentaban síntomas anoréxicos y su hermano solía tomar alcohol en exceso.

El internamiento de Laura fue diseñado bajo ciertas premisas que estaban destinadas a cuidar de su salud física, a estar aislada de los elementos estresores externos y a facilitar la alianza terapéutica y el diálogo. Era difícil sostener la normatividad del mismo. La familia tendía a quebrar los límites y con esto, a proponer mensajes alternativos a los terapéuticos que, muchas veces, se manifestaban en luchas de poder que cuestionaban la autoridad y la solidez del equipo terapéutico. Su hambre acumulado de meses parecía ejercer una relación de dominio y de posesión que intentaba dominar a los padres y al equipo terapéutico (Dorado de Lisondo, 2008). Laura era muy hábil para detectar los “vacíos de poder” del equipo y proponía conductas opositoras severas así como una actitud rebelde que nos obligaba a replantear y a negociar las normas, los roles y los permisos continuamente. Esta situación permitía descubrir tangencialmente la laxa normatividad familiar y sus dificultades de organización. Procedimos a sugerir terapia familiar.

La familia de Laura tendía a confundir la anorexia nervosa con una enfermedad física pasajera. A pesar de que se propuso el asilamiento como medida terapéutica y de que se prohibieron las visitas, estas normas se quebraban continuamente. De una u otra forma, Laura recibía numerosos regalos todo el tiempo. El cuarto estaba atiborrado de rompecabezas, de juegos, de piezas de artesanía, todas destinadas a entretenerla y a aliviarle el internamiento. Si bien parte de los regalos tenían una función educativa, creativa y de entretenimiento, el estar permanentemente “llena de cosas” dificultaba su posibilidad de ponerse en contacto con “el vacío”, con el “hambre”, con la nada, siendo la anorexia, por definición etimológica el “deseo de la nada”. La sobreestimulación material dificultaba la posibilidad de contactarse con lo emocional y de acceder a la palabra como vehículo de comunicación. Las cosas llenaban la habitación el espacio, y pretendían llenar su mente, la cual estaba estrangulada por, un lado, por las presiones de unas voces que ella escuchaba y que le hablaban en secreto y, por el otro, por un conjunto de obsesiones que se presentaban a través de la urgencia de hacer ejercicio físico. ¿Cómo abríamos el camino de la terapia en esta mente enmarañada que trataba de estar ocupada todo el tiempo?.

Laura se mantenía de pie. Parada armaba rompecabezas cada vez más complicados, concentrada y en silencio. Trabajaba también piezas de artesanía. Era como si, todo el tiempo, se mantuviera en pie de lucha. A los pocos días del inicio del internamiento, le aparecieron edemas en las piernas; se le conminó a estar echada con las piernas en alto. Esta medida fue difícil de respetar. Se negaba a ver televisión, a leer un libro, a escuchar una lectura. Ella tenía la creencia que estando de pie dominaba la situación y negaba la enfermedad.

Como los rompecabezas, la familia de Laura estaba conformada por personas que vivían bajo el mismo techo, que tenían un apellido común y que realizaban juntas ciertas actividades, especialmente, el deporte[7]. A lo largo de los años, no habían conseguido independizarse y proponerse como una unidad de vínculos afectivos sino como un conjunto de piezas pegadas. Cada uno llevaba su dolor por dentro. Laura, a través del síntoma anoréxico, pegó un grito de socorro.

Parecía como si en el piezar del rompecabezas intentaba también armar su propia vida. Sin embargo, estando de pie frente a las piezas, se podía observar su desolación, su mirada vacía de aquello que estaba descompuesto, desarmado y vacío. Piezar el rompecabezas era tan solo enlazar pedacitos de cartón más no vincularlos en aras de formar una figura creativa con sentido; finalmente, la figura le venía dada en el modelo: ella no creaba y no lograba representar una síntesis simbólica. Eran tan sólo un armado de piezas que exacerbaba la agudeza intelectual y que, de repente, evidenciaba también la buena capacidad de abstracción visual y la coordinación ojo-mano. Los trabajos manuales ponían en evidencia la paradoja entre la superficialidad estética y la profundidad ausente. Sus trabajos eran bonitos, delicados y cálidos. Los colores que usaba eran estéticos y bien combinados. Pienso que Laura me enseñaba día a día que yo debía de seguir el curso de sus rompecabezas. Efectivamente, yo me rompía la cabeza; pero no era a mi cabeza a lo que ella apelaba sino, a mi corazón. La ruta no era complicada: ven, quédate, estate conmigo, acompáñame... ayúdame a piezar el espacio mental que está roto en mil pedazos y que, a diferencia del rompecabezas que tiene una figura que me guía, mi mente ni siquiera la tiene.

Con estos trabajos, Laura establecía, tan solo, relaciones superficiales adhesivas sin profundidad y delataba la profundidad de su vacío mental. No era, pues, un momento para interpretar; tampoco, para confrontar. Tan sólo cabía la posibilidad de contener, acompañar y ayudar a Laura a encontrar significados, a despertar sus intereses, sus sentidos y a modular la angustia. Desde el silencio y el trabajo manual, Laura me pedía sostenimiento y que la ayude a equilibrar la intensidad de sus fuerzas vitales y tanáticas que estaban en conflicto, desde una emocionalidad reflexiva (Álvarez 2002).

A diferencia de otras pacientes anoréxicas, Laura reconocía su enfermedad y su cuerpo delgado y percibía las costillas que sobresalían de su torso. En la fragilidad de un cuerpo emaciado, sorprendía la fuerza con la que Laura se asía a los otros. Ella buscaba el cariño físico, el abrazo y se prendía del mismo en una suerte de perchero que la sostuviera; sin embargo, con el abrazo físico venía el silencio psíquico. Era como un abrazo alexitímico en el que el encuentro de los cuerpos expresaba sostenía el peso del vacío de sus emociones.

Laura proponía una experiencia alexitímica. Ella se expresaba con un lenguaje básico que se limitaba a monosílabos y con un lenguaje gestual basado en movimientos de cabeza. Se impuso, entonces, la necesidad de crear un espacio intermedio entre su alexitimia y mi elocuencia. Compramos un cuaderno en el que decidimos anotar todo aquello que ella quisiera decir y/o dibujar para crear una historia: la historia de su enfermedad y de su internamiento. Era un cuaderno de las dos. En él, anotábamos lo que ella hacía pero también, lo que yo le decía. Intentábamos sujetar la relación a través de un medio visible para las dos y contener la experiencia para “que no se extinguiera”,

para poderla transformar (Álvarez, 2002) y para procurar que ella se pusiera en contacto con la parte más afectiva de sí misma.

L. Minuchin (2008) plantea que el sujeto puede desarrollar una “ceguera estructural o patológica”, a modo de defensa (clase 6, p.11). La estructural es normal; opera como un freno que permite “pensar para crear espacios y límites, un mundo simbólico” (p.11). La patológica, en cambio, revela la voluntad de no ver al mundo interior y de no pensar en aras de evitar el sufrimiento o el dolor psíquico. El sujeto se ciega y así se cegaba Laura a mirar su cuerpo delgado, desnutrido y enfermo. Si bien ella reconocía su enfermedad, en un espacio lúcido y privilegiado de su mente, la escisión mente/cuerpo facilitaba la ceguera patológica respecto de la anorexia y del vacío mental a la que ésta alude a través de sus síntomas.

Para entonces, Laura escuchaba unas voces aterradoras que le decían que debía de hacer ejercicio para no engordar. Estas voces eran un convidado de piedra; eran una suerte de parásito asentado en su mente que le imponía la tiranía de una enfermedad, que le exigía tareas, rutinas, ejercicios que iban más allá de sus posibilidades físicas... y psíquicas y que le dificultaban la recuperación de sus capacidades cognitivas y afectivas, como son, el pensar y el sentir. Se podría decir que una parte de su aparato mental había sucumbido a una muerte psíquica y le era imposible pensar los pensamientos y sentir los sentimientos. Frases como “tengo la barriga hinchada”, “estoy gorda” son paradigmáticas de las proyecciones (anoréxicas) sobre la superficie corporal (L. Minuchin, 2008).

Se debía, entonces, lidiar con esas voces e incorporarlas como una presencia activa al escenario del internamiento que, para entonces, se constituía en el espacio de la terapia. Había, pues, que dialogar con ellas, que escucharlas y que asignarles, poco a poco, un lugar hasta que ingresen en el espacio de lo cognitivo “sano” para poder ser pensadas.

Las voces eran, pues, ese ruido molesto que ensordecía que no la dejaba escuchar, que retumbaba en el vacío mental a modo de una puerta metálica cuando la fuerza del aire la cierra. Las voces no dejaban oír lo que Gilligan (1982) denominó la inner voice, la voz de adentro, del afecto, de un mundo poblado. Las voces eran la desolación, el aislamiento, el retraimiento del mundo de los otros, la negación del otro, la hipervaloración del narcisismo ya que ni siquiera eran las voces del Yo.

Cuando la voz retumba en el vacío mental de Laura y le decía que no coma y que se ejercite hasta desfallecer, se ponía en evidencia la orfandad psíquica y el enclave autístico (Dorado de Lisondo, 2008), situaciones, ambas, en las que no hay lugar para la intersubjetividad, ni para la compañía de otro que ofrezca una lectura del sentimiento y del pensamiento. En el enclave autista, donde las voces cobran fuerza y pretenden confundirse con el pensamiento, ¿cómo decirle a Laura que lo que ella escuchaba no sólo no era pensamiento sino sólo un componente parasitario de su mente?.

Me he preguntado muchas veces que puede hacer la terapia psicoanalítica cuando no hay capacidad para revelar lo inconsciente porque éste está, al decir de Klein, en una posición esquizo paranoide, desperdigado, disperso, hecho pedazos. Desde la perspectiva de la terapia, resultó evidente que no era posible recargar a Laura de interpretaciones, señalamientos o confrontaciones psicodinámicas sino, más bien, atraerla hacia su ser psicológico y hacia la relación y el vínculo terapéutico.

El tiempo primero del internamiento fue un tiempo de funcionamiento psicótico (L.Minuchin, 2008). El aparato mental estaba detenido y no había un reconocimiento de los movimientos de la realidad externa ni de la realidad interna. Había silencio y una mecánica de movimientos físicos tan estereotipada que delataba el hueco del vacío mental. Parecía como si el emplazamiento sobre la comida resumía la incapacidad para pensar y sentir. Es como si la comida se hubiese constituido como un objeto bizarro que recibía masivamente las proyecciones del mundo interno. Era un momento de fragmentación del Yo en el que la anorexia nervosa ponía en evidencia una suerte de ataque sádico sobre el Yo y sobre el pensamiento. L. Minuchin (2008) afirma: “el paciente se siente prisionero de ese estado mental al que ha llegado e incapaz de escaparse a causa que siente que le falta el aspecto de la conciencia de la realidad, que es la llave del escape. Este aprisionamiento se intensifica por la amenazadora presencia de los fragmentos expulsados, es decir, sus objetos bizarros (Clase IV, APdeBA, p.10). Laura estaba presa de sus obsesiones por la comida y por el ejercicio físico. La realidad externa que, al decir de L. Minuchin (2008), hubiera servido como la llave de escape se mantenía retraída y al margen de sí misma no sólo a través del silencio sino de la estereotipia de sus actividades cotidianas: los rompecabezas y las piezas de artesanía.

Es evidente que durante el tiempo del funcionamiento psicótico, Laura no podía hacer uso de su aparato para pensar sino, más bien, de un aparato para proyectar. Ella tenía que colocar sobre el cuerpo el dolor que le producían el conjunto de frustraciones y de todas aquellas vivencias que no alcanzaron a satisfacción y que se han visto imposibilitadas de simbolización. Como dice Laura: “a mí no me gusta el no...no me gusta que no me den lo que quiero...”.

Laura no debe haber sabido que al introyectar lo proyectado, la consecuencia era el terror y el peligro de dichas introyecciones. Dejar la comida fuera y renegar de la misma, le garantizaba el no tener que lidiar con introyectos difíciles de tolerar. L. Minuchin (2008) sostiene que “la capacidad para juntar es sentida como algo peor que cuando fue expulsada. Entonces, no se une sino que aglomera ideas...creando así un mundo confusional o bizarro” (APdeBA, clase IV) que es el mundo de la anorexia nervosa.

## Progresos

A medida que avanzaba el internamiento, conversamos sobre la posibilidad de tener las sesiones en mi consultorio, fuera del cuarto del internamiento. Laura estuvo de acuerdo. Establecimos un horario de tres veces por semana. Estando ya nutrida y fuera de la sonda nasogástrica, se inauguraba un nuevo episodio del tratamiento que se correspondía con la posibilidad de un nuevo encuadre en el que se asumía su presencia y la mía. Con el re-planteo del vínculo, apareció en Laura una nueva modalidad de comunicación: el silencio. No era un silencio cualquiera sino, un silencio rabioso. Era como si la hostilidad que hubiera depositado anteriormente en su cuerpo, se interponía en el vínculo bloqueando toda posibilidad de estar “de a dos”. El silencio delataba el terror al derrumbe y al vacío ya que hablar suponía asumir y enfrentar. Una vez más, Laura me enseñó a esperar. Con ella, no era posible analizar contenidos sino, más bien, crear poco a poco una mente para pensar y sentir. Me proponía re-editar su experiencia más que editar una relación transferencial (Lutemberg, en Dorado de Lisondo, 2008) para lo cual todavía estaba inmadura. No importaba tanto que no hubiese comunicación

verbal porque su sola presencia constante denotaba su intención de que la anorexia fuese compartida. La sesión solía terminar con un largo abrazo: “nos vemos la próxima sesión”.

Con su silencio, Laura proyectaba los aspectos más vaciados de sí misma que yo los sentía no sólo como vacío sino como una urgencia para convocarla a la vida y ponerle un “cable a tierra”. Sentía la necesidad de ayudarla a reconocer sus afectos y a verbalizarlos. Era como si, por momentos, ella preguntara: “cómo se llama lo que yo siento?”. La respuesta más frecuente a sus prolongados silencios era el miedo. Contratanferencialmente, siguiendo a Álvarez (2002), Laura me hacía sentir apremio por devolverle su salud mental y, al mismo tiempo, desesperación por no poderla incorporar a su vida afectiva.

L.J. Cisneros (Transiciones 13, 2008) afirma que la incomunicación abierta es un modo ostensible y agresivo de anunciar la soberanía de un mundo interior. ¿Es que el silencio de Laura era una fuente de incomunicación?. Pienso que no; que, más bien, a pesar de que el silencio remite a la nada (p.89) y anuncia la voluntad de ignorar a todo otro integrante del discurso (p.89), Laura me decía: “no es que no he venido: ocurre que yo lo niego...entonces, tú, signifícalo”. “En el espacio del discurso, el silencio es un significante que está ocupando un preciso lugar en la estructura del discurso” (p.89) y, en este sentido, significa y no significa sólo silencio.

El rostro y la mirada significan también: “el rostro nos hace testigos del mundo y nos revela ante la comunicación” (Cisneros, 2008; p.80). Laura podía estar en silencio y con la mirada fija puesta en mí los 50’ de la sesión. En otros momentos, intercalaba el silencio con el llanto y escondía el rostro en los paños de kleenex. Su mirada penetrante se imponía como un desafío, como un referente de su agresividad y de su hostilidad, rasgos que, para entonces, aún no habían sido codificados en el registro de sus emociones. Sin querer queriendo, Laura me conminaba a una lectura frontal; ella me intentaba desfigurar como interlocutora válida capaz de re-significar sus significantes. No se trataba de un rechazo voluntario de la palabra, si, no más bien, de un mutismo emocional (Cisneros, 2008; p.89) de una ausencia de contenidos, de afectos de sentido. El tiempo, el vínculo y la alianza terapéutica pudieron transformar paulatinamente el vacío en contenido. Se trataba de un trabajo de restauración y de creación de las funciones mentales. La parte más psicótica de la personalidad de Laura se instaló en ella como un generador de poder a través del cual ella afirmaba el enclave narcisista descartando al “otro significativo”, símbolo de la otredad y de los límites del Yo.

¿Era su silencio tan solo una respuesta opositora, rebelde, dura y significativa de su enfermedad?; o, acaso, era el silencio del enorme vacío emocional que no tenía forma de representarse y de resignificarse?. Pienso que ambas son alternativas posibles a considerar. En la anorexia, el cuerpo habla (Griffith y Griffith, 1999) y la palabra se queda, más bien, desinvertida de significado. Pero cuando el cuerpo habla hay que escucharlo y prestarle atención. Eso es también lo que Laura demandaba.

El alta

Laura fue dada de alta, quizá, antes de tiempo, dos meses después de que fue internada. Su peso se había recuperado y su ingesta alimenticia por boca era suficiente. Tenía autorización para estar en casa y realizar pequeñas rutinas de ejercicios. Laura y su

familia pensaban que con el alta, su proceso había terminado y su vida comenzaba a seguir una rutina “normal”.

A lo largo del internamiento y durante los primeros meses del alta, la familia tendía quebrar toda la normatividad impuesta por el equipo para cuidar el encuadre y el tratamiento. Frente al desorden, el encuadre se tenía que plantear una y otra vez. Laura era consciente de su poder. Sabía (así lo dijo alguna vez) que esta enfermedad tenía el poder de convocar a su familia y de unirlos en torno a ella.

Era verano y estaban desesperados por irse a la casa de playa. Como equipo, pensábamos que proponerle a Laura “la vida de playa” era demasiado. Fue en la playa, el verano anterior, cuando Laura presentó los primeros síntomas. ¿Era recomendable exponerla a rutinas de mostrar el cuerpo a través de la ropa de baño cuando todavía su cuerpo delataba síntomas de la enfermedad?. ¿Estaba socialmente lista para enfrentar los rigores de una propuesta adolescente de cuerpos en proceso de maduración y actividades sociales en tránsito a la adultez, como son las fiestas, los bares y las discotecas?. Teníamos serias dudas; sin embargo, la familia presionaba en esa dirección y, tomando ciertas precauciones, que fue como definir un nuevo encuadre, accedimos intentando proteger a Laura de las exigencias familiares y sociales. Ella fue sorteando los diferentes retos que se le proponían y respondiendo a los mismos.

Pasado el verano, Laura se enfrentó al comienzo del año escolar. Ella tenía mucho miedo. Su enfermedad había sido manejada como un secreto a voces; ella no sabía “quién sabía y quién no...” en el colegio. No estaba dispuesta a hablar de ello pero resultaba evidente que tampoco lo podía negar porque tenía licencias especiales que la diferenciaban del resto de sus compañeras. Laura no comía la lonchera con sus compañeras, podía irse a descansar a la enfermería cuando así lo necesitara; tenía autorización para llamar a su casa cuando se sentía angustiada o cansada; se podía retirar del colegio cuando así lo quisiera. A diario, tenía sentimientos encontrados entre querer ir y no querer ir al colegio. Era evidente que, más allá de la experiencia alimenticia, ella no estaba lista para enfrentar la experiencia adolescente. No se manejaba cómodamente ni con la exigencia académica ni con los nuevos códigos sociales que imperaban en los diversos grupos sociales que, por lo demás, se habían reacomodado en su ausencia y ella ya no sentía que pertenecía a ninguno. Laura comenzó a presentar síntomas psicósomáticos, fue re-ingresada a la clínica por una sintomatología estomacal difusa y comenzó a ausentarse sistemáticamente de las clases y del colegio. El colegio ofreció algunas licencias y apoyos. Laura los aprovechó pero, haciendo gala de su agresión y hostilidad, puso al colegio “de cabeza”. De esta manera, desde la ausencia, ella imponía su presencia.

Laura tuvo que enfrentar en la terapia el poder del uso de su enfermedad. “Estar enferma” la colocaba en una posición casi de “intocable”. Respecto de sus profesoras afirmó: “Ellas creen que yo estoy curada; como me ven comer, me dicen ‘ya ves, estás sanita’. Ellas creen que la anorexia es un problema con la comida y no es así...no lo entienden...y, si viene alguna otra persona con el mismo problema?”. Pasados ya casi 12 meses del inicio de la enfermedad, se le preguntó qué creía ella que era la anorexia y respondió: “la anorexia no tiene que ver con la comida... es un problema que tiene que ver con otras cosas...yo quería que mi familia se junte; ellos se peleaban mucho... a mi no me gustan que me digan que ‘no’; tampoco quería crecer. Yo dejé de comer para que me miraran...mis profesoras creen que yo estoy bien”.

Era evidente que la finalidad del opositorismo de Laura era demostrar que ella “no estaba bien”, que no estaba “sanita” y que el colegio, como institución, había fallado en su abordaje. “Lo mío tiene que ver con mi actitud...si yo quiero, asisto a clases y si no...me voy a la enfermería”. Laura tenía claro que, en determinados espacios, ella era “inmanejable” y que esto le daba mucho poder. Ante esta evidencia, se trabajó con los padres en la puesta de límites y en el riesgo de conseguir pequeñas frustraciones.

Con el paso del tiempo, Laura tuvo que aprender a mirar hacia adentro. A diferencia del cuarto de la clínica que estaba atiborrado de “cosas”, el espacio escolar estaba abierto a la experiencia y a la autogestión de sus propias necesidades y deseos. La experiencia social y académica la confrontó al vacío, a su agresión, a su hostilidad.

Laura encontró dentro de sí misma contenidos que desconocía. Todo lo que durante un año fue desplazado sobre el cuerpo en el formato de un texto alimenticio ajeno a cualquier comprensión afectiva, tuvo que ser decodificado a través de un código desconocido. Identificó, por ejemplo, algunos rasgos de su carácter con los del carácter de su papá y aprendió a diferenciar los afectos placenteros de los displacenteros. Tuvo que aprender, también, a negociar y a resolver situaciones críticas en escenarios reales complejos. Tolerar, justamente, las pequeñas frustraciones refleja el paso del reconocimiento de la otredad y el paso de la posición esquizo paranoide a la posición depresiva. Dorado de Lisondo afirma que “aceptar el no provocaría un desmoronamiento narcisista de todo el Yo” (2008; p.141). Laura se vio en la necesidad de abandonar el cascarón narcisista y hacerse cargo de una realidad social y afectiva más compleja.

La dificultad para recibir el “no” como una respuesta frustrante[8] pero, a su vez, de desarrollo y crecimiento fue un rasgo permanente en el proceso de Laura. Al entender de Bion, la intolerancia a la frustración está descrita como un rasgo de la personalidad psicótica. La anorexia nervosa refleja un temor de aniquilamiento y propone un tipo de relación de objeto frágil y precario. Este odio a los aspectos más negativos del mundo interno se extiende a los sentidos y a las partes de la personalidad que sirven para el contacto con la realidad. Laura no siente afectos ni dolor físico o emocional; no siente cansancio ni hambre. La enfermedad puede ser interpretada como una circunstancia.

A mi modo de comprender este largo y complejo proceso, Laura presenta más una anorexia nervosa reactiva que estructural (Zusman, 1989). Su enfermedad se presentó como una reacción adolescente, como un quiebre que puso de manifiesto la debilidad de sus recursos, la precariedad de sus defensas y lo disfuncional de su familia. Estando nutrida, Laura retomó los aspectos más rudimentarios de su pensamiento. En la oscuridad de su proceso, se atisbaba un sujeto presto a comunicar así la comunicación no fuese fluida. Al comienzo, su pensar fue austero; ponía en evidencia que algo dentro de ella se había quebrado y que le resultaba difícil establecer enlaces entre pensamientos así como entre objetos. A pesar de esto, había un fondo pensante que parecía estar sostenido por las reminiscencias de una madre que sí brindó asidero a los procesos de organización y focalización en la temprana infancia destinados a lograr el desarrollo del potencial cognitivo (A. Álvarez, 2002).

Pasados un año y medio el inicio del tratamiento, Laura asiste a terapia una vez por semana. Voluntariamente, se cambió de colegio lo que, hasta el momento, parece ser

una decisión adecuada Ha dejado en el setting una cajita de madera (de las que hizo en la clínica) en la que guarda “nuestras cosas”. Sus dibujos, sus asociaciones, sus insights, suelen ser escritos brevemente y depositados en la cajita que no se mueve del lugar donde ella la dejó. Durante las sesiones, alterna entre el uso de la palabra, el dibujo y los silencios. Utiliza el dibujo para asociar libremente y, en consecuencia, para elaborar un texto con sentido en el que ella es sujeto de su propio discurso. Sus silencios rabiosos y hostiles nos acompañan; sin embargo, hacia el final de la sesión suelen ceder a la verbalización y al llanto. Con cariño, tenemos una relación saludable que, por sobre todas las cosas, respeta su tiempo y sus posibilidades de integración que cada vez son mayores.

### Referencias Bibliográficas

Álvarez, A. (2002). Una presencia que da vida. Psicoterapia psicoanalítica con niños autistas, borderline, deprivados y víctimas de abuso sexual. Madrid: Biblioteca Nueva

Cisneros, L.J. (2008). El niño: gesto y silencio. En: Transiciones, 13. (p.87)

Flechner, S. (2008). En: La clínica actual de pacientes adolescentes en riesgo (el suicidio adolescente). ¿un nuevo desafío?.p.2. [www.spdecaracas.com.ve/download/cdt\\_16.doc](http://www.spdecaracas.com.ve/download/cdt_16.doc) -

Griffith, J. Y Griffith, M.E. (1999). El cuerpo habla. Buenos Aires: Paidós

Goldman, B. (2000). Anorexia Nervosa: un nuevo padecer. Argentina: Lugar Editorial

Heckler, M.; Miller, C. (1994). Anorexia Nervosa: Deseo de la nada. Buenos Aires: Paidós

Kristeva, J. (1993). Las nuevas enfermedades del alma. España: Cátedra

Dorado de Lisondo, A.B. (2008). La cultura del vacío, patologías del vacío. En: Transiciones, 13. p. 133

Lutemberg, J. (2007). El vacío mental. Lima: Siklos

Minuchin, L. (2008). Funcionamientos neuróticos y psicóticos de la mente. Desarrollos post freudianos: sus implicancias clínicas. Curso Virtual de APdeBA

Winnicott, D. (1975). El proceso de maduración del niño. Barcelona: Editorial Laia

Zusman, L. (1987). Anorexia nervosa: un estudio de casos. Tesis de Bachillerato no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima.

Zusman, L. (2004). Los desórdenes de la conducta alimentaria. Tesis para optar el grado de Magister de Estudios Teóricos en Psicoanálisis. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima.

Notas:

[1] Así son los pensamientos obsesivos sobre la comida, la dieta y las calorías, en la anorexia. Las evacuaciones responden al modelo de la bulimia.

[2] Flechner, S. (2008). En: La clínica actual de pacientes adolescentes en riesgo (el suicidio adolescente). ¿un nuevo desafío?.p.2

[3] La mente, siguiendo a Lutemberg (2007), padece de una desarticulación severa de la cual, por lo general, el sujeto no tiene consciencia. Estas se generan en el interior de la estructura psíquica del pre consciente; no existe ninguna función sintética del Yo; los diferentes sectores del mismo imponen deseos contradictorios sin que se puedan distinguir las mismas.

[4] Para Lutemberg (2007), el vacío mental estructural corresponde a una estructura primitiva y primaria defensiva que es compensada secundariamente por unas estructuras psicopatológicas, las cuales la neutralizan y al mismo tiempo las ocultan. Es una estructura que tiene una existencia virtual alojada en la intimidad de la simbiosis secundaria defensiva y el autismo primario (p. 17).

[5] Para Winnicott (1975), las vivencias de terror se corresponden al desmoronamiento y al vacío, un tiempo cercano a la no integración y, al decir de Klein, a una posición esquizo paranoide. Es tal el terror y el dolor que tienen que ocultar quienes padecen una situación de vacío emocional, que se tiende a recurrir a defensas tempranas como la escisión y la proyección y a crear un falso self y una escisión el psiquesoma en la que el soma, guiado por la mente, se empodera de una fuerza racional que reniega del afecto.

[6] La anorexia nervosa no es una enfermedad individual sino un síntoma de una disfunción familiar. Quien presenta un desorden de la conducta alimentaria es el paciente identificado o el chivo expiatorio de una familia disfuncional que tiene dificultades intrínsecas, muchas veces, inconscientes.

[7] Ellos vivían en casa de los abuelos maternos.

[8] La respuesta frustrante pero enriquecedora sería un indicio de haber abordado la posición depresiva.