



PONTIFICIA **UNIVERSIDAD CATÓLICA** DEL PERÚ

Esta obra ha sido publicada bajo la licencia Creative Commons
Reconocimiento-No comercial-Compartir bajo la misma licencia 2.5 Perú.

Para ver una copia de dicha licencia, visite
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
ESCUELA PARA GRADUADOS



**LOS DESÓRDENES DE LA ALIMENTACIÓN:
UNA LECTURA PSICOANALÍTICA**

**Tesis para optar el Grado de
Magister en Psicología**

LILLYANA ZUSMAN TINMAN

Lima – Perú

2004

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer a todas las personas que han hecho posible que este proyecto se haga realidad:

- A Cecilia Thorne de Trelles por haber invertido su tiempo y energía para abrir la Maestría en Estudios Teóricos en Psicoanálisis e invitarnos a participar de ella con entusiasmo. Asimismo, por su constante disposición para acompañarme en la realización de mis proyectos académicos.
- A Max Hernández por confiar en la Pontificia Universidad Católica del Perú para desarrollar este ambicioso proyecto académico. Asimismo, por haberme alentado a comprender los confines del Psicoanálisis y a crear en el seno de los mismos.
- A Moisés Lemlij por haber hecho posible la realización del exigente proyecto académico y por haber estado presente a lo largo del mismo.
- A Patricia Martínez, antigua compañera de aula, por ser inmensa su capacidad para organizar y administrar proyectos.
- A Álvaro Rey de Castro, profesor y amigo, quien, con una exigencia especial y mucho sentido del humor, me acompañó en la difícil tarea de leer a Freud.
- A Joëlle Hullebroeck, quien gracias a su vocación académica alentó en mí la vocación de aprender, así como el entusiasmo por nuevos proyectos.
- A mis compañeros de Maestría, algunos amigos de antaño y otros más jóvenes, con quienes hemos compartido momentos muy especiales con cariño, entusiasmo, humor y solidaridad.

- A Dana Cáceres por habernos resuelto, con mucho esfuerzo y dedicación, cada una de las dificultades que se iban presentado, haciendo nuestro trabajo mucho más sencillo.
- A Rosa Díaz por el trabajo de edición y por haberme acompañado en la lectura rigurosa de este documento.
- A Carmen Inga por su eficiencia y dedicación en la diagramación.
- A mis amigas de toda la vida: Giuliana Cuba, Diana Feldman, Rachel Jabiles y Mónica Vargas; sin su apoyo incondicional, su aliento y su cariño, esta tarea hubiera sido más difícil.
- A Juana, Irene y Teresa Hidalgo quienes me acompañan en la difícil tarea de ser mamá profesional.
- A mis hijos: Daniela, Elías y Rafael Maya, todo mi amor; ellos han compartido sus vidas con las aulas de esta Universidad. Por su paciencia, su tiempo y su comprensión, muchas gracias. Ojalá que este esfuerzo les sirva de aliento para sus futuros proyectos académicos.
- A Alberto Maya, mi esposo, quien, desde siempre, ha alentado mi desarrollo personal y profesional, acompañándome en cada uno de mis proyectos.

Contenido

Introducción	I
Capítulo 1: Historia de los conceptos de anorexia y bulimia: sus transformaciones	1
1.1. La anorexia nervosa: un concepto paradójico	2
1.2. La bulimia: un nuevo concepto	9
1.3. Algunos puntos de coincidencia	12
1.4. Los desórdenes de la alimentación desde la perspectiva del Psicoanálisis	13
Capítulo 2: La perspectiva freudiana acerca de los desórdenes de la alimentación 1892 – 1926	17
2.1. El Primer Período: las cartas de Freud a Fliess	20
2.2. Estudios sobre la histeria (1895) y La etiología de la histeria (1896)	27
2.3. De 1905 a 1918: años de integración a partir de <i>Tres ensayos para una teoría sexual</i>	38
2.3.1. La alimentación en la infancia	40
2.3.2. La pubertad: un espacio para la resignificación	51
2.4. «Duelo y melancolía» (1915 [1917])	56
2.5. <i>Inhibición, síntoma y angustia</i> (1926 [1927])	63
2.5.1. Los síntomas y la psicopatología social	73

Capítulo 3: Los aportes posfreudianos para la comprensión de los desórdenes alimenticios	77
3.1. El vínculo madre-hijo: una experiencia intrapsíquica e intersubjetiva	81
3.2 El proceso de alimentación: su implicancia en el contexto de los desórdenes alimenticios	97
3.3 El síntoma alimenticio ¿una elección?	101
Capítulo 4: Discusión	113
Referencias bibliográficas	133
Anexos	144
Anexo A: Anorexia	144
Anexo B: Vómitos	155

Introducción

En los últimos treinta años se ha observado en todo el mundo una explosión de trastornos alimentarios que ha sido catalogada como *la epidemia de fin de siglo* (Hoek, 1995). La alta incidencia de estos desórdenes, que inicialmente se presentaban en mujeres jóvenes, de sectores socioeconómicos altos, con estudios superiores, determinó que los primeros estudios sobre el tema se realizaran sobre la base de una población específica. Estos intentos de elaboración teórica sobre esta «curiosa enfermedad» que no presentaba compromiso orgánico, se basaron, en lo fundamental, en la descripción de sus características, de sus factores predisponentes y de los tratamientos más adecuados.

Posteriormente, los aportes de la terapia de familia fueron indispensables para comprender esta perturbación como parte de un sistema familiar disfuncional en el que el síntoma se constituye como un reflejo de las ansiedades familiares. La joven que presenta un trastorno alimentario denuncia lo disfuncional de éste interponiendo una conducta patológica (y drástica) dentro un sistema que se caracteriza por ser aglutinado, sobreprotector e incapaz de diferenciar los límites intergeneracionales.

Ante la pregunta ¿por qué las mujeres presentan desórdenes alimentarios con mayor frecuencia que los hombres?, los estudios de género, a partir de la presencia del feminismo, han contribuido a la comprensión de este complejo problema. La nueva mirada de la mujer en la cultura moderna, la encrucijada entre los valores heredados, las posibilidades y retos que la

sociedad contemporánea brinda, el cambio en la comprensión y en la valoración de la sexualidad (la elección libre de una pareja sexual), las nuevas perspectivas y retos de la maternidad (la posibilidad de una opción libre frente a ella), han aportado una significativa comprensión a la relación entre los desórdenes alimentarios y la condición femenina. Sin embargo, la respuesta sociocultural resulta insuficiente ante tan compleja situación, a pesar de que logra explicar cómo, en las últimas décadas, la cultura ha venido a sostener un modelo del *deber ser* femenino en relación al cuerpo, a la delgadez y, sobre todo, a la apariencia. Esta nueva tónica femenina se ha ligado a una conducta de rol: la mujer delgada y que trabaja es la que no se queda anclada en la maternidad y en la crianza y, por lo tanto, es la que tiene éxito. En este sentido, el éxito se ha asociado culturalmente a la delgadez y se ha convertido en un patrón de identidad.

Las graves consecuencias de este patrón de identidad determina que se tienda a tomar una posición y a privilegiar una lectura del problema, quizá la más pragmática, para referirse a los desórdenes alimentarios. El trabajo en el consultorio psicológico demuestra que es imposible adscribirse a una postura teórica e intentar responder a partir de ella por la diversidad de conductas, sentimientos, confusiones, actuaciones, etc. que se presentan en un paciente que presenta un desorden alimentario.

Las diversas teorías han pugnado por conseguir una explicación hegemónica del problema y de su tratamiento. Se ha concluido, sin embargo, que las causas que desencadenan un desorden alimentario son múltiples, provienen de fuentes distintas y necesitan un abordaje interdisciplinario. La

multideterminación del síntoma alimentario y su variedad en una gradiente de gravedad, sugiere la pregunta de si acaso los desórdenes alimentarios son síntomas asociados a patologías diversas o si éstos se constituyen como un síndrome específico.

El propósito del presente trabajo es describir el curso psicológico de los desórdenes alimentarios desde las perspectivas freudiana y posfreudiana. El valor de una aproximación histórica es que ésta se constituye en un antídoto tanto para la aceptación no crítica como para el rechazo no informado de las ideas. El lector que decide recorrer el sendero trazado por Freud ha debido de seguir y compartir los problemas de la teoría, comprender los errores cometidos y aceptar las verdades y los descubrimientos principales. De esta manera estará menos inclinado a distorsionar el material, a descartar en forma indiscriminada, especialmente fuera de contexto, lo bueno o lo malo y/o a confundir lo redescubierto con los nuevos avances (Stewart, 1967). Parece importante compartir el viaje por las ideas del Psicoanálisis con las teorías más opuestas a él, como aquellas de corte feminista, y con las más modernas como las de las tendencias psicosomáticas y las neurociencias, paradójicamente vinculadas a algunos conceptos expuestos a fines del siglo XIX en los textos preanalíticos.

La comprensión de los desórdenes alimentarios desde el Psicoanálisis exige una lectura de éstos en la historia del desarrollo del mundo occidental, de la evolución de las ideas y del avance de los criterios médicos y psicológicos. Este trabajo se inicia con el recorrido histórico de los desórdenes de la alimentación desde sus primeros registros en el siglo XVII, haciendo mención

de casos aislados anteriores. En el segundo capítulo se aborda su desarrollo a partir de una perspectiva freudiana, comenzando desde los textos preanalíticos recogidos en las cartas de Freud a Fliess, hasta las últimas referencias al tema especificadas en *Inhibición, síntoma y angustia* (1926 [1927]). En el tercer capítulo, se analiza algunos escritos posfreudianos que no sólo iluminan la comprensión del tema en cuestión sino que también destacan la continuidad del desarrollo de las concepciones freudianas. Finalmente, se presentará la discusión como un intento de articular más de cien años de estudio en un tema tan particular que, en los últimos treinta, ha cobrado tanta vigencia. Es interesante resaltar que el siglo XIX termina con el aumento de una psicopatología femenina anclada en el cuerpo, la histeria, y que el siglo XX se cierra, con una epidemia de desórdenes alimentarios, trastornos también anclados en el cuerpo.

Capítulo 1

Historia de los conceptos de anorexia nervosa y bulimia: sus transformaciones

La alta incidencia de desórdenes alimenticios en los últimos treinta años ha determinado la necesidad de comprender este complejo sintomático desde diversos puntos de vista. La posibilidad de una lectura interdisciplinaria supone la revisión del desarrollo histórico de los cuadros psicopatológicos en cuestión; su devenir en la historia ha estado influido por diversas corrientes de pensamiento y opinión: desde la Iglesia Católica (siglos XIII y XIV) hasta las corrientes feministas y socio cultural de finales del siglo XX. Tradicionalmente, los trastornos de la alimentación se han estudiado a través del paradigma de la anorexia nervosa y del paradigma de la bulimia, dos modos de enfermar distintos aunque, muchas veces, complementarios. Las influencias de la modernidad en los últimos años ha determinado cambios radicales en el modo de ser de la mujer y en el modo de vivir en su cuerpo tanto así que, actualmente, el espectro de los mismos se ha complejizado tanto que, además de los desórdenes tradicionales, se describen un conjunto de patologías intermedias o “no especificadas” (DSM IV, 1995) que, en los últimos años han devenidos en normativas.

1.1. La anorexia nervosa: un concepto paradójico

El significado del término *anorexia* ha sufrido modificaciones en el tiempo. Durante los años setenta, en los que se inició lo que se podría definir como una «epidemia», la definición de anorexia hacía clara referencia a sus síntomas más no a su etimología. «Sin hambre; sin apetito» parecían ser las traducciones más exactas a un «problema» que comenzaba a comprenderse como una enfermedad masiva y riesgosa.

La palabra *anorexia* proviene del griego; está formada por el prefijo «a» que, en castellano, se traduce como el prefijo negativo «in» y por un verbo cuyas acepciones son alcanzar, tocar, tender, ofrecer, dar, expandirse al goce. Ninguna de las acepciones tiene siquiera alguna vinculación con la comida y con la necesidad de comer (Goldman, 2000). Siguiendo la etimología de la palabra, el significado más próximo de anorexia es *sin deseo o falta de goce*.

Desde sus inicios, esta modalidad de padecer llamó la atención de la Iglesia Católica, por su vinculación a la brujería y a los demonios, y de la medicina, por la variedad de síntomas somáticos asociados: amenorrea, vómitos, bajas excesivas de peso, retracción de las encías, delusión de la imagen corporal, entre otros. A pesar de los síntomas, la medicina no ofrecía explicaciones suficientes ni tampoco estrategias adecuadas para la cura. La Iglesia, por su parte, tampoco logró erradicar el mal que tomaba posesión de las mujeres jóvenes. El cuerpo sufriente quedaba aprisionado en una forma, a la espera de una curación, quizá mágica o eventual. Los síntomas aparecían como un lenguaje que no accedía a la comunicación directa y que, al decir de

Goldman, debía ser decodificado para develar el enigma instalado en el cuerpo.

Aunque la incidencia de la anorexia nervosa aumentó en forma significativa en el mundo occidental durante la década del sesenta, los casos de abstinencia alimenticia han sido descritos desde tiempos bíblicos. Entre los siglos XII y XV, el control del apetito tenía una connotación religiosa, de convicción, de obediencia, de castidad y de pulcritud. Las mujeres de la Edad Media, que seguían el modelo del ascetismo, comían muy poco en un intento de trascender los placeres terrenales, de intensificar su espiritualidad y de autosacrificarse. El ayuno, considerado como una bendición suprema de Dios, era practicado como una búsqueda de penitencia. Ya en el siglo XVII, durante las reformas religiosas, las mujeres que tenían el poder de la abstinencia eran consideradas falsas santas, ayunadoras y/o brujas y, en el intento de prevenir a la población, enviadas a la hoguera o quemadas vivas (Matzkin, 2001).

Las mujeres del posmedievo, famosas por sobrevivir sin comer¹, asaban semanas en cama, sufriendo de una *parálisis histérica*. Ellas, sin embargo, comparten más rasgos con las histéricas modernas que con las anoréxicas de hoy, quienes —en contraste— tratan de negar su demacrado estado de fragilidad, manteniéndose exageradamente activas durante la mayor de tiempo (Holtz, 1995).

El salto (¿médico? ¿científico?) para la comprensión de tan compleja enfermedad se produjo en 1689 cuando R. Morton publicó, en Londres, el primer caso de *anorexia* causada por la tristeza y la ansiedad, a la que denominó

“nervous consumption” (Silverman, 1995, p. 141) o “consumption of nervous” *origen* (Moorey, 1991, p. 7). Este autor describió los casos de dos pacientes: una joven de 18 años que desarrolló amenorrea (a partir de una multiplicidad de cuidados y pasiones de su mente); y un joven de 16 años que cayó gradualmente en una falta total de apetito ocasionada por estudios excesivos y por las pasiones de su mente. Es de señalar que refirió los mismos síntomas tanto para los hombres como para las mujeres. Describió las características de lo que hoy se definiría como anorexia nervosa: pérdida severa de peso y amenorrea. Distinguió la condición de otras enfermedades como la tuberculosis, descartó su condición física y especificó que la inanición era nerviosa. Estableció la existencia de una forma de inanición autoinducida que no se identificaba con categorías religiosas, ni con formas políticas de protesta, ni con decepciones o exhibiciones; lo que determinaba su asociación con factores psicológicos.

A pesar de las investigaciones anteriores, no fue sino en la segunda mitad del siglo XVIII que la condición recibió atención sistemática. En 1794, R. Whytt, profesor de Teoría de la Medicina en la Universidad de Edimburgo, presentó el libro: *Observations on the nature, causes, and curses of those disorders which have been commonly called nervous, hypochondriac or hysteric to which are prefixed some remarks on the sympathy of the nerves*. Describió una *atrofia nerviosa* a partir de un caso en el que observó marasmo, una sensible pérdida de masa corporal, un espíritu melancólico y ninguna evidencia de enfermedad clínica.

¹ La fuente de los datos proviene del artículo de Laura Lanteri «Introducción al texto de Charles Lasègue sobre la anorexia histérica», en Revista Vertex, 2, 1990.

En el siglo XIX, en los albores de la Época Victoriana, Louis-Victor Marcé (París, 1860) afirmó que existían mujeres jóvenes que, en el período de la pubertad y después del desarrollo físico, caían en una suerte de inapetencia subjetiva que podía llevarse hasta límites impensados. Ellas dejaban de comer más allá de lo que se pudiera imaginar y llegaban a convicciones delirantes que les impedían comer. Así, un desorden con un perfil gástrico–nervioso se transformó en un desorden propio del *cerebro* (nervioso).

El término «anorexia nervosa», que se definió como «pérdida de apetito de origen nervioso» (definición que sería modificada a fines del siglo XX), fue utilizado por W. Gull en 1874, luego de algunas investigaciones en las que no encontró causas médicas específicas en la condición como, por ejemplo, ausencia de enzimas digestivas. Además, en el contexto histórico de la época anotó que, así como en la histeria, la enfermedad se podía encontrar también en hombres. Señaló que en estos jóvenes existía una negación *perversa* a comer y recomendó que debían ser alimentados en intervalos regulares, rodeados de personas que tuvieran cierto control moral sobre ellos y *no* por personas que estuviesen relacionadas afectivamente.

Desde 1868, Gull había presentado ante la comunidad médica algunos casos clínicos en los que revelaba la presencia de una enfermedad que afectaba a mujeres jóvenes (entre 16 y 23 años). Ellas se mostraban emaciadas, afligidas, con cierto grado de *aepsia histérica*, sin rasgos de tuberculosis específica, con signos de amenorrea, de estreñimiento y de pérdida de apetito y con una disminución de signos vitales. Este autor

consideraba que el deseo y el apetito existían pero que, por causas de un estado mental, la destrucción del apetito era notoria, cercana a la perversidad.

En 1873, Ch. Lasègue publicó en París *De l'anoréxie hystérique*, un manuscrito en el que se relataba la historia de ocho pacientes, entre los 12 y 32 años, que renunciaban voluntariamente a comer. Sostuvo la etiología emocional de la enfermedad e insistió en su condición patológica severa. Afirmó también que la enfermedad era más frecuente en mujeres adolescentes y que la actitud de la familia intervenía en el rechazo de las jóvenes a ingerir alimentos. Estas pacientes mostraban una conducta instintiva y una certidumbre personal en relación a su alimentación, desde la cual llevaban adelante su abstinencia.

En la presentación de su trabajo, Lasègue afirmó: «me propongo tratar hoy un complexus sintomático demasiado frecuentemente observado como para que sea un accidente excepcional y que tiene además la ventaja de hacernos penetrar en la intimidad de las disposiciones histéricas» (en Antebi, 2000, p. 16). La relación entre la anorexia y la histeria resultaba evidente; sin embargo, se especificó que la primera se diferencia de la «inanición histérica». En la anorexia desaparecen las quejas respecto del alimento pues se presenta una «perversión insólita del apetito», dada la *malignidad* de los síntomas que no provocan sufrimiento sino, por el contrario, contento: «no solamente no suspira por la curación sino que se complace de su condición a pesar de todas las contrariedades que suscita» (en Antebi, 2000, p. 19). Se detectó también que la enfermedad presentaba una modificación en el entorno familiar. La insistencia y desesperación de las familias de pacientes histéricas–anoréxicas

exigían de estas muchachas que comieran «como prueba de amor»; ellas, por el contrario, exhibían sus cuerpos cada vez más emaciados.

Lasègue detectó la necesidad de un abordaje distinto al usado históricamente, que considerara no sólo el saber del médico sino la voluntad del paciente, y que incorporara los avances de la neurología y de la psiquiatría. Se hizo evidente que la anorexia revela una problemática que trasciende el daño físico y la necesidad en cuanto el reconocimiento del *deseo*.

Entonces, ¿será una enfermedad exclusivamente individual o será, más bien, un complejo que involucra al sistema familiar? La respuesta a esta interrogante no pudo ser verificada hacia finales del siglo XIX; sin embargo, la terapia de familia, representada por Minuchin (1978) y Selvini Pallazolli (1974) entre otros, enfatizó la participación del síntoma anoréxico en el entorno familiar y redefinió la enfermedad como un *síntoma* familiar. El paciente identificado o portavoz, diría Pichon Rivière (1975), provee de un espacio a través del cual los miembros de la familia autorregulan su comportamiento grupal; se trata de familias que tienden a sostener los síndromes a través de sus transacciones o de los circuitos cerrados viciados por la estereotipia (Zusman, 2003).

A pesar de la sugerente comparación entre la anorexia y la histeria, se estableció una diferencia entre las formas de inanición vinculadas al ayuno y a otras causas psicogénicas que transforman la inanición en un estilo de vida a partir de miedo (anormal) a engordar.

Los estudios de Worthington y de Charcot, a finales del siglo XIX, pusieron en evidencia los motivos psicológicos que subyacen a este tipo de

patologías. Una paciente de Charcot afirmó: «prefiero morir de hambre antes que volverme obesa como mi madre» (Holtz, 1995). Charcot revolucionó la nosografía de la histeria al dar credibilidad al sufrimiento en ella, aun cuando no se constatará un compromiso orgánico. De esta manera creó un espacio para dar cabida a una relación intersubjetiva entre el médico y el paciente en la que el médico dejaba de ser *el sujeto del supuesto saber* porque había algo que sólo la enferma sabía de sí misma.

A comienzos del siglo XX, la anorexia nervosa fue erróneamente confundida con la insuficiencia pituitaria (Halmi, 1995; Matzkin, 2001). Se empleó para su curación tratamientos invasivos con insulina y electroshock; sin embargo, estos esfuerzos resultaron inútiles y la humildad de los médicos les permitió reconocer su fracaso al tratar de asignarle a la enfermedad una localización exclusivamente somática.

Bruch (1973) fue la expositora más reconocida en la investigación de los casos de anorexia nervosa en las décadas del sesenta y del setenta. Desde la perspectiva psicoanalítica, puso énfasis en el mundo interno de sus pacientes así como en las interacciones familiares, intentando rescatar de éstas las trabas comunicacionales que reforzaban el síntoma. Para ella, los problemas alimentarios representaban un esfuerzo considerable de parte de estas jóvenes para resolver o camuflar problemas vitales que, de otra manera, parecían no tener solución; resaltó que la comida tiene la facilidad de conseguir este objetivo porque *comer* es, desde el inicio de la vida, una actividad *entremezclada* con las primeras experiencias fisiológicas, emocionales y

psicológicas. De sus trabajos se pueden destacar tres áreas de funciones perturbadas.

- Una perturbación *delusional* de las proporciones del cuerpo y de la imagen corporal: la paciente se identifica con su cuerpo esquelético, rechaza la anormalidad y la mantiene activamente.
- Una perturbación en la *percepción* o en la *interpretación cognitiva* de los estímulos que rodean el cuerpo, siendo la deficiencia más pronunciada la falta de reconocimiento de las necesidades nutricionales.
- El sentido paralizado de ineficiencia o futilidad que prevalece en su pensamiento y en sus actividades. Ellas perciben a su *self* actuando sólo en respuesta a las demandas que vienen de otras personas.

Crisp (1974) distinguió, específicamente, a la anorexia nervosa *primaria* como una *fobia del peso*, orientada al temor a ganar peso durante la pubertad. Sugirió que la inanición se constituye como una respuesta de evitación ante las demandas de ajuste a la pubertad y que, al provocar una respuesta regresiva, facilita la posibilidad de no asumir los determinantes de la pubertad.

Desde inicios del siglo XX, la anorexia ha sido objeto de grandes controversias. Las opiniones médicas y psiquiátricas que especificaban su condición de *enfermedad* no conseguían definir su *tipo* ni los criterios de su validación. Esta enfermedad fue adscrita a una variedad de causas como *nervous consumption* (Morton), *atrofia nerviosa* (Whytt), *hipocondrial delirium* (V. Marcé), *histeria vinculada a una atrofia nerviosa* (Lasègue) y/o una perversión del ego (Gull). Los trabajos de Gull en Inglaterra y de Lasègue en

Francia se constituyeron como los paradigmas de la nueva comprensión de la anorexia nervosa y como punto de partida de los estudios modernos. sin embargo, su alta prevalencia, en la segunda mitad del siglo XX determinó la necesidad de buscar explicaciones en otros ámbitos del conocimiento científico.

1.2. La bulimia: un nuevo concepto

El síndrome de *bulimia nervosa* fue definido por Russell en 1979; sin embargo, su uso se puede rastrear a lo largo de la historia, especialmente en relación a una voracidad patológica que culmina con la ingesta excesiva de alimentos.

En la antigüedad los individuos dependían de la caza masiva de animales después de la cual se pasaban algunos días comiendo; se pensaba que los atracones eran necesarios para la acumulación de tejido graso que compensaba los períodos de escasez de alimentos (Matzkin, 2001).

La historia de Grecia antigua refiere numerosas e importantes ocasiones bélicas en las que los fenómenos de hambre por falta de provisiones eran recurrentes. Estos estados extremos de falta de fuerzas, palidez, hipotermia, estómago oprimido, pulso debilitado y hambre recibían el nombre de *bulimia*, vocablo que etimológicamente significa «hambre de buey».

En el Imperio Romano, las referencias a la bulimia responden a un estado prolongado de privación de comida; en el que el frío, la languidez y el cansancio eran las respuestas naturales a la emación; en las épocas de abundancia, de los banquetes y de las orgías, los romanos terminaban, sin embargo, autoinduciéndose el vómito. Aureliano discutió, en el contexto de las

enfermedades crónicas, el *hambre mórbido* y la *phagedaena*; las definió como vinculadas a un apetito voraz, a la ausencia de masticación y a los vómitos y describió a los que las «sufrían» con rostros hundidos y dientes caídos (Matzkin, 2001).

A lo largo de la Edad Media, Europa fue sacudida por dos corrientes de pensamiento en pugna: por un lado, la glotonería, que era uno de los siete pecados capitales sancionados por la Iglesia de Roma; por el otro, la inseguridad de suministros de alimentos y la corta expectativa de vida que hicieron del consumo exagerado una realidad durante los tiempos de prosperidad. A pesar de los pocos casos identificados de bulimia, se cuenta la historia de Catalina de Siena, en el año 1380, quien «evacuaba» sus culpas a través del vómito y del abuso de hierbas con acción diurética, y el de las jóvenes de la aldea de Morzan que enfermaron masivamente con un síndrome, hoy conocido como bulimia, que desató la pugna entre la Iglesia y los médicos de la época, quienes, obligados por el clero, se vieron en la necesidad de atender la situación para evitar el castigo de la hoguera.

Entre los siglos XVI y XIX se identificaron cuarenta casos de hiperfagia, de los cuales 23 aparecieron en el siglo XIX; de éstos, sólo 15 manifestaron síntomas de bulimia nervosa, como la ingesta voraz, los vómitos secretos, las comilonas nocturnas y el peso corporal normal (Holtz, 1995). A comienzos del siglo XIX, los diccionarios médicos la describieron como un desorden somático causado por *humores fríos*, parásitos intestinales, lesiones cerebrales o, simplemente, como una anomalía congénita. Además, especificaron un

aspecto que aún sigue vigente asociado a la presencia de un apetito voraz seguido de vómitos propios de la histeria y/o del embarazo.

El siglo XX presenta un cambio significativo pues en las descripciones médicas no se observaron casos de hiperfagia vinculados a la voracidad. Es recién después de la II Guerra Mundial que el *bingeing* (las comilonas) y los vómitos (autoinducidos) se establecieron como sus criterios diferenciales. A partir de 1970 se encontró una mayor incidencia de bulimia.

Este incremento se ha asociado a los cambios en las expectativas socioculturales de las mujeres jóvenes; está vinculado a la extrema preocupación por las formas y el peso del cuerpo y al uso de medidas compensatorias (abuso de laxantes y vómitos autoinducidos), exigencias propias de las presiones de la delgadez idealizada en relación al cambio de paradigma de la feminidad (Parry-Jones y Parry-Jones, 1995).

1.3 Algunos puntos de coincidencia

Las teorías psicosociales sostienen que el problema de establecer un sentido coherente del *self* en las mujeres es un tema recurrente en la comprensión de los desórdenes alimentarios. Éstos representan y expresan la posición de las mujeres en la sociedad contemporánea occidental y denuncian decisiones políticas asociadas a una problemática social y de género (Gordon, 1990).

La anorexia nervosa y/o la bulimia son símbolos o metáforas (Moorey, 1991) que tienen un significado específico. Actualmente, es difícil afirmar si se trata de «síntomas» de una enfermedad o de respuestas ante determinados condicionamientos psicosomáticos. Es probable que las personas no *enfermen*

de anorexia o bulimia como quien contrae un cáncer, un resfrío o una tuberculosis; mas bien, parece tratarse de estilos de vida (y no de enfermedad) al enfrentar la incomodidad de la realidad. (Moorey, 2000).

Desde una perspectiva psicodinámica, Bruch (1973) y Crisp (1974), sostienen que los desórdenes alimentarios son modos de enfrentar o de afrontar (*coping*) las dificultades cotidianas vinculadas al desarrollo y a la sexualidad. En este sentido, el lenguaje de la medicina resulta inapropiado.

La epidemia actual de estos comportamientos es un reflejo de la ambigüedad de la identidad femenina en un período de cambio y confusión. Es difícil decidir si son metáforas de una protesta femenina honorable o, en su defecto, de una causa justa por la cual vale la pena el autosacrificio. En este sentido, los problemas alimentarios, más que desórdenes *atados a la cultura* (Wilfley y Rodin, 1995; Lelwica, 1999), son *desórdenes étnicos* (Gordon, 1990) en tanto que son patrones que, por su propia dinámica, tienden a expresar las contradicciones cruciales y el corazón de las ansiedades intrapsíquicas y sociales.

1. 4. Los desórdenes de la alimentación desde la perspectiva del Psicoanálisis

El desarrollo de la obra de Freud permite ilustrar algunos conceptos que han sido de enorme importancia para la comprensión de los desórdenes alimentarios. Si bien en su obra las referencias explícitas al tema de la anorexia son escasas, una lectura cuidadosa encuentra las primeras noticias de ella en «Un caso de curación hipnótica y algunas observaciones sobre la génesis de síntomas histéricos por

antivolución» (1892-1893), episodio clínico en el que no se hace mención a la enfermedad. A lo largo de la obra de Freud se encuentran 28 referencias a los síntomas de la *anorexia* y de *vómitos repetidos*, algunos vinculados al asco y a la repugnancia, y otros asociados a la conversión, sin hacer mención a la *bulimia*, término que, por lo demás, Russell acuñó recién en 1979. Éstas se encuentran en el «Manuscrito G» (1895b), en *Estudios sobre la histeria* (1895a), en *La etiología de la histeria* (1896), en «Duelo y melancolía» (1915a) y en los aportes de *Inhibición, síntoma y angustia* (1926 [1927]). Quizá, lo más importante no son las referencias explícitas a los temas antes mencionados, sino el desarrollo de los conceptos teóricos que han permitido encontrar, de manera muy sugerente, dos caminos diferentes para su comprensión: aquel que recorre el sendero de la melancolía y aquel que discurre por las rutas de la histeria.

Los estudios psicoanalíticos de la época, influidos por el giro de lo somático a lo *psíquico* e influenciados radicalmente por la histeria, definieron la *anorexia*, por un lado, como una neurosis actual o tóxica (la melancolía) y, por el otro, como una forma de psiconeurosis (la histeria) con un fondo sexual («Manuscrito G», 1895b; *Estudios sobre la histeria*, 1895a; *La etiología de la histeria*, 1896). Es interesante reflexionar acerca de la coexistencia de ambas concepciones. Como la *anorexia* era una enfermedad que no presentaba causas físicas, que se manifestaba en el cuerpo y que parecía tener un origen sexual, el diagnóstico de histeria se constituía como el más adecuado... *a falta de una explicación mejor*. Pareciera (como se sugiere en las citas 4, 8 y 9 del Anexo A) que Freud tenía algún conocimiento del síndrome descrito por

Lasègue (1873): «anorexia histérica»², así como de las observaciones de Gull (Matzkin, 2001) sobre la «Anorexia Nervosa»³.

Esta «extraña enfermedad» afectaba a jóvenes mujeres de sectores medios altos de la sociedad europea. La histeria de *fin-de-siècle* hacía estremecer tanto el cuerpo de las mujeres europeas como las conceptualizaciones de los médicos de la época. Es a través de las cartas dirigidas a Wilhem Fliess entre 1887 y 1904 (Masson, 1986) que se recoge los intentos preanalíticos de incorporar las corrientes médicas y biológicas del siglo XIX a las nuevas concepciones psíquicas. Es posible que el camino inicial de confluencia fuese el estudio de las neurosis actuales, que representan un complejo somato-psíquico.

² Lasègue (1873) afirmó: «me propongo hoy tratar un *complexus* sintomático demasiado observado como para que sea un accidente excepcional y que tiene además la ventaja de hacernos penetrar en la intimidad de las disposiciones histéricas» (en Goldman, B. R., p. 16).

³ Gull (1868) sostenía que esta enfermedad tenía un componente mental y que en estas jóvenes emaciadas, muy afligidas, que llegaban al grado de la *apepsia* histérica, con amenorrea, estreñimiento y pérdida de apetito, existía una negación *perversa a comer* (en Matzkin, V., 2001).

Desde sus primeros escritos, Freud observó la coexistencia de síntomas somáticos y psíquicos y acuñó el concepto de «neurosis mixtas» para explicar la frecuente asociación entre ellos. Esta concepción, que no se limita a designar un cuadro clínico complejo, sugiere la coexistencia de etiologías diferentes (Laplanche y Pontalis, 1993). Describir a la anorexia como una neurosis mixta es posible que permita comprender lo complejo de sus síntomas que, desde esta perspectiva, se podrían constituir como el antecedente de la actual hipótesis psicósomática.

Uno de los temas más complicados en la comprensión de los desórdenes alimentarios en la obra de Freud es si la anorexia fue considerada un síntoma⁴ o un síndrome⁵. De las diferentes entradas al tema se puede del síndrome fue rechazado.

Para mantener esta teorización dentro del marco del Psicoanálisis de Freud parece sugerente introducir algunos conceptos vinculados al síntoma que aparecen definidos en *Inhibición, síntoma y angustia* (1925 [1926]).

El *síntoma* se define como un *signo*, un *sustituto*, un *desplazamiento* que surge del impulso instintivo obstruido por la represión, antiguo encargado de transformar en displacer el placer de la satisfacción esperada. En este proceso, la angustia desempeña un papel principal ya que si ésta logra ocultar lo instintivo, entonces no habrá noticia de lo reprimido. Es, pues, cuando la represión fracasa que aparece el *síntoma* como un sustituto disminuido,

⁴ El *síntoma* se define como un evento o una ocurrencia que indica la presencia de una condición patológica (Champney English y Champney English, 1958, p. 540).

⁵ Se entiende por *síndrome* el patrón de síntomas que caracteriza un desorden particular o una enfermedad, La combinación de síntomas marca la diferencia entre un síndrome y otro. La diferencia entre un síndrome y un *cluster de síntomas* es que el primero marca una diferencia y el segundo no. (Champney English y Champney English, 1958, p. 540).

desplazado e inhibido de la situación original con la cual, no necesariamente, guarda vínculos evidentes.

Como sustituto, el *síntoma* no produce ningún placer sino que, por el contrario, toma un carácter compulsivo y se instala como un cuerpo extraño totalmente extraterritorial: no pertenece al Yo, el cual sólo sirve de escenario para su formación, y delata, más bien, un conflicto entre el Ello y el Superyó que no consigue mediar. Cuando el proceso sustitutivo no logra su descarga por medio del desplazamiento y la carga impulsiva no se puede transformar, el desplazamiento tiende a recaer naturalmente sobre el cuerpo y generar cierto impedimento de la función, es decir, algún tipo de inhibición.

En este sentido, la anorexia nervosa parece resumir el camino seguido por la teorización freudiana: de las neurosis actuales a las neurosis mixtas; del síntoma a la inhibición de una función. El desorden alimentario se considera un síntoma y, a la vez, una inhibición de la función alimenticia que, inicialmente, tuvo el papel de no despertar la angustia .

Se puede presumir que la histeria se presentó como una posibilidad de expresar y, tal vez, encauzar los intentos de rebelión sexual que motivaron la emancipación política de la mujer. Tal fue su impacto en los albores del siglo XX, que se considera que: “la histeria no es una enfermedad: es la enfermedad en estado puro, nada en sí misma, pero es capaz de tomar la forma de todas las otras enfermedades. Es más estado que accidente: lo que hace a la mujer enferma por esencia” (G. Swain, en Roudinesco, 1998, p. 463). No se debe descartar los estudios sobre la histeria masculina, a pesar de haber sido mal recibidos por la comunidad científica de la época.

Capítulo 2

La perspectiva freudiana acerca de los desórdenes de la alimentación 1892-1926

El presente capítulo explora las propuestas en torno a la concepción y el desarrollo de los síntomas de la alimentación en el contexto de la obra de Freud. Para hacerlo se han seleccionado cinco escritos: «Manuscrito G» (1895b), *Estudios sobre la histeria* (1895a), *Tres ensayos para una teoría sexual* (1905), «Duelo y melancolía» (1915a [1917]) e *Inhibición, síntoma y angustia* (1926 [1927]), en los que Freud hace mención explícita al tema en cuestión. En un intento por explicar el desarrollo histórico de este complejo sintomático, al parecer muy frecuente en las mujeres del siglo XIX, se han utilizado algunos otros trabajos de Freud, sin por eso intentar cubrir la totalidad de su obra.

Este análisis exige recorrer los escritos pertinentes en dos direcciones. Un recorrido ascendente que pretende establecer una lectura que siga el itinerario en el que síntomas que, para entonces, sólo eran vistos desde una óptica física se inscriben en lo psíquico. Y uno descendente, a la luz de los aportes *postfreudianos*, especialmente aquellos referentes del desarrollo, al vínculo y a la teoría psicósomática, que recoge algunos conceptos sugerentes como puntos de anclaje para la comprensión de los desórdenes de la alimentación. Ubicados en la perspectiva psicopatológica de estos desórdenes es importante explorar, por un lado, la relación entre la anorexia, la anestesia y

la melancolía; y, por el otro, la relación entre la anorexia y la histeria. Cabe resaltar que el enigma de la histeria y la demanda de las pacientes histéricas se encuentran en la base de la reflexión analítica propiamente dicha. Asimismo, es importante comprender las hipótesis que explican la génesis, el mantenimiento y la perpetuación de los síntomas de la alimentación a la luz del proceso psicoanalítico, aunque —como es obvio— este punto esté aún en proceso.

Desde luego que, a lo largo de los años en los que se ubican estos cinco textos, se fueron construyendo los elementos centrales del edificio conceptual freudiano como son: el inconsciente, la sexualidad infantil, las fantasías inconscientes, la realidad psíquica, los objetos internos y las identificaciones, entre otros. Algunos de estos aspectos serán tomados en consideración a medida que avance la exposición.

En el «Manuscrito G», Freud (1895b) introdujo algunos conceptos con relación a la bisagra *psico-somática* en la que se inscribe la anorexia, enfermedad que, desde la óptica actual, puede ser considerada emblemática de la forma en que el cuerpo recibe el impacto de los aspectos no simbolizables de la vivencia afectiva. Desde la perspectiva de este trabajo, la vinculación que Freud establece entre los conceptos de anestesia y melancolía se puede comprender desde un concepto acuñado muchos años más tarde: la *alexitimia*⁶. En este primer período preanalítico, las referencias a la melancolía

⁶ Etimológicamente, la alexitimia se define como la ausencia de las palabras para expresar emociones. Por una parte Es un constructo hipotético para describir una compleja constelación de manifestaciones cognitivo-afectivas que se presentan en pacientes con afecciones psicósomáticas. Se caracteriza por la dificultad para reconocer, identificar y describir emociones y para distinguir las emociones de las sensaciones físicas; así mismo, se caracteriza por la baja simbolización y por la presencia del pensamiento

están de acuerdo con la definición de la psiquiatría alemana de la época que las emplea *para designar toda depresión y desazón aun leve* (Masson, 1986, p. 97). La propuesta de derivar la «melancolía» de la falta de satisfacción sexual habría de parecerle a Freud insatisfactoria pocos años después. A partir de las observaciones clínicas, conservó para el término *melancolía*, aquello que podía traducirse, en el lenguaje de la libido, como la oposición de duelo y asoció la melancolía con la pérdida de *objeto* (1915a [1917]).

En este primer período, Freud estudiaba los problemas de las neurosis (actuales [neurastenia y estados de ansiedad]) y de las psiconeurosis. Su interés, que había estado centrado en la neurología, ahora gravitaba hacia la psicología. Es posible que en «Las neuropsicosis de defensa» (1894b) se tiendan los primeros puentes al mencionar por primera vez los términos «defensa», «conversión» y «huida a la psicosis». Simultáneamente, empezaban a emerger nociones importantes como las de sexualidad, las bases de una hipótesis económica y una protodefinition de lo inconsciente.

En lo que se refiere a la complejidad del proceso de alimentación y a la participación de la madre, Freud apuntó notas importantes en *Tres ensayos para una teoría sexual* (1905). Interesa subrayar, respecto a lo que concierne a este trabajo, la diferencia entre la función nutriente y la función autoerótica en relación a la succión del pecho materno a partir del modelo del chupeteo.

operatorio que facilita la focalización de la atención en los aspectos externos de un suceso, dejando de lado las experiencias internas. Por otra parte, la alexitimia se define como un estado yóico consciente que, a modo de una defensa, facilita que los elementos psicológicos se separen del afecto y se desplacen por distintos destinos, uno de los cuales es la alteración corporal (Sivak y Wiater, 1997, p. 18).

Las posibilidades de comprensión de los síntomas de la alimentación y de los fenómenos psíquicos asociados se amplía con la publicación de «Duelo y melancolía» (1915a) que introduce la noción de objeto que ha de implicar un cambio sustantivo en la teoría. La melancolía implica una regresión de la carga al objeto de la fase oral de la libido perteneciente al narcisismo. La identificación narcisista con el objeto se convierte en un sustituto de la carga erótica que no puede ser abandonada. Las relaciones entre la identificación, la ingestión y la incorporación abren un espacio a la comprensión del problema alimentario al subrayar que la predisposición a la melancolía concurre con el predominio de elección de objeto de tipo narcisista.

Años después, en *Inhibición, síntoma y angustia* (1925 [1926]), luego de la revisión propuesta en la Lección XX «La vida sexual humana» (1915c [1917]), Freud afirmó que los desórdenes de la alimentación no sólo pueden ser considerados como síntomas sino también como *inhibiciones*. En medio de la descripción de una variedad de síntomas obsesivos y fóbicos, se refirió a las inhibiciones de la alimentación como inhibiciones normales de la función del Yo asociadas a la inapetencia y/o a la intensificación del apetito, subrayando así sus aspectos psíquicos.

A partir de estos puntos de apoyo obtenidos en el recorrido ascendente se intentará esbozar una comprensión de los desórdenes de la alimentación para tratar, en el siguiente capítulo, algunos alcances de los aportes posfreudianos vinculados a las nociones de desarrollo y de vínculo.

2.1. El Primer Período: las cartas de Freud a Fliess

(1887 y 1904)

En las cartas a Fliess, escritas entre (Masson, 1986), se aprecia las tentativas de Freud de exponer algunas ocurrencias clínicas que, a su parecer, no encontraban explicación en la medicina de la época. Su convencimiento de la relevancia de los aspectos psíquicos y sexuales marcó un cambio en el paradigma médico del siglo XIX. Esto se debió a su opción metodológica por la interpretación psíquica pese a seguir manteniendo una postura naturalista. En el tránsito de la neurología a la psicología y, luego, al psicoanálisis, su principal preocupación era resaltar el mecanismo psicógeno de una serie de afecciones que no eran estrictamente neurológicas pero tampoco psicológicas.

Tal vez sea pertinente indicar que los síntomas descritos por Freud entre 1892 y 1893 en «Un caso de curación hipnótica...» son aún los factores tomados en consideración en el diagnóstico de la anorexia nervosa. Al cuadro dado por una constitución física saludable asociada a dificultades sexuales que aparecen en la pubertad, estreñimiento, cambios de humor, intensificación en el estudio y factor de perturbación para la familia descrito entonces, bastaría con agregar, para completar el cuadro actual, la amenorrea, la pérdida del quince por ciento de peso por debajo de los estándares estipulados por las tablas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la delusión de la imagen corporal.

En 1894 publicó «Las neuropsicosis de defensa» (1894b, interesa prestar atención al título), artículo que hace referencia a un problema que revelaba lo que ocurría cuando no se producía una conversión sino una

separación entre la idea y el afecto correspondiente que terminaba por ligarse a otra idea y, de ese modo, tenía acceso a un proceso de resignificación.

En esa época, diferenció las neurosis actuales de las (psico)neurosis. Si bien ambas formas de neurosis compartían una etiología sexual, estableció que, en las primeras, la falta de descarga de la excitación sexual se transformaba en síntoma y, en las segundas, la formación de los síntomas (fruto de la represión) se producía a través de mecanismos simbólicos. Las neurosis actuales no tienen origen en los conflictos infantiles sino que son producto de los efectos tóxicos de los «desórdenes de la vida sexual actual», es decir, de la insatisfacción sexual. Dentro de este grupo designó a las neurosis de angustia y a la neurastenia e incluyó, años más tarde, la hipocondría. En las (psico)neurosis, en cambio, el factor determinante es el conflicto psíquico. Esta distinción, vigente entonces, refleja las dificultades para diferenciar aquellos síntomas de procedencia somática de aquellos cuya configuración obedecía, esencialmente, a fenómenos psíquicos.

En estos momentos preliminares se establecía una brecha entre las neurosis actuales cuya comprensión etiológica no exigía postular la intervención de la simbolización (por cuanto eran sentidos como propios de la excitación sexual no satisfecha) y las psiconeurosis, cuya sintomatología era producto de procesos simbólicos. Para aclarar mejor el punto, en las neurosis actuales la acumulación de la excitación sexual no satisfecha permanece estancada en la esfera física y se transforma en angustia; en la histeria, en cambio, la excitación *psíquica* toma una vía hacia lo somático en la forma de síntomas (Cf. Manuscrito E). Es interesante señalar que en el vocabulario de

Laplanche y Pontalis (1993) se sostiene que estos síntomas constituyen, por lo general, en el núcleo y en la fase precursora del síntoma psiconeurótico.

Freud sostuvo esta diferencia a partir del descubrimiento de «tres mecanismos: [1] el de la mudanza de afecto (conversión-histeria), [2] el del desplazamiento de afecto (representaciones obsesivas), y 3. el de la permutación de afecto (neurosis de angustia y melancolía)» (Masson, p. 68). Resulta evidente, incluso desde la grafía de la numeración, que los puntos [1] y [2] corresponden a las psiconeurosis y que el punto 3. (sin corchetes) está vinculado al entrapamiento somático que se reparte entre una neurosis actual, la neurosis de angustia y la melancolía.

Freud introdujo la relación entre la anestesia *psíquica* y la melancolía en el «Manuscrito B» (1893) para, luego, en el «Manuscrito G» (1895b), explicar el concepto y las formas de anestesia, lo que resulta importante para los fines de esta investigación. La anestesia consiste en la omisión de los «sentimientos voluptuosos» (orgásmicos) que «debieran ser dirigidos al grupo sexual psíquico una vez transcurrida la acción refleja que descarga el órgano terminal» (Masson, p.101). Los sentimientos voluptuosos se expresan a través de la descarga⁷; de otra manera, se quedan instalados (de manera tóxica) en el cuerpo.

En este período Freud definió la anorexia, en el «Manuscrito G» (1895b), asociada a la melancolía por la pérdida de libido y la vinculó a la anestesia en

⁷ En el «Manuscrito E» (¿6-6-1894?), resaltó que «la neurosis de angustia aqueja tanto a las mujeres anestésicas en el coito como a mujeres sensibles. Esto es asombroso en extremo, pero sólo puede tener el sentido de que la fuente de angustia no se deba buscar en lo psíquico. Por lo tanto, se sitúa en lo físico, lo que produce angustia es factor físico de la vida sexual. Ahora bien, ¿cuál?» (Masson, p. 73).

su enlace con el asco, como defensa. Propuso que la anestesia histérica es “un todo análoga a la anorexia histérica (asco)”. (Masson, p.101). En *Estudios sobre la histeria* (1895a), hizo referencia a los «vómitos repetidos» en relación al asco y a la repugnancia. Todo ello la enmarca en una perspectiva nosográfica que diferencia las neurosis actuales de las psiconeurosis. Como veremos, esta brecha va a requerir una suerte de salto teórico significativo para comprender que la anorexia parece estar situada en un terreno impreciso entre ambas. Resumiendo, mientras que la anestesia las vincula a las psiconeurosis⁸, el elemento hipocondríaco de las melancolías las emparenta con las neurosis actuales.

La respuesta de Freud a la pregunta «¿Cómo es que la anestesia desempeña [un] papel tal en la melancolía?» (1895b, p.101) permite entender que, mientras la anestesia psíquica sexual revela una disminución del goce erótico, la angustia corresponde a una acumulación de libido no descargada que se manifiesta a través de síntomas somáticos.

En esta época (1894a), Freud expuso las razones para separar la neurosis de angustia de la neurastenia. Estableció la distinción entre la excitación sexual somática y la libido sexual o deseo psíquico. Señaló que en la melancolía, ante la pérdida o ante la insatisfacción sexual, el anhelo queda

⁸ Los síntomas que presentan las mujeres anestésicas y sensibles no tienen, en esa época, una localización psíquica sino más bien sexual. A falta de una sexualidad activa, el cuerpo anestesiado queda vaciado por una carencia de amor que, al no ser satisfecha, se establece como una forma de melancolía. Freud sostiene que los melancólicos que han sido anestésicos, no tienen ninguna necesidad (y ninguna sensación) de coito, sino una gran ansia de amor en su forma psíquica; se diría una tensión psíquica de amor. Este sería, pues, el correspondiente de la neurosis de angustia. Años más tarde, en 1910, Freud desarrolló esta idea en relación a la retracción narcisista y, en 1915a, en relación a la identificación con el objeto perdido. La carencia se instala en el paradigma de la melancolía.

entrampado en el cuerpo. Visto desde la situación actual, este cuadro podría ser entendido como *psicosomático*. Una Gestalt figura-fondo sugiere, enigmáticamente, en la figura de un cuerpo emaciado, el fondo melancólico de la pérdida del goce y de la satisfacción.

Los excesos concomitantes a la anestesia⁹, podrían asociarse a un intento de *anular*, a modo de una defensa obsesiva, los sentimientos y los deseos más voluptuosos¹⁰. Años más tarde, en «Los actos obsesivos y los ritos religiosos» (1907), Freud presentó una viñeta clínica en la que señaló el manejo obsesivo del deseo reprimido. Afirmó:

Todo ello era la reproducción de una vivencia de su historia conyugal que había planteado ulteriormente un problema a su pensamiento. Su marido había sufrido en la noche de bodas un percance que no es, por cierto, nada raro. Se había encontrado impotente y «había venido varias veces, en el transcurso de la noche, desde su cuarto al de ella» para renovar sus tentativas de consumir el matrimonio. Por la mañana manifestó su temor de que la camarera del hotel sospechara, al hacer las camas, lo que le había ocurrido, y para evitarlo, cogió un frasquito de tinta roja y vertió parte de su contenido en la sábana; pero tan torpemente, que la mancha encarnada quedó en un lugar poco apropiado para su propósito. La paciente jugaba, pues, a la noche de

⁹ «¿Cómo es que la anestesia desempeña [un] papel tal en la melancolía?», y responde: «Todo lo de abajo está en orden, sólo que no se admite sensación voluptuosa en el grupo sexual psíquico a causa de algún diverso enlace (con asco-defensa). Esta es la anestesia histérica, en un todo análoga a la anorexia histérica (asco)» (Masson, p. 101).

¹⁰ Stewart (1967) introdujo el concepto de «anestesia por exceso» para afirmar que una persona *normal* estimulada por actividad sexual excesiva puede experimentar sentirse exhausta porque, a pesar de todas las descargas de la libido psíquica y somática, queda un extra sin descargar.

novios con su acto obsesivo. La mesa y la cama fueron conjuntamente el símbolo del matrimonio. (1907, p. 1339)

Era evidente que la represión se había constituido como una defensa contra la sexualidad y el concepto de neurosis mixtas facilitó la articulación de los dos tipos de patologías que se gestaban paralelamente.

Freud diferenció la *neurastenia de los hombres* de la *neurastenia de las mujeres* («Manuscrito B», 1893)¹¹ y afirmó que la enfermedad mental femenina era, con frecuencia, una consecuencia de la relación sexual insatisfactoria con el marido. La moral victoriana de fines del siglo XIX fue origen y testigo de las complicadas y riesgosas prácticas sexuales entre adultos y de la negación de la sexualidad infantil. La vigencia de esta moral represiva había sufrido muchos cuestionamientos a fin de siglo, entre ellas, las propuestas de las nuevas interpretaciones sobre la histeria de Freud.

El diálogo sostenido con Fliess muestra la necesidad de seguir ahondando en la comprensión de los contactos efímeros pero recurrentes entre los aspectos físicos y psíquicos de las enfermedades de su tiempo y, así como las cartas revelaban toda la incertidumbre, los textos sobre la histeria se preparaban para constituirse como la primera gran versión de sus investigaciones: «Tengo todavía centenares de lagunas grandes y pequeñas

¹¹ Freud afirmó: «Mucho más a menudo la neurastenia de las señoras deriva de la de los hombres o es producida al mismo tiempo que ésta. Entonces se mezcla casi siempre con la histeria, la neurosis mixta común de las mujeres. La neurosis mixta de las mujeres se genera a partir de la neurastenia de los hombres en todos los casos, no raros, en que el hombre como neurasténico sexual, ha sufrido el menoscabo en su potencia. Mientras mayor sea el grado de impotencia del marido, más predominará la histeria en la mujer» («Manuscrito B», en Masson, p. 30).

en la cuestión de las neurosis pero me aproximó a un panorama de conjunto y a unos puntos de vista generales» (Masson, p. 68). Asimismo afirmó:

...el núcleo y asidero de toda la historia sigue siendo, desde luego, el hecho que, por obra de una nocividad sexual particular, también los sanos pueden adquirir las diversas formas de las neurosis. El puente hacia una concepción más amplia lo constituye el hecho de que donde se genera neurosis sin mediar nocividad sexual se puede demostrar de antemano una perturbación semejante de los afectos sexuales. Tomando afecto sexual, desde luego, en el sentido más lato, como una excitación. (Masson, p. 70)

Simultáneamente, también en 1895, en el contexto de sus investigaciones sobre la histeria, Freud definió los vómitos como síntomas (conversivos) histéricos. Esto se hace más definitivo en una carta de 1899 donde señala la doble valencia del síntoma histérico. La fantasía del embarazo parece haberse instalado como una metáfora de un llenarse de sexualidad y, al mismo tiempo, de vaciarse de ella. Este par contradictorio de realizaciones de deseo es, quizá, la clave para la comprensión de la valencia conversiva del síntoma y la resignificación adolescente del mismo.

2.2. Estudios sobre la histeria (1895) y La etiología de la histeria (1896)

En *Estudios sobre la histeria* (1895a) se presentan algunos de los conceptos que revolucionaron las nociones médicas biologistas y de la sexualidad de la época. Conceptos como represión, abreacción, defensa, resistencia y

conversión intentaban explicar la transformación de la energía libidinal en una inervación somática; es decir, en una somatización con significación simbólica (Roudinesco, 1998).

En el «Manuscrito G», Freud (1895b) afirmó que la neurosis de la alimentación paralela a la melancolía es la anorexia. Aún no se había mencionado otro síntoma que no fuese la restricción de la alimentación. Es en *Estudios sobre la histeria* (1895a) que se introdujo como síntomas conversivos otras perturbaciones alimenticias (no restrictivas) como los *vómitos repetidos*, las molestias digestivas y la repugnancia a los alimentos como síntomas.

El síntoma psiconeurótico es, a la vez, una satisfacción disfrazada de deseos y un desplazamiento necesario, aunque incómodo, de las pulsiones reprimidas. En su función *conversiva* sustituye y *simboliza* los complejos que corresponden al contenido sensorial de las escenas infantiles que, ante la imposibilidad de descargar la pulsión sexual somática, se quedan fijados en el aparato psíquico. Las neurosis de la alimentación, tal como fueron definidas en el «Manuscrito G», no acceden a la descripción de síntomas conversivos.

La histeria es un tipo de psiconeurosis que se muestra a través de cuadros variados¹². Se define como traumática cuando un accidente provoca el síndrome; el factor accidental es determinante en su etiología. Los tipos más

¹² En los años de trabajo con Breuer (1894-1895) se clasificaron cuadros específicos de histeria como son la histeria hipnoide y la histeria de retención. La histeria traumática, por su parte, fue descrita por Charcot y se refería, específicamente, a síntomas asociados a traumatismos físicos. De todas las hipótesis surgidas en los años de trabajo con la histeria quedó acuñada, principalmente, la histeria de conversión y la histeria de angustia —que posee una similitud estructural a la de conversión— cuyo síntoma principal es la fobia.

frecuentes¹³ son la histeria por conversión (el conflicto psíquico da lugar a través de síntomas corporales, paroxísticos o duraderos que no se desarrollan inmediatamente después del trauma sino luego de un episodio de incubación) y la histeria de angustia (la angustia se fija a un objeto exterior a la manera de una fobia. La disociación entre el afecto y la idea permite que la representación intolerable se torne inofensiva por la transformación de la magnitud del estímulo en excitaciones somáticas (conversión) o ideativas, proceso que puede ser parcial o total. El Yo, aún comprendido para entonces como una masa de pensamientos coherentes, carga con un símbolo mnémico (que habita como un parásito en el inconsciente) hasta que es recordado con el afecto concomitante. Ese es el aspecto esencial del método catártico de abreacción.

Para entonces Freud aseveraba que el origen de las neurosis tenía como punto de referencia el trauma, acontecimiento sexual cuyo origen pregenital, afectaba la vida personal del sujeto por sus efectos en la vida adulta. Ante la inminencia del trauma, el aparato psíquico se torna incapaz de liquidar las excitaciones por lo que el Yo utiliza defensas patológicas, como la represión. En tanto hecho psíquico, el trauma se descompone en dos acontecimientos (1895a): la primera escena es aquella en la que el niño sufre un intento sexual por parte de un adulto sin que éste despierte una excitación sexual; la segunda está definida por la aparición intempestiva de un evento que se asocia al primero. Esta asociación produce un conjunto de excitaciones que

¹³ Freud consideraba a los histéricos como «seres especiales en los que el horror a la sexualidad, que en la pubertad desempeña normalmente cierto papel, aparece intensificado hasta lo patológico y subsiste duramente, o sea, en cierto modo personas que no pueden satisfacer psíquicamente las exigencias de la sexualidad» (1895a, p. 305).

desbordan al Yo. En este segundo momento que, por lo general, ocurre en la pubertad se produce la resignificación.

Resulta importante resaltar que la formación de síntomas, como actos conscientes que resultan aparentemente faltos de sentido, está determinada por un ordenamiento inconsciente que, por diferentes motivos, se encuentra imposibilitado de traspasar el umbral de la conciencia. El núcleo de la disociación histérica que aparece ante un evento traumático crece, posteriormente, asociado a eventos traumáticos auxiliares. La excitación impulsada por el camino de la inervación somática, que es -en realidad- un falso camino, retrocede a la representación de la cual fue separada y fuerza al sujeto a la elaboración asociativa o a la descarga a través de ataques histéricos que tienden a ser permanentes.

Para entonces se consideraba frecuente que las representaciones intolerables, por lo general alejadas de la conciencia con la intención de ser dominadas, se presentasen con mayor frecuencia en las mujeres y en el terreno de la sexualidad (pese a que este dato no se explicita en el texto). Las formulaciones de Crisp (1974) y Bruch (1973) sobre la anorexia expresan, precisamente, que el síntoma representa el intento de las jóvenes de no asumir los cambios propios de la pubertad, de no comprometerse con una sexualidad adulta y de no desarrollar una individualidad.

La contradicción entre una necesidad sexual superior a la normal y su exagerada repulsa tiende a transformar las ideas libidinosas en síntomas. En este sentido, como sustituto o desplazamiento, es, por lo general, exagerado y desproporcionado a sus fuentes. En los casos de anorexia, en los que el asco y

la repugnancia (vinculados a la vida sexual) se asocian a lo reprimido, la huella inscrita en el síntoma delata y sugiere que el cuerpo *emaciado* de una anoréxica habla por sí mismo. A modo de reflexión, cabe preguntarse si acaso, por un lado, la inanición propia de la anorexia no es un síntoma «demasiado exagerado» que compromete un complejo de funciones corporales llevándolas al extremo; y, por el otro, si la recurrencia de las purgas (in)disponen al cuerpo a un estado extremo cuando se producen los desbalances químicos tan típicos de la bulimia.

El método de trabajo que propone Freud en *Estudios sobre la histeria* (1895a) corresponde a lo que en la actualidad se denomina estudios de casos en investigación cualitativa. A partir de los casos analizados de Emmy de N., Lucy R. y Catalina, se señalaron algunos síntomas como *productos espontáneos de la histeria*, entre los que se encuentran los «vómitos persistentes y anorexia, llevada hasta la repulsa de todo alimento» (1895a, p. 41).

El caso Emmy de N. presenta a la anorexia como un ejemplo de *abulia*, es decir, de parálisis psíquica especializada. A través del tratamiento de esta paciente, Freud observó que el *acto de comer* estaba enlazado con recuerdos repugnantes de sucesos infantiles que no lograron disminución alguna con el paso del tiempo. Su anorexia tenía que ver con los rigores en la alimentación que le imponía su madre (la forzaba a comer hasta que acabase el plato) y con el disgusto que le producía tener que comer con sus hermanos enfermos. La repugnancia a la comida fue siempre reprimida: no logró liberarse a través de la

reacción. Es imposible, sostuvo Freud (1895^a) comer con repugnancia y placer al mismo tiempo.

En otros casos, la disposición nerviosa no encuentra un camino hacia la conversión en tanto inervación somática; sin embargo, cuando la necesidad de separar la idea de la representación intolerable del afecto concomitante es imperativa, éste tiende a permanecer en lo psíquico. Si bien la representación debilitada queda apartada a través de la disociación, su afecto se adhiere a otras representaciones que no son intolerables con las cuales se establecen falsos enlaces. Los síntomas, por lo tanto, no recaen en inervaciones somáticas sino que se desplazan hacia lugares ajenos al cuerpo como son los objetos de las fobias y de las obsesiones.

El síntoma responde como una ganancia secundaria que elimina de la conciencia los eventos dolorosos y traumáticos de la experiencia. Aquellos que, en apariencia, no fueron significativos en la infancia adquieren un nuevo significado a la luz de nuevos enlaces interpretativos, especialmente a partir de la pubertad. Quienes han sufrido de episodios sexuales en la primera infancia los manifiestan como síntomas histéricos, *après coup*, después de los ocho años.

El historial clínico de Catalina ilustra las dificultades que se presentaban en la comprensión de la psicopatología de la época. La historia narrada por Catalina pone de manifiesto dos series de sucesos eróticos, no admitidos como tal, que en su calidad de traumáticos y asociados a un factor auxiliar casual, el descubrimiento de la pareja, producen los síntomas de angustia y los vómitos repetidos. Las circunstancias en que dichas series ocurrieron facilitó que el

contenido de las mismas se mantuviera alejado de la conciencia y de la actividad mental del Yo hasta que la escena del descubrimiento creó un impacto tal que se estableció una conexión asociativa de dicho grupo aislado con el Yo. La angustia se tramitó a través de los síntomas histéricos, los cuales constituían la reproducción de cada uno de los traumas vividos en las experiencias sexuales con su tío. Así, los fenómenos histéricos expresados a través del cuerpo se desarrollan, también, después de un intervalo de incubación, al cual Charcot denominó “época de elaboración”.

Al decir de Freud, fue la *ignorancia* de Catalina lo que facilitó un desplazamiento de la sexualidad hacia la “cara del tío” (asociada, mas bien, a los disgustos familiares) y lo que le impidió “toda la elaboración de las experiencias sexuales” (1895^a, p.107). En este sentido, Freud afirmó:

En el análisis de toda histeria basada en traumas histéricos comprobamos que impresiones de la época presexual, cuyo efecto sobre la niña ha sido nulo, adquieren más tarde, como recuerdos, poder traumático, cuando la sujeto, adolescente o ya mujer, llega a la comprensión de la vida sexual. La disociación de grupos psíquicos es por así decirlo, un proceso normal en el desarrollo de los adolescentes, y no puede parecer extraño que su ulterior incorporación al Yo constituya una ocasión, frecuentemente aprovechada, de perturbaciones psíquicas.es muy probable que los adolescentes posean conocimientos sexuales mucho más precisos de lo que, en general se cree, e incluso de lo que ellos mismos suponen. (1895^a, p.107)

El caso Catalina muestra dos aspectos interesantes a resaltar: por un lado, la procedencia de la paciente, clase baja europea: “por su aspecto y su traje no debía de ser una criada, sino una hija o una pariente de la hostelera” (1895^a, p.101); por el otro, el rechazo a la interpretación: los vómitos, síntomas de la histeria, no parecen ser, al decir de Catalina, una consecuencia del evento real “lo visto” (una señal de asco y/o de repugnancia por la proximidad de los genitales masculinos del tío), sino un derivado de lo que el recuerdo despertó en ella. Se trata de la resignificación de algún trauma original. Se puede sugerir que este tipo de desafíos en el camino de la construcción de la teoría fueron los que llevaron a Freud a abandonar la hipótesis de la seducción y a poner de relieve la importancia de la resignificación del trauma.

Es frecuente que las (leves) exaltaciones sexuales que recaen sobre un órgano aún no erogenizado y sobre una función en vías de desarrollo puedan adquirir una nueva significación a posteriori en la pubertad, en la forma de síntomas (re-significación). Su comprensión exige una lectura que contemple un tiempo «circular»: el primero, en el que el evento traumático original pierde su valor como tal y, el segundo, aquél en el que éste se resignifica en un momento posterior. En este sentido, el síntoma histérico toma la forma de una escritura jeroglífica que requiere de una decodificación *bilingüe* que condense el proceso de la significación – resignificación. Este concepto es interesante porque toma en consideración la resignificación a la luz de la interpretación.

La decodificación de la «escritura jeroglífica» se consigue a través de la capacidad del sujeto de penetrar en sus recuerdos patógenos para transformarlos en lenguaje: «El recuerdo desprovisto de afecto carece siempre

de eficacia» (1895a, p. 43). La incapacidad para la transformación simbólica se presenta como una enérgica resistencia que induce a la repetición del síntoma. Quizá el concepto de pulsión de muerte, no desarrollado sino hasta 1920 («Más allá del principio del placer»), provea de una comprensión adicional al peso de la repetición del síntoma. Es posible que se trate de una forma de masoquismo erógeno.

En la histeria, en la que la represión es completa, lo traumático es vivido como desagradable al acceder a la pubertad; en las neurosis obsesivas, en cambio, lo traumático es vivido como agradable, por lo que se repite una y otra vez. Más que la represión, en las obsesiones lo que marca la patología es el aislamiento del afecto. Así, la anorexia expresa y expone sobre el cuerpo emaciado los aspectos no representables del deseo (reprimido), deseo que se resignifica en la pubertad a partir de los cambios corporales y de la inminencia de la sexualidad. La bulimia, por su parte, utiliza el cuerpo, durante la pubertad, como una vía de resignificación del fallo de la represión, intentando repetir (de manera compulsiva) en cada purga *lo agradable* de la experiencia traumática.

Es interesante destacar que estas propuestas corresponden a los momentos en los que Freud se encontraba frente al impacto de la sexualidad infantil sin haber formulado todavía el trabajo de 1905. Entre 1880 y 1900, la problemática de la sexualidad infantil ya se discutía entre los pediatras de la época. Sulloway (1879) ilustró estas ideas con un dibujo presentado por Lindner cuya leyenda sugería la naturalidad de la naturaleza sexual infantil de

chuparse el dedo y de acariciarse los genitales¹⁴. Para esa época, los trabajos de Freud sobre sexualidad infantil intentaban aportar una visión psíquica de ésta que significó el abandono de la concepción sexológica de la sexualidad.

Siguiendo los aportes contemporáneos de la psicología se puede sugerir que, en los casos de desórdenes de la alimentación, niñas que fueron ejemplares (Bruch diría *robóticas* —1973) resignifican en el cuerpo emaciado de la adolescencia experiencias infantiles traumáticas inconscientes y reprimidas. El cuerpo adolescente *grande* se convierte en un escenario que, por un lado, favorece una nueva representación de lo vivido y lo sentido y, por el otro, un intento de control mental frente al cúmulo de excitaciones que se desperdigan alrededor del cuerpo produciendo una sensación de descontrol corporal.

El desarrollo de los nuevos esquemas cognitivos abstractos favorece la *ilusión* de que el desarrollo mental *precoz* y racional puede parecer no sólo natural¹⁵ sino también necesario. El desarrollo sexual tiende a adelantarse en aquellos casos en los que eventos traumáticos tempranos marcaron la vida infantil: «El adelantamiento del desarrollo sexual somático es un fenómeno frecuente y puede incluso pensarse en su impulsión por prematuros estímulos sexuales» (1896, p. 311). Freud afirmó:

La madurez precoz no es una causa suficiente para la producción de síntomas; es accesoria [...] la temprana madurez sexual dificulta el

¹⁴ Sulloway (1879) ha recordado que esta actividad fue dibujada por Lindner, en el texto de Pediatría que Freud utilizó en sus estudios y que fue incluido en la elaboración de *Tres ensayos para una teoría sexual* (1905). A partir del texto y del gráfico se puede sugerir la idea de *objeto transicional* de Winnicott.

¹⁵ Estas ideas nos aproximan a lo que, años más tarde, Winnicott tratará, por una parte, como el Yo precoz y al falso *self* y, por la otra, como la escisión psique-soma en la que el cuerpo permanece subordinado a la mente y alejado de los afectos.

dominio posterior del instinto sexual por las instancias psíquicas superiores y eleva el carácter obsesivo, inherente ya a las representaciones psíquicas del instinto.[...] la madurez sexual temprana aparece paralelamente a un desarrollo intelectual prematuro. (1905, pp. 1235-1236)

Quisiera, por el momento, sólo indicar de qué manera Freud (1895a, p. 43) comparó el *trauma* psíquico con un *cuerpo extraño* que continúa ejerciendo una acción eficaz y presente sobre el organismo a pesar del tiempo transcurrido desde su aparición original. Los puntos mencionados señalan el camino que facilita la comprensión del efecto del trauma psíquico como cuerpo extraño, su relación con el organismo y su persistencia (por el afecto disociado que se mantiene en el inconsciente). Si bien es posible que los síntomas anoréxicos se fusionen en los síntomas de la histeria, el cuerpo emaciado pone en evidencia y delata la condición de la enferma.

¿Resignificación? o ¿repetición?; esta es una pregunta que se extiende a diversos cuadros psicopatológicos desde la lectura del Psicoanálisis. Se resignifica lo que es simbólico y se repite aquello que escapa a la simbolización. En este sentido, desde la perspectiva freudiana de esta época, la anorexia vinculada a la anestesia y a la melancolía es, más bien, un fenómeno de repetición mientras que los vómitos constantes, al tomar la forma de síntomas conversivos asociados a la repugnancia moral y psíquica, son aquellos que se resignifican en la pubertad.

Como se ha indicado, la estructura superficial de la palabra *anorexia* (sin hambre, sin apetito) ha devenido en su uso coloquial sin atender a su

etimología: la falta de goce¹⁶. La lectura circular del síntoma descubre que la falta de apetito encubre una pérdida indeterminada de libido, así como una pérdida del objeto erótico original. La definición, por lo tanto, deviene también en circular.

En paralelo con sus reflexiones teóricas, Freud elaboró la técnica psicoanalítica («El método psicoanalítico», 1903 [1904]). En ella destacó aquellos casos que mostraban o no una respuesta efectiva al tratamiento. Freud asumió, simultáneamente, la posición de médico y de psicoanalista: como psicoanalista estaría dispuesto a conceder a su método todo el tiempo que sea necesario; como médico, el peligro de muerte restringía el uso de la nueva técnica. La histeria podía acceder al tratamiento; la anorexia, en cambio, presentaba dificultades¹⁷ (1903, p. 1006). Es interesante que citara como ejemplo de esta inconveniencia, justamente a la anorexia, enfermedad *al borde* de las psiconeurosis y de las neurosis actuales, en la que la inanición y los vómitos *violentos y peligrosos* presentaban un obstáculo al tratamiento en tanto comprometían la salud física del paciente. Parecería que el éxito del tratamiento dependía más de la calidad y de la fuerza de los síntomas que del peligro real de muerte, que sería lo que, por último, podría impedir su empleo.

¹⁶ Freud (1892) presentó un historial clínico en el que describió todos los síntomas de una paciente típica de su tiempo que, hoy en día, describiríamos como anoréxica. Es más, se cuestionó si se trataba de una enfermedad adquirida o heredada, pregunta que también hasta hoy se mantiene vigente.

¹⁷ “Los casos más favorables para la aplicación son los de psiconeurosis crónica, con síntomas poco violentos y peligrosos; esto es, en primer lugar todas las formas de neurosis obsesivas, ideas o actos obsesivos, aquellas histerias en las que desempeñan un papel principal las fobias y las abulias y, por último, todas las formas somáticas de la histeria en tanto no impongan al médico, como en la anorexia, la necesidad de hacer desaparecer rápidamente el síntoma. [...] Para que el tratamiento tenga amplias posibilidades de éxito, debe también reunir el sujeto determinadas condiciones...” (1903, p. 1006).

En sus repetidos intentos de describir la psicopatología de la época, Freud observó que en *toda* psiconeurosis se encuentran elementos de las neurosis actuales y que intentar separarlas es más un esfuerzo metodológico que real; razón por la que especificó que, al considerar la nosología de las neurosis mixtas, se mostraba la existencia de una mezcla de diversas etiologías. El enlace entre la pérdida de apetito —como una pérdida de libido (sexual)— ligada a la anestesia, al asco y a la repugnancia sugiere considerar a los desórdenes de la alimentación como neurosis mixtas.

2.3. De 1905 a 1918: años de integración a partir de *Tres ensayos para una teoría sexual*

Entre 1905 y 1915, Freud formuló algunas nociones fundamentales para la comprensión de los desórdenes alimenticios. Los conceptos de sexualidad, oralidad, nutrición, alimentación, instinto, pulsión, elección de objeto, narcisismo se constituyen como los pilares para la comprensión moderna de dichos trastornos. En 1905, en el capítulo «Las aberraciones sexuales», Freud afirmó:

Para explicar las necesidades sexuales del hombre y del animal supone la Biología la existencia de un «instinto sexual», del mismo modo que supone para explicar el hambre de un instinto de nutrición. Pero el lenguaje popular carece de un término que corresponda al de «hambre» en lo relativo a lo sexual. La ciencia usa en este sentido la palabra libido. La opinión popular posee una bien definida idea de la naturaleza y caracteres de este instinto sexual. Se cree firmemente que falta en

absoluto en la infancia; que se constituye en el proceso de maduración de la pubertad, y en relación con él, que se exterioriza en los fenómenos de irresistible atracción que un sexo ejerce sobre el otro, y que su fin está constituido por la cópula sexual o a lo menos por aquellos actos que a ella conducen. (1905, p. 1172)

Ante esta sugerente introducción se hace relevante distinguir los conceptos de instinto y de pulsión¹⁸. El instinto es un esquema de comportamiento heredado propio de la especie animal que varía poco de individuo en individuo (Laplanche y Pontalis, 1993). Su satisfacción debe ser real y requiere, necesariamente, de la presencia de un objeto que satisfaga. La pulsión, traducida del alemán *Trieb*, se refiere a una representación psíquica de una presión de base orgánica que busca a través de una descarga su satisfacción. La pulsión tiene su *fuerza* en una excitación (de tensión) corporal y su *fin* es suprimir el estado de tensión a través del *objeto*.

Hasta 1915, en «Los instintos y sus destinos», Freud mantuvo la diferencia entre fuerza, objeto y fin y definió la *pulsión*¹⁹ como un concepto límite entre lo anímico y lo somático; es decir, como un representante psíquico

¹⁸ La traducción española del artículo «*Trieb und Triebchicksale*», realizada por L. López Ballesteros, define *Trieb* como «instinto», provocando cierta confusión en su lectura. La concepción freudiana de *Trieb* (pulsión) difiere de las teorías clásicas y contemporáneas del instinto. Freud diferenció instinto de *Instinkt* en el sentido clásico del término que se refiere a los instintos de los animales o al de un reconocimiento instintivo del peligro. La elección del término *instinto* como equivalente a *Trieb* «no es solamente una inexactitud de traducción; además ofrece el peligro de introducir una confusión entre la teoría clásica de las pulsiones y las concepciones filogenéticas del instinto animal y velar la originalidad de la concepción freudiana...» (Laplanche y Pontalis, 1994, p. 206).

¹⁹ Para Freud, las *pulsiones* eran esencialmente perentorias; su fin se orienta a la satisfacción a través de la «cosa». Por otra parte, la fuerza está constituida por el proceso somático que se desarrolla en un órgano o una parte del cuerpo que es representado en la vida anímica.

procedente de los estímulos del interior del cuerpo²⁰. La conexión con lo somático supone una magnitud de exigencia de trabajo para el aspecto anímico.

La pulsión sexual se distingue del instinto de nutrición. La primera corresponde a la descarga de la excitación sexual (en el sentido biológico) que, en el Psicoanálisis, interesa en tanto representación psíquica, susceptible de diversos modos de satisfacción. El segundo corresponde al hambre, que requiere necesariamente de una satisfacción real. Ante la falta de una palabra que equipare el hambre con la intensidad del deseo sexual, Freud generalizó con la palabra *libido* la energía inherente a ambos: «pero el lenguaje popular carece de un término que corresponda al de `hambre´ en lo relativo a lo sexual. La ciencia usa en este sentido la palabra *libido*» (1905, p. 1172). Asimismo afirmó:

Voy ahora a exponeros aquello que el estudio de la vida sexual del niño nos revela más evidentemente. Para mayor claridad habréis de permitirme introducir en mi exposición el concepto de *libido*. Con esta palabra designamos aquella fuerza en que se manifiesta el instinto sexual análogamente a como en el hombre se exterioriza el instinto de absorción de alimentos. (1915e, p. 2317)

²⁰ Cuando la *pulsión* se halla ligada de un modo íntimo y estrecho a un objeto se habla de fijación de la *pulsión*. Estas fijaciones, que ocurren en las fases tempranas del desarrollo, se oponen intensamente a la separación del objeto. La fijación a la fase oral va en detrimento de la posibilidad de establecer una relación *anaclítica* con el objeto; de tal manera que se establece una elección narcisista que pone en evidencia el repliegue de la *pulsión*.

2.3.1. La alimentación en la infancia

La alimentación responde a una necesidad biológica y vital; su satisfacción es indispensable para la supervivencia. De allí que, en rigor, no se pueda referir uno al infante aislado sino en su relación con su madre (o sustituta), noción elaborada tan fructíferamente por Winnicott (1936).

En el acto de succión, los labios —en tanto zona erógena— se encuentran con el pecho y proporcionan un goce sensual que, a la vez que satisface la necesidad, se independiza de ella asumiendo un carácter autoerótico. Queda así, por un lado, la experiencia rítmica, placentera y autoerótica de la succión²¹ y, por el otro, la recepción repetida del alimento. Lo nutritivo se independiza de lo autoerótico y viceversa.

...el niño de pecho se halla siempre dispuesto a comenzar de nuevo la satisfacción de alimentos, y no porque sienta ya el estímulo del hambre, sino por el acto mismo que la satisfacción trae consigo. Decimos entonces que «chupetea», y el hecho de que ejecutando este acto se duerma de nuevo con satisfacción bienaventurada nos muestra que la acción de «chupetear» le ha procurado por sí misma una satisfacción. (1915c, p. 2316)

El niño discrimina la función sensorial del pecho que alimenta y los aspectos sensoriales de la función nutritiva; ambas devienen en dos actividades autónomas e independientes que dejan en el infante experiencias de satisfacción que se intentarán repetir a partir de su capacidad para

²¹ «Cuando la primitiva satisfacción sexual estaba aún ligada a la absorción de alimentos, el instinto sexual tenía en el pecho materno un objeto sexual exterior al cuerpo del niño. [...] El instinto [pulsión, en la traducción de Trieb] sexual se hace en este momento autoerótico, hasta que terminado el período de la latencia, vuelve a formarse la relación primitiva. No sin gran fundamento ha llegado a ser la succión del niño del pecho de la madre modelo de toda relación erótica» (1905, p. 1225).

identificar y aprender que ambas funciones placenteras pueden separarse. Es importante anotar que la función autoerótica oscila rítmicamente entre el afuera y el adentro; mientras el dedo va a la boca, la mano se mantiene en otra función, de la misma índole, acariciando la cara²².

A propósito de los diferentes tipos de energía que se descubren en el proceso de la alimentación entre el instinto y la pulsión, Freud afirmó: «los procesos sexuales del organismo se diferencian, por un quimismo particular, de los procesos de la nutrición [...] esta excitación sexual no es producida únicamente por los órganos llamados sexuales, sino por todo el cuerpo» (1905, p. 1221).

Este tipo de experiencia se relaciona con el concepto de *acción específica*, planteado previamente en el *Proyecto* (1895c), como el punto de encuentro entre el (re)conocimiento y la satisfacción así como entre el (re)conocimiento, la agresión y la hostilidad, afectos que sugieren las vicisitudes de una relación. Toda acción específica supone la existencia de una huella mnémica registrada a partir de un acto dirigido a la búsqueda de satisfacción en el mundo externo. Stern (1989b) se referirá a este proceso con los conceptos de ritmo e invariantes.

La tensión endógena que subyace al hambre, que puede crecer de forma continua o discontinua, se percibe una vez alcanzado cierto umbral desde el cual entra en relación con determinados grupos de ideas que organizan la acción específica (1905). La vivencia repetida de satisfacción, que

²² En el tercer capítulo se abordará detenidamente el tema de la succión, sus ritmos y la formación de invariantes.

queda impresa en la forma de huellas mnémicas que incluyen a un «otro», se constituye en la experiencia matriz para el desarrollo emocional sano.

De estas primeras y más importantes relaciones sexuales queda gran parte como un resto, después de separada la actividad sexual, de la alimentación. Este resto prepara la elección de objeto; esto es, ayuda a volver a constituir la felicidad perdida. (1905, p. 1225)

En 1895 Freud ya había introducido las nociones de estado de deseo y de expectación en relación a la satisfacción y había afirmado que el anhelo supone un estado de tensión en el Yo que termina por catectizar la representación del objeto amado. Así introdujo, de manera implícita, la diferencia entre las nociones de necesidad y deseo que, años más tarde, elaborarían J. Lacan y J. Dor (Dor, 1987), entre otros autores de la Escuela Francesa. Estas ideas se constituyen como el punto de partida para la elaboración de las teorías del vínculo, de la intersubjetividad, de la somatización y de la des-somatización, entre otras, que serán tan importantes para la comprensión de los trastornos de la alimentación.

El instinto crece con la frustración y/o con la imposibilidad de satisfacción (1912); si permanece insatisfecho, se hace imperativo (1915b, 1915c) y no es atenuable sino mediante la satisfacción. Si esto no ocurre, la tensión de la necesidad que genera *displacer* se mantiene constante y la represión²³ no se establece como defensa; el caos emerge como una consecuencia natural. Así,

²³ Es importante recordar que, si bien la represión es el mecanismo *princeps* de la histeria, en los casos de satisfacciones (o insatisfacciones) de orden más primario pareciera que existen mecanismos específicos que, naturalmente, son anteriores. Los estudios posfreudianos, en especial los de M. Klein, se refieren a ellos.

la insatisfacción del *hambre* se mantiene como un estado de extrema tensión sobre el cuerpo.

La distinción entre objeto anaclítico y narcisista (Freud, 1914) es fundamental para la comprensión del proceso de la alimentación y del tipo de relación que se establece en este proceso. Esta distinción, que se planteó en 1914 en «Introducción al narcisismo» y que se añadió en una revisión tardía a *Tres ensayos para una teoría sexual* en la forma de una nota (Nota 700), ilumina lo que puede describirse como un vínculo saludable y/o como una relación de características narcisistas que interpondrá en el desarrollo desajustes importantes. Freud (1914) afirmó:

Pero esta relación se muestra también en el hecho de que las personas a las que ha estado encomendada la alimentación, el cuidado y la protección del niño son sus primeros objetos sexuales, o sea, en primer lugar, la madre o sus subrogados. Junto a este tipo de elección de objeto, al que podemos dar el nombre de apoyo (o anaclítico) [Anlehnungstypus], la investigación psicoanalítica nos ha descubierto un segundo tipo que ni siquiera sospechábamos. Hemos comprobado que muchas personas, y especialmente aquellas en las cuales el desarrollo de la libido ha sufrido alguna perturbación (por ejemplo, los perversos y los homosexuales), no eligen su ulterior objeto erótico conforme a la imagen de la madre, sino conforme a la de su propia persona. Demuestran buscarse a sí mismos como objeto erótico, realizando así su elección de objeto conforme a un tipo que podemos llamar «narcisista». (1914, p. 2025)

Así mismo, en la nota 700 afirmó:

El Psicoanálisis enseña que la elección de objeto puede seguir dos formas diferentes. Puede inspirarse [...] en el modelo primitivo infantil, siendo anaclítico o por apoyatura y puede ser de carácter narcisista, buscando y encontrando entonces en otras personas el propio Yo. Esta última modalidad representa la producción de resultados patológicos. (Nota 700, 1905, p . 1225)

En este sentido, cuando la pulsión (traducción de Trieb) se queda fijada a la fase oral del desarrollo se produce una detención en el proceso de separación del objeto que dificulta una elección de tipo anaclítico y favorece, más bien, una elección narcisista que pone en evidencia un repliegue importante sobre la fase oral. La represión del potencial autoerótico de los labios determina, también, una represión del deseo, un descenso en la libido y el retiro de la alimentación. Esta fijación por exceso podría ser leída también como una *inhibición* tal como lo describe Freud en 1925 [1926].

La madre, a la cual Freud definió como objeto sexual, propone un tipo de relación de objeto que trasciende las fronteras del narcisismo y que se adhiere, más bien, a un modelo *anaclítico* de elección objetal. Hacia 1927, en *El porvenir de una ilusión*, Freud afirmó que la madre, que satisface el hambre, es el primer objeto amoroso y la primera protección contra los peligros que amenazan desde el mundo exterior, incluso contra la angustia.

La experiencia alimenticia supone, pues, el encuentro entre un bebé en tensión fisiológica y una madre capaz de satisfacer la demanda reduciendo dicha tensión. Se constituye como una acción coordinada entre una madre

dispuesta y un infante interesado y activo que recoge de la experiencia una doble vivencia de satisfacción: la nutritiva y la autoerótica. Si bien el alimento nutre y es esencial para los fines de los instintos de conservación, es el autoerotismo lo que conecta al infante con su sexualidad y lo que le permite establecer una elección de objeto saludable. De las diversas modalidades de este encuentro, la conducta de la alimentación se establece como una experiencia de satisfacción o de insatisfacción repetida que puede devenir en placentera y saludable o, por el contrario, en displacentera con tendencias psicopatológicas. Es en el desencuentro entre la necesidad y la acción específica que se puede sembrar las semillas de los desórdenes de la alimentación así como las primeras modalidades de elecciones de objeto patológicas. Este desencuentro, lejos de fomentar una relación anaclítica o de apoyadura, tenderá a promover una relación de características narcisistas que tomará un perfil melancólico.

Partiendo de la distinción (tardía, 1910) entre los instintos sexuales²⁴ y los instintos de conservación, Freud sostuvo que los primeros poseen un conexión más cercana a la angustia que los segundos, como es, por ejemplo, el hambre. Años después, en la Lección XXVI apuntó:

²⁴ De los primeros, afirmó que son numerosos, que proceden de múltiples y diversas fuentes orgánicas, que actúan al principio con independencia unos de otros y que sólo ulteriormente quedan reunidos en una síntesis más o menos perfecta. Cada uno de ellos tiende a buscar la consecución del placer del órgano. Es sólo después de su síntesis que entran al servicio de la procreación, con lo cual se evidencian entonces, por lo general, como instintos sexuales. En su primera aparición se apoyan ante todo en los instintos de conservación, de los cuales no se separan sino lentamente, siguiendo el camino de los instintos del Yo en la elección de objeto. Parte de ellos permanece asociada a lo largo de toda la vida a los instintos del Yo, aportándoles componentes libidinosos que pasan fácilmente inadvertidos durante la función normal y sólo se hacen perceptibles al comienzo de una enfermedad. Se caracterizan por la facilidad con la que se reemplazan unos a otros y por su capacidad de cambiar indefinidamente de objeto.

observación que aparece robustecida por la interesantísima circunstancia de que la no satisfacción del hambre y de la sed, los dos más elementales instintos de conservación, no trae jamás consigo la transformación de dichos instintos en angustia, mientras que, como ya sabemos, la transformación en angustia de la libido insatisfecha es uno de los fenómenos más conocidos y frecuentemente observados. (1916 [1917], p. 2379)

Desde los textos preanalíticos la pérdida de libido se ha asociado a pérdida del apetito, tanto así que la noción de *libido* incorporó las nociones de *hambre* y de *amor*, a falta de una definición mejor. Freud (1923) consideró que la libido es al hambre como la manifestación energética de amor al instinto de conservación. El hambre tiende a conservar al individuo y el amor tiende a establecer los lazos hacia los objetos: su función primordial reside en la conservación de la especie²⁵.

En un intento de sintetizar el aporte de la teoría a la comprensión de los desórdenes de la alimentación se puede sugerir que la tensión físico-psíquica propia de la anorexia es producto de la excitación endógena que no consigue, por un lado, enlazarse con la huellas mnémicas de la acción específica ni con los recuerdos de las series repetidas de éstas y, por otro lado, anudarse psíquicamente para conseguir la transformación simbólica. En este sentido, el hambre se mantiene retenido en el cuerpo en la forma de una necesidad

²⁵ La distinción entre el instinto sexual y el instinto de autoconservación se haría recién en 1911 en «Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico». En 1920, en «Más allá del principio del placer», introdujo un nuevo dualismo pulsional que oponía las pulsiones de vida y las pulsiones de muerte. Asigna a estas últimas una posición cuya satisfacción implica un retorno a un estado anterior. Finalmente, en la Lección XXXII (1932 [1933]) afirmó que el ser vivo sirve a dos fines: la conservación de la especie y la propia conservación.

permanente; no consigue revestirse de placer y/o de goce y, no logra, siquiera, *mudarse* hacia una forma de *angustia* (Lección XXVI, 1916 [1917]). El hambre, como cualquier instinto que crece con la prohibición, que no consigue enlazarse con los aspectos psíquicos y acceder a lo simbólico, buscará mudarse a formas revestidas de satisfacción ilusoria. En los casos de desórdenes de la alimentación se observa con frecuencia elecciones de objeto de tipo narcisista, propias del melancólico, ya que ni los restos mnémicos de la relación materna ni las acciones específicas de una madre que intenta satisfacer a su bebé son suficientes para re-establecer el equilibrio perdido a falta de una relación de objeto anaclítica.

Como se sabe, la fuente orgánica cumple un papel decisivo en los instintos autoeróticos (1915b); la forma y la función del órgano deciden la actividad o pasividad del fin del instinto. Para fines del presente estudio parece pertinente el análisis del par antitético: escopofilia – exhibicionismo.

La fase preliminar del instinto de escopofilia, en el que el que el placer visual es una formación narcisista y tiene por objeto el propio cuerpo, es pasiva; se convierte en activa cuando se abandona la posición narcisista. En el instinto de escopofilia, la fase preliminar autoerótica existe junto con su estructura final, sea ésta activa o pasiva. Esta afirmación se hace indiscutible cuando, en lugar de los actos a que llevan los instintos, se toma como base de nuestro juicio el mecanismo de la satisfacción. Surge la pregunta de si acaso la anorexia nervosa no es una forma de escopofilia pasiva y activa: pasiva, en tanto que el placer visual tiene por objeto el propio cuerpo emaciado aceptado como un triunfo narcisista; activa, en tanto el cuerpo anoréxico está destinado a

exhibirse y a ser mirado por los otros con la valencia de «éxito» sociocultural²⁶ Tal vez la boca, como zona erógena privilegiada, al producir una satisfacción autoerótica reniega de satisfacciones posibles que transitan a través del desarrollo de las zonas anales, fálicas y genitales y el cuerpo deviene en un estanco narcisista.

El énfasis que puso Freud en el tema de la ternura en el desarrollo del infante favorece la comprensión de los riesgos eventuales del proceso de alimentación y del vínculo circunscrito a él. La succión rítmica, acompañada de ternura, es placentera y saludable. Sin embargo, puede devenir en autoerótica si es que la zona erógena labial se halla constitucionalmente reforzada. Quienes conservan esta exagerada erotización, tienden —en la adultez— a besar de manera perversa, a tomar y fumar en exceso. A la inversa, un déficit de ternura, que favoreció la represión de la zona erógena labial, puede reforzar patológicamente la función oral de la alimentación y re-presentar perturbaciones anoréxicas, síntomas en el globo histérico, opresión en la garganta y vómitos.

Freud afirmó:

Lo que llamamos ternura exteriorizará notablemente un día el afecto ejercido sobre las zonas erógenas [...] el exceso de ternura materna quizá sea perjudicial para el niño por acelerar su madurez sexual, acostumbrándole mal y hacerle incapaz en posteriores épocas de su vida, de renunciar temporalmente al amor o contentarse con una pequeña parte de él. Los niños que demuestran ser insaciables en su

²⁶ Estas dos hipótesis se pueden validar en la práctica clínica.

demanda de ternura materna presentan con ello uno de los más claros síntomas de futura nerviosidad. (1905, p. 1226)

La *ternura* y las interferencias de ésta en el proceso de desarrollo son fundamentales para la comprensión del establecimiento de la vida erótica normal. En relación al tema se hace necesaria la lectura del artículo «Confusión de lenguas entre adultos y niños» (1932) de S. Ferenczi y de los artículos de la serie *Psicología del Amor*²⁷.

Ferenczi sostuvo que un niño no puede crecer sin atención materna y sin un grado *suficiente* de ternura. Consideró, sin embargo, que una exagerada dosis de afecto o, en su defecto, un tipo de amor diferente al que el niño deseaba, podía conducir a consecuencias patogénicas. Es muy perjudicial, afirmó, «el injerto prematuro de formas de apasionado amor sexual infestado de culpa, en un ser todavía maduro e inocente» (1932, p. 275); enfatizó que un amor obligado y/o los insufribles castigos que se le imponen a un niño pueden tener un efecto de fijación que puede derivar en una progresión o precocidad traumática o, en su defecto, en el terror del sufrimiento.

Freud, por su parte, definió la conducta erótica «normal» del sujeto por la confluencia natural de las corrientes cariñosas (propia de la infancia) y sensual (propia de la pubertad). Su falta de confluencia, a causa de la intensa fijación incestuosa infantil y de la prohibición real opuesta al instinto sexual en la adolescencia, deriva en la «impotencia psíquica», una *enfermedad* muy frecuente, común «a todos los hombres pertenecientes a un cierto nivel cultural

²⁷ Los tres artículos son los siguientes:
1910: «Sobre un tipo especial de la elección de objeto en el hombre», vol. V, pp. 1625-1630
1912: «Sobre una degradación general de la vida erótica», vol. V, pp. 1697-1701
1918: «El tabú de la virginidad», vol. VII, pp. 2444-2445

así como una enfermedad general de nuestra sociedad civilizada» (1912, p. 1713) que se extiende a los hombres que padecen de anestesia masculina y a las mujeres frías²⁸. Esta afirmación generalizada no es representativa de la conducta sexual de todos los hombres y las mujeres hacia finales del siglo XX y en los inicios del siglo XXI; sin embargo, es interesante anotar la idea de patrones generalizados de conducta sexual y, por extensión corporal o somática, porque el impacto de la globalización en nuestro tiempo impone una moda, un modelo de cuerpo y un tipo de sexualidad que intervienen de manera particular en la génesis y en el mantenimiento de los desórdenes de la alimentación. Los cuerpos redondeados, de protuberancias marcadas que enfatizaban el busto y las caderas femeninas —como símbolo de una maternidad saludable— han cedido su lugar a cuerpos adelgazados aunque bien formados y ejercitados, desexualizados y andróginos que son, actualmente, el símbolo de la perfección femenina. Los cuerpos musculosos y bien formados que derrochan sexualidad son iconos del paradigma masculino. A pesar de la saturación del mensaje implícito en estos nuevos cuerpos «socioculturales», surge la pregunta de si acaso detrás de estos modelos no se encubren, también, la anestesia y la frigidez.

Los excesos de ternura en la infancia pueden producir una variedad importante de problemas en la pubertad. Volvemos sobre el tema de la resignificación del síntoma y de su re-presentación en la pubertad.

²⁸ Freud, S. (1912) «Sobre una degradación general de la vida erótica». Vol. V, pp. 1625-1630

2.3.2. La pubertad: un espacio para la resignificación

La pubertad es, por un lado, el tiempo en el que las pulsiones sexuales encuentran la posibilidad real de realizar el cambio de objeto amoroso y, por otro, de desplegar armónicamente la corriente sensual que ya no ignora sus fines sexuales. Ocurre que la falta de confluencia entre las corrientes cariñosa y sensual determina que la elección de objeto quede interferida por la búsqueda de objetos que no pugnen por mantener el recuerdo de los deseos incestuosos prohibidos: “ellos buscan objetos a los que necesitan amar para mantener alejada su sensualidad de los objetos amados y, conforme a las leyes de la «sensibilidad del complejo» y del «retorno a lo reprimido» son víctimas del fallo singular de la impotencia psíquica”. (1912, p. 1712)

Una consecuencia natural de este proceso es que la libido se aparte de la realidad y quede apresada en la fantasía al compás de imágenes de los primeros objetos infantiles a los cuales se encuentra fijada.

A lo largo de la pubertad, la niña experimenta una segunda ola de represión que recae, fundamentalmente, sobre la sexualidad del clítoris; lo que cede a la represión es un trozo de sexualidad masculina. El clítoris tiene la función (adulto) de transmitir su excitación a los órganos femeninos vecinos; si bien se trata de un largo proceso, la falta de transferencia de dicha excitación determina que la joven quede anestesiada en la entrada de la vagina. En la falta de cambio de las zonas erógenas directivas “yacen las condiciones principales para la facilidad de adquisición de las neurosis por la mujer, especialmente de la histeria. Estas condiciones están ligadas, por tanto, íntimamente con la esencia de la femineidad” (1905, p.1224).

¿Qué significa, a la luz de los desórdenes alimenticios, un estancamiento en el desarrollo de la libido?. Las respuestas pueden ser variadas; sin embargo, interesa destacar que esta situación revierte su influencia sobre el desarrollo del Yo y sobre la posibilidad de establecer relaciones independientes. En el camino hacia la pubertad, es tarea necesaria la liberación del individuo de la autoridad de los padres. Hay personas, sin embargo, que no logran retirarse del dominio de los mismos; se trata de jóvenes que conservan después de la pubertad el amor infantil hacia sus padres y que tienen enormes dificultades para conceder a sus parejas, en su vida adulta, lo que les es debido: "...llegan a ser esposas frías y permanecen sexualmente anestésicas" (1905, p.1227). Freud afirmó:

Para las muchachas de una exagerada necesidad de ternura y un horror igualmente exagerado ante las exigencias reales de la vida sexual, llega a ser una tentación irresistible asegurarse, por otra parte, la idea del amor asexual en su vida y esconder, por otra, su libido detrás de una ternura que puedan exteriorizar sin auto reproches, conservando así, durante toda la vida, su inclinación infantil hacia los padres o hermanos, que volvió a surgir en ellas al llegar a la pubertad (1905, 1228).

Es interesante resaltar la continuidad de la perturbación de la anestesia a lo largo del desarrollo en relación a los desórdenes alimenticios. La falta de separación e individuación revela que estas jóvenes, en la pubertad, no consiguen transferir su libido hacia nuevas relaciones de objeto; ésta se queda enlazada a vivencias tempranas como un intento de negar el crecimiento, la madurez y la inminencia de una sexualidad adulta y deseante. Así, los cuerpos

crecidos y desarrollados no consiguen ligar la libido hacia relaciones de objeto adultas. La negación del sí mismo se torna en una defensa (histórica) que, al disociar la idea de afecto, quizá, reproduce las vivencias autoeróticas de los primeros tiempos, aquél en que “el instinto no se orienta ... hacia otras personas [sino que] encuentra su satisfacción en el propio cuerpo; esto es, es un instinto autoerótico” .(1905, p.1200)

A la luz de la *epidemia* de desórdenes de la alimentación y de las presiones vigentes sobre tipos específicos de corporeidad en las sociedades occidentales, es posible que este proceso de resignificación repose sobre un *quiebre* entre el presente púber y el pasado infantil que imprime una necesidad de establecer una solución *de compromiso*, situada en los bordes de la mente (en vías de convertirse en adulta) y del cuerpo andrógino que, a través de sus proporciones prepuberales, excluye la sexualidad.

La disociación erótica podría tender a la degradación psíquica del objeto sexual, lo que, paradójicamente, facilita la libre exteriorización de la sexualidad y la posibilidad de alcanzar intenso placer. Esta noción parece sugerente en relación a la bulimia, en la que la madre, fijada excesivamente en el cariño infantil, se transforma en un objeto a ser manejado en la dinámica de la incorporación y la denigración: el *cuerpo* intenta liberarse de la carga sexual reprimida de una madre excesivamente erogeneizada. En la anorexia, en cambio, el largo apartamiento de la sexualidad y el confinamiento de la sensualidad a la fantasía, determina que, con frecuencia, estas pacientes

disocian las ideas de actividad sensual y de prohibición, resultando ellas físicamente impotentes o frías.

El Psicoanálisis ha demostrado que cuando el objeto primitivo de la pulsión sucumbe a la represión es reemplazado, en muchos casos, por una serie interminable de objetos sustitutos, ninguno de los cuales satisface por completo. Ante la represión de la pulsión erótica, la bulimia muestra —quizá mejor que la anorexia—, que la pulsión tiende a ser reemplazada por la comida (como objeto sustitutivo) sin que la ingesta permanente de «objetos» satisfaga la pulsión original. En la bulimia es frecuente el «hambre de estímulos»: si no es comida, es gasto, compras, salidas, promiscuidad (por la denigración del objeto amoroso), etc. En este contexto, ¿qué lugar ocupa la saciedad? ¿Qué pasa con las jóvenes bulímicas que, al no alcanzar a satisfacer su «hambre», se embotan de comida que luego expulsan una y otra vez? ¿Qué pasa con las anoréxicas que temen confrontarse a la inmensidad de su deseo y, por lo tanto, lo niegan (¿lo reprimen?) expresando en sus cuerpos emaciados el deseo de nada?

Para una crianza saludable debe existir también un padre, instalado en un lugar diferente y diferenciado de la madre. En «El tabú de la virginidad», Freud afirmó que:

en el amor de la mujer, el primer puesto lo ocupa siempre alguien que no es el marido; en los casos típicos, el padre, y el marido, a lo más, el segundo. De la intensidad y del arraigo de esta fijación depende que el sustituto sea o no rechazado como insatisfactorio. La frigidez se

concluye de este modo: están las condiciones genéticas de la neurosis.
(1918, p. 2450)

En el contexto de los desórdenes de la alimentación, la terapia de familia sugiere que en las *familias anoréxicas* (Minuchin, 1978) se observa como una constante que la madre parece tener mayor presencia y relevancia que el padre, quien es definido como el *segundo mejor*. Es, quizá, en la fijación (¿excesiva?) de la figura materna que el no comer —después de la pubertad— libera a la joven de tener que escoger entre un sustituto amoroso y su madre. El cuerpo emaciado delata la falta de un espacio ¿físico y/o psíquico? para el otro.

Como se ha visto, los diferentes lazos que se pueden establecer entre la sexualidad y la oralidad, especialmente, aquella centrada en la nutrición y, por lo tanto, en la madre, son determinantes en la introyección del proceso de alimentación como parte del desarrollo saludable (o no) del Yo. Tomando en consideración la distinción —quizá sólo metodológica— de 1910 entre los instintos sexuales y los instintos de conservación, se puede sugerir que el síntoma alimentario parece ser una negación del instinto sexual:

...el Yo se siente amenazado por las aspiraciones de los instintos sexuales y se defiende de ellos por medio de represiones, en las cuales no logran siempre el efecto deseado y tienen entonces por consecuencia la formación de peligrosos productos sustitutivos y de penosas reacciones del Yo. (1910a, p. 1633)

En este sentido, la sexualidad pareciera no tener lugar en el cuerpo emaciado de la anorexia o en el cuerpo trajinado de la bulimia. Surge entonces

la pregunta acerca de qué es lo que ocurre con el instinto de conservación que pareciera mantenerse al margen del Yo, y si acaso su laxitud no llama a la pulsión de muerte en el sentido de un regreso a lo interior, a la inercia, con características autodestructivas (Freud, 1920).

Si esto fuera así, se podría sugerir que los desórdenes de la alimentación pueden ser tanto cuadros psicopatológicos en sí mismos como superestructuras de otros cuadros clínicos.

2.4. «Duelo y melancolía» (1915 [1917])

Los procesos de duelo y melancolía tienen en común el desligamiento de la libido. A pesar de no estar formalmente definida (ni siquiera en la Psiquiatría descriptiva), la melancolía muestra diversas formas clínicas entre las cuales hay algunas que recuerdan más las afecciones somáticas que las psicógenas. Se caracteriza por un estado de ánimo doloroso, por un retraimiento del interés en el mundo exterior, por la pérdida de la capacidad para amar, por la inhibiciones de algunas funciones y por la disminución del amor propio. Se constituye como una reacción a la pérdida de un objeto amado real o ideal que no se acepta sino que introyecta, tanto así que el sujeto se pierde de sí mismo en la desesperación de lo irremediable. El melancólico sabe que ha perdido pero no sabe lo que ha perdido. La inhibición melancólica produce una impresión enigmática ya que no se sabe qué es lo que absorbe al enfermo en el evidente empobrecimiento de su Yo. Se trata de una pérdida de objeto sustraída de la conciencia. Freud afirmó:

...la sombra del objeto cayó así sobre el Yo; este último, a partir de este momento, pudo ser juzgado por una instancia especial, como un objeto, y en realidad como el objeto abandonado. De este modo se transformó la pérdida del objeto en una pérdida del yo, y el conflicto entre el yo y la persona amada, en una disociación entre la actividad crítica del yo y el yo modificado por la identificación. (1915a, p. 2095).

El duelo, en cambio, es una reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente. A pesar de que en el duelo dicha reacción se manifiesta a través de un estado de ánimo doloroso, de una pérdida de interés por el mundo exterior, de la incapacidad para elegir un objeto amoroso y de la dificultad para establecer cualquier actividad que no esté conectada con dicha pérdida, su estado no es patológico ya que el respeto a la realidad es permanente. La labor del duelo deja al Yo libre y exento de toda inhibición (Freud, 1915).

En el melancólico, la carga erótica hacia el objeto experimenta un doble destino: «una parte de ella retrocede hasta la identificación, y la otra, bajo el influjo del conflicto de ambivalencia, hasta la fase sádica, cercana a este conflicto» (1925a, p. 2096). La identificación narcisista con el objeto se convierte en un sustituto de la carga erótica, a consecuencia de la cual, la relación erótica no puede ser abandonada. La sustitución del amor al objeto por una identificación permanente es un mecanismo importante de las afecciones narcisistas. Así, en el proceso de elección de objeto, que es posterior a la etapa de identificación, pareciera que el sujeto «quisiera incorporárselo, correlativamente a la fase oral canibalítica del desarrollo de la libido,

ingiriéndolo, o sea, devorándolo. A esta relación refiere Abraham “el rechazo a alimentarse que surge en los estados de melancolía» (1915a, p. 2095). Se puede sugerir que la predisposición a la melancolía depende del predominio de tipo narcisista de la elección de objeto, aunque, para entonces, Freud consideró que esta conclusión “no ha sido confirmada por la investigación” (1915^a, p.2095)

Freud afirmó:

...la melancolía toma una parte de sus caracteres del duelo y otra, del proceso de regresión de la elección de objeto narcisista al narcisismo. Por un lado, es como el duelo, una reacción a la pérdida del objeto erótico; pero, además se halla ligada a una condición. Que, a falta de duelo normal, la convierte en duelo patológico cuando se agrega a ella... (1915a, p. 2095)

En la melancolía ocurren infinitos combates aislados entre el amor y el odio que delatan la ambivalencia afectiva; por un lado, se pretende desligar a la libido del objeto y, por el otro, evitarlo. Estos combates aislados se desarrollan en el sistema inconsciente, es decir, en el reino de las huellas mnémicas de cosas (en oposición a las cargas verbales). Las tentativas de desligamiento del duelo también se desarrollan en este espacio pero, a diferencia de la situación melancólica, tales procesos no encuentran obstáculos en su ascenso a la conciencia por el camino normal del sistema preconscious, ruta que queda cerrada para la labor melancólica, sea a causa de numerosos motivos aislados o de su acción conjunta.

Una consecuencia natural del proceso de la identificación del Yo corporal con el objeto (perdido) es que el Yo se «objetiviza» (¿se cosifica?) y puede ser juzgado como un objeto, más específicamente, como el objeto abandonado. La pérdida del objeto parece ser una pérdida del Yo si es que ha habido tanto una fijación intensa al objeto erótico como una escasez de energía de resistencia a la carga de objeto. Resulta ser una conclusión de interés, acaso prematura, la estrecha relación entre la melancolía, la elección de objeto narcisista, la tendencia a la regresión a la fase oral y los desórdenes de la alimentación.

Las situaciones que dan lugar a la melancolía van más allá de la muerte o de la pérdida del objeto amado. Comprenden todas aquellas situaciones en las que ofensas, postergaciones y desengaños se introducen en la relación de objeto produciendo sentimientos opuestos de amor y odio que intensifican la ambivalencia existente. El primer vínculo del infante con su madre está sostenido desde la doble experiencia nutricia y sexual (instintos de conservación e instintos sexuales). La función alimenticia discurre de manera adecuada si el infante encuentra en su experiencias las acciones específicas que le aseguren la presencia del alimento y de la atención y si encuentra en esa madre un objeto sobre el cual depositar su carga afectiva, estableciendo con el mismo una relación *anaclítica* de apoyatura; sin embargo, las postergaciones en cuanto a presencia y oferta del alimento que no consiguen organizar las acciones específicas y el desengaño que esto significa, determinan que el infante se repliegue sobre sí mismo, como quien cerrara las expectativas del afuera, y/o que el infante se oriente a la búsqueda de

satisfacciones alucinatorias que lo desliguen de la ofensa, estableciendo así elecciones de objeto del tipo narcisista. Este es el modelo que impera en las anoréxicas y bulímicas: la expectativa de amor del infante se contrasta con el odio por la frustración y/o el desengaño. Primará, entonces, la identificación con el objeto perdido a través del auto castigo que no es, si no, una venganza sádica que atormenta a quienes más ama. Lo reiterativo de la bulimia, un fenómeno correlativo a las neurosis obsesivas, facilita la satisfacción de tendencias sádicas; en la dinámica de incorporar y expulsar, se repite una y otra vez la dinámica de amor y odio hacia el objeto erótico.

De todo esto, aunque parezca paradójico, quien presenta un desorden alimenticio descubre, a modo de ganancia secundaria, un tormento placentero dirigido hacia la personas más íntimamente ligadas a él. Finalmente, a dirigir sobre sí mismo, la hostilidad hacia el objeto, el retorno de la carga de objeto le facilita tratarse a sí mismo como una cosa. Esta idea parece sugerente en relación a los aportes posteriores de Winnicott en relación al *psique-soma*.

La anorexia ha sido asociada a la melancolía desde los primeros estudios freudianos. En el «Manuscrito G» (1895b) aparece en relación a la anestesia y a una sexualidad rudimentaria. Freud destacó que estas pacientes aseveran no haber comido, «simplemente», por falta de apetito y subrayó que la pérdida de apetito es equivalente a la pérdida de libido. Cabe resaltar que el aporte de Freud (1915) en “Duelo y melancolía” es la introducción de la noción de *objeto* y, por lo tanto, de *pérdida de objeto* que supera el concepto de libido estancada. Esta modificación facilita la posibilidad de ampliar la comprensión de la anorexia postulada en 1895.

El proceso de desligamiento de la carga erótica deja al cuerpo anoréxico vaciado de afectos y de significaciones. ¿Qué ocasiona esta ruptura de continuidad en el tránsito natural de la libido?. Las respuestas pueden ser variadas; sin embargo, en relación a los desórdenes de la alimentación, la fijación a los estadios pre genitales (oral y anal) y la interferencia de los instintos parciales se constituyen como estancos del desarrollo.

El melancólico es autocrítico; se describe como un hombre pequeño, egoísta, carente de ideas propias y preocupado por ocultar sus debilidades. Esta descripción puede o no ser real; séalo o no, es evidente que quien presenta esa imagen de sí mismo y la manifiesta públicamente, está enfermo. Pareciera como si una parte de su Yo se situara frente a la otra y la valorara críticamente *como si* la tomara por objeto. Esta instancia crítica, que se puede definir como *conciencia moral*, disociada del Yo, termina siendo independiente. Sin embargo, es necesario resaltar que los reproches con los que el melancólico se abrumba corresponden, en realidad, a otra persona, a *un objeto erótico*, y han sido vueltos sobre el Yo; sus lamentos se convierten en *quejas* ya que todo lo que dicen de sí mismos se refiere, en realidad a otras personas. Aquello que *no se puede expresar*, aquello que nace de una *rebelión* (Freud, 1915) silenciosa y precaria termina por aparecer en la forma disfrazada de síntomas melancólicos.

Las quejas del melancólico remiten a la carga sádica del conflicto entre el amor y odio tan típico en este cuadro. El amor por el objeto erótico se desdice en la relación con el odio por el mismo. Esta ambivalencia se hace evidente en la relación con las madres de las anoréxicas y bulímicas. En la

identificación edípica (natural) se produce una regresión hacia formas orales y anales de relación. El amor/odio hacia una madre rígida e intrusiva se transforma en la tiranía que impone un cuerpo emaciado que se hace, paradójicamente, tanto más evidente. La *rebelión* adolescente se expresa a través de un discurso alexitímico en el que el cuerpo extremadamente delgado se constituye en una suerte de triunfo sobre el conflicto y en una respuesta terca y firme a los contenidos afectivos disociados del Yo. En este sentido, el cuerpo de la anoréxica transmite un mensaje sordo y mudo; un mensaje *estancado* que remite a la hipótesis de libido estancada no simbolizada.

La anorexia y la bulimia refieren, también, un conflicto entre instancias psíquicas. Si bien en 1915 todavía no se había formulado la segunda tópica, (1923) resulta evidente que Freud (1915^a) refiere a través del concepto de “conciencia moral”, una instancia crítica *independiente del Yo*, que –años más adelante será denominada Super Yó. En la anorexia se observa una conciencia moral rígida; en la bulimia, en cambio, la conciencia moral es laxa. Las críticas feroces con las que se califican encubren, desplazan, sustituyen sus juicios y su sentir hacia las figuras parentales. Las quejas de la anoréxica parecen ser una reivindicación de derechos; se presentan como una transformación del dolor, ya que no existe lugar para el dolor psíquico. A través del reclamo verbal se intenta tramitar lo *semiótico* (Kristeva, 1993,1997), aquello que permanece en el inconsciente, *olvidado* en el reino de las huellas mnémicas. En la bulimia, en cambio, la representación de los conflictos pre genitales ha alcanzado un grado de simbolización mayor que en la anoréxica, de tal manera que la relación con la instancia moral es ambivalente.

Los desórdenes alimenticios tienen en la melancolía un paradigma de la anorexia: un cuerpo vaciado de todo erotismo que encuentra en la identificación y en la elección de un objeto narcisista una suerte de entrapamiento que dificulta un modelo de relación anaclítica y que, evidentemente, se retrae del desarrollo y del crecimiento. Las anoréxicas son, por lo general, fuertes, deportistas, no se cansan, duermen poco, tienen energías y son alumnas o profesionales sobresalientes. La desconexión entre la parte energética del Yo corporal (que, al decir de Winnicott, proviene de la mente) que niega la pérdida y el estado real del cuerpo es evidente. Parece evidente que el síntoma de un cuerpo anoréxico se asocia a la identificación con el objeto perdido, no simbolizable y, por lo tanto, no accesible al lenguaje de la palabra. Considerando la hipótesis somática asociada a la melancolía, surge la pregunta de si el cuerpo anoréxico delata un mensaje de empobrecimiento del Yo corporal que no se registra en el nivel simbólico del discurso y que se ejecuta sobre el cuerpo.

No resulta extraño que, en la anorexia y en la bulimia, el cuerpo reciba la mayor carga de hostilidad representativa del mundo exterior, es decir, de los primeros objetos, como son la madre y el pecho en su doble función erótica y nutriente. El regreso a un estado narcisista de relación objetal podría perpetuar tanto el exceso de erotismo cuanto la agresión concentrada en la fase oral. El cuerpo queda, por lo tanto, a merced de la identificación con el objeto abandonado y fusionado con éste. Pareciera como si el cuerpo supiera que ha perdido el peso pero no lo que con él ha perdido: la simbolización del proceso nutriente que tiene un asiento psíquico-corporal y erótico. En este sentido, en la

anorexia queda la impresión desconocida de no saber qué es lo que absorbe por completo.

2.5. Inhibición, síntoma y angustia (1926 [1927])

Hacia 1926, después de haber formulado la segunda tópica, Freud publicó *Inhibición, síntoma y angustia* en un intento de exponer la compleja relación que existe entre la inhibición de una función, la creación de un síntoma como resultado de un conflicto entre las instancias psíquicas, y la participación de la angustia en su gestación y su mantenimiento.

Actualmente, la alta incidencia de desórdenes alimenticios determina la necesidad de replantearse si éstos son síntomas o, en su defecto, se constituyen en síndromes de la modernidad. Por otro lado, la variedad de perturbaciones convoca, también, a la pregunta si acaso los desórdenes intermedios son síntomas de un desorden mayor o, en su defecto, son síndromes independientes.

La anorexia ligada a la melancolía (1895b) fue comprendida como un síntoma de las neurosis actuales. En un intento de extender la lectura de la misma, la cualidad somática de los síntomas, asociada a una pérdida de libido (sexual) y a la anestesia, la define como neurosis mixtas. Simultáneamente, desde la perspectiva de la histeria (1895^a), los vómitos repetidos asociados al asco y a la repugnancia (moral) fueron definidos como síntomas de la histeria; sin embargo, al ser síntomas conversivos que tienen su asiento en el cuerpo, podrían también corresponder a la clasificación de síntomas de las neurosis mixtas.

Freud (1926) introdujo una lectura alternativa a los *comportamientos alimenticios*. Los definió como *inhibiciones* :

La perturbación más frecuente de la nutrición es la repugnancia a comer por retirada de la libido. Tampoco es raro un incremento del apetito. La compulsión de comer resulta motivada por el miedo a morir de hambre, hasta el día no ha sido suficientemente investigado. Como defensa histérica contra la ingestión de alimentos, conocemos el síntoma del vómito. La negativa a comer por angustia es propia de estados psicóticos (delirio de envenenamiento). (Freud, 1926, p. 2834)

La inhibición es una restricción del Yo. Presenta una relación especial con la disminución de una función y no significa nada especialmente patológico. La función yóica de un órgano queda alterada cuando su erogeneidad recibe un incremento. Estas restricciones se establecen sea como una medida de precaución o bien, como consecuencia de un empobrecimiento de energía. Como restricciones del Yo, las inhibiciones, que emergen como medidas de precaución por la excesiva sexualización de una función no sexual, intentan evitar un conflicto entre el Ello y el SuperYo.

El síntoma es un signo y un sustituto de una expectativa de satisfacción de un instinto, resultado del proceso del fracaso de la represión, proceso psíquico que impide que la idea, vehículo del impulso prohibido, alcance la conciencia. A diferencia de la inhibición, revela una modificación extraordinaria de una función o de una nueva función, de tal manera que se establece como un signo del proceso patológico.

El acto de represión pone en evidencia, por un lado, la energía del Yo y, por el otro, testimonia su impotencia y la impenetrabilidad de los diversos impulsos instintivos del ello a su influencia. El síntoma, como producto de la represión, afirma su existencia fuera de la organización del Yo e independientemente de ella; goza del privilegio de la extraterritorialidad de tal manera que, el síntoma es comparable a un cuerpo extraño que mantiene fenómenos de estímulo y reacción en el tejido en el que se ha alojado. El Yo ha creado el síntoma, precisamente, para gozar de sus ventajas.

Ante la presencia de síntomas, es difícil distinguir cual es el impulso reprimido, cual es el motivo de la represión y cual es el síntoma sustitutivo. Para esto es necesario el estudio del rol de la angustia en el proceso de la represión, tema que no es sencillo y que ha determinado modificaciones importantes en el curso de la construcción del Psicoanálisis.

La angustia es un estado afectivo que se basa en un incremento de excitación que, por un lado, crea un estado displaciente asociado a inervaciones motoras y a procesos de descarga y, por el otro, busca aliviarse por los indicados actos de descarga. Es interesante resaltar que la angustia no obedece sólo a una síntesis fisiológica sino que, también, está enlazada a un factor histórico que vincula estrechamente las sensaciones y las inervaciones. En este sentido, existe una relación entre la situación peligrosa y la forma de la psiconeurosis. Freud (1926) diferenció la angustia como libido estancada (1895b) de la angustia señal, distinción que resulta interesante en relación a los desórdenes alimenticios.

¿Qué considera Freud como *peligro*? El desamparo psíquico del niño de pecho, paralelo a su desamparo biológico después del nacimiento (por la pérdida de las condiciones intra uterinas)²⁹, es motivo de angustia automática y de angustia señal. Freud afirmó:

“En el acto de nacimiento existe un peligro objetivo para la conservación de la vida...es fácil decir que el lactante repetirá su afecto de angustia en cada situación que le recuerde el suceso de su nacimiento. El hecho importante de conocer es lo que lleva a recordar el suceso y lo que es recordado”. (Freud, 1926, p.2861)

El conflicto que negocia el Yo entre el Ello y el Superyó plantea dos situaciones:

— aquella en la que el Ello evidencia una situación análoga a la del trauma de nacimiento en la cual surge automáticamente la reacción angustiosa. Esta primera situación de peligro corresponde a un estado de desamparo del Yo en relación a una extraordinaria tensión de la necesidad no empleada (como ocurrió en la situación del parto) que se resuelve en angustia. Esta primera situación corresponde a la etiología de las neurosis actuales;

— aquella en la que se activa en el Ello alguna de las situaciones peligrosas para el Yo que lo mueva a emitir la señal de angustia para iniciar la inhibición. El Yo intenta evitar la angustia que ha aprendido a mantener suspendida durante algún tiempo ligada por medio de la formación de

²⁹ Farrell (2000) sostiene que existe una continuidad entre el estado intra y extrauterino y señala la importancia de la representación temprana que tenga la madre de su bebé para la construcción del vínculo después del nacimiento..

síntomas. Esta segunda situación corresponde a la etiología de las psiconeurosis.

Es interesante anotar el giro en la concepción de las neurosis actuales. Tradicionalmente definidas como síntomas asociados a los desórdenes de la vida sexual actual (y no a acontecimientos de la vida pasada) en los que la excitación sexual se instituye como la expresión de impulsos instintivos libidinosos, no parecía demasiado atrevido suponer que la libido se transformaba en angustia bajo el influjo de tales perturbaciones. Esta definición aún válida para Freud en 1926 no se contradice con el hecho de que la libido propia de los procesos del Ello experimente una perturbación bajo los efectos del impulso de la represión. Parece arriesgado sintetizar los orígenes de la angustia. El acercamiento al trauma de nacimiento como el evento *princeps* de desencadenamiento de angustia, producto de la situación de desamparo del Yo en relación a la exacerbación de la tensión de la necesidad, sugiere un acercamiento al tema alimenticio como proceso y como vínculo que incluye las huellas mnémicas propias de las acciones específicas. Así, los desórdenes de la vida sexual actual asociados a la falta de voluptuosidad y a la anestesia así como la negación de los conflictos infantiles han cedido su lugar a los primeros momentos de la vida del infante en los que, *a falta de una posibilidad de representación simbólica*, se transforman automáticamente en angustia.

¿Qué ocurre en los encuentros tempranos entre el infante y la madre?;
¿consigue el infante transformar la necesidad biológica en satisfacción real?;
¿será necesario para el infante interponer la satisfacción alucinatoria de deseos ante el desencuentro original?. El niño de pecho muestra una disposición

natural a la angustia; ésta no manifiesta su máxima intensidad inmediatamente después del nacimiento sino que aparece lentamente en el progreso del desarrollo anímico del infante. Si el niño de pecho demanda la *presencia* de su madre es porque la experiencia le ha enseñado que aquella satisface sus necesidades sin dilación. Ocurre, sin embargo, que ante el peligro de la insatisfacción, es decir, ante el crecimiento de la tensión de la necesidad contra la cual el infante se siente impotente, el infante reaccione replegándose sobre sí mismo en un intento de desconocer la falta inicial ³⁰.

Si bien al principio existía una relación de objeto, es decir, un enlace de la libido a una persona determinada, la influencia de una ofensa o de un desengaño ocasionado por una persona amada –la madre– (Freud, 1914), determina una conmoción en la relación objetal y la libido se sustrae del objeto sin lograr un desplazamiento hacia uno nuevo. La carga del objeto queda abandonada y la libido libre termina retraída hacia el Yo de tal manera que termina por establecer una identificación con el objeto abandonado. La pérdida del objeto original se transforma, así, en una pérdida del Yo. En estas circunstancias, el repliegue narcisista señala el camino hacia la melancolía.

Habiendo intentado asociar la angustia a las neurosis actuales y sugerir su inclinación hacia la melancolía, es interesante examinar la relación entre la formación de síntomas y el desarrollo de la angustia. Freud (1926) sostiene que existen dos opiniones respecto a esta cuestión. Por un lado, se plantea que la

³⁰ La falta básica (Balint, 1979) puede conducir al infante a no diferenciar entre la representación del sí mismo y la representación del otro. Esta dificultad determina una representación corporal arcaica, en la que los contornos del cuerpo, la investidura de las zonas erógenas y la distinción entre el cuerpo materno y el cuerpo del niño permanecen confusos. ¿Será esta falta la precursora de una elección narcisista de objeto?

angustia se define como síntoma de la neurosis; por el otro, se afirma que toda formación de síntomas es emprendida con el sólo y único fin de eludir la angustia ya que los síntomas cumplen la función de ligar la energía psíquica que de otro modo sería descargada como angustia. En este sentido, pueden calificarse de síntomas todas las inhibiciones.

Resumiendo, se puede afirmar que los síntomas son creados para liberar al Yo de las situaciones peligrosas. Si la formación de síntomas es impedida se instaura el peligro asociado al desamparo del Yo frente a las exigencias instintivas crecientes. En este sentido, el desarrollo de la angustia inicia la formación de síntomas, advirtiendo *a modo de señal* la inminencia de un peligro. Si esto no ocurriera, se experimentaría el displacer.

El síntoma psiconeurótico es, a la vez, una satisfacción disfrazada de deseos y un desplazamiento necesario, aunque incómodo, de las pulsiones reprimidas. Un Yo extremadamente restringido y que se ve impulsado a buscar sus satisfacciones en los síntomas revela un proceso que se acerca al fracaso completo de la tendencia defensiva inicial. En su función *conversiva* sustituye y *simboliza* los complejos que corresponden al contenido sensorial de las escenas infantiles que, ante la imposibilidad de descargar la pulsión sexual somática, se quedan fijados en el aparato psíquico. En las neurosis obsesivas, el síntoma procura cada vez mayor amplitud a la satisfacción sustitutiva a costa de la frustración. El agudo conflicto entre el Ello y el Superyó puede alcanzar tales dimensiones que el Yo, incapaz de constituirse como mediador, no puede emprender nada que no esté sumergido en la esfera del conflicto.

Las primera actividad del niño recién nacido, y la de mayor importancia para él, es la succión del pecho de la madre. A partir de la tensión endógena propia del hambre, los labios del infante se conducen al pecho de la madre – como zona erógena- de tal manera que la cálida corriente de la leche materna se constituye en la primera sensación de placer. En un principio, la satisfacción de la zona erógena aparece asociada con el hambre, como una actividad que se apoya en el principio de conservación de la vida pero, luego, se independiza siguiendo un fin autoerótico. El infante podrá regresar al pecho buscando saciar una necesidad o, en su defecto, a través del chupeteo, como una forma de satisfacción autoerótica.

Con respecto a la zona bucal, el dispositivo que llena esta función es la simultánea conexión de esta parte del cuerpo con la ingestión de alimentos. El estado de necesidad que exige el retorno de la satisfacción se revela en dos formas distintas; por una parte, por una peculiar satisfacción de la tensión y, por la otra, por un estímulo condicionado en la zona erógena periférica. En este sentido, por la duplicidad de las funciones de la zona labial, la represión se extiende al instinto de la alimentación. Si la zona labial se conserva como zona erógena, estos niños llegarán a ser *grandes chupeteadores* y/o presentarán síntomas histéricos o vómitos repetidos.

En la relación con su madre, el niño reacciona con angustia cuando se encuentra solo, cuando se halla en la oscuridad y cuando se encuentra con una persona extraña (Freud, 1926). El común denominador a las mismas es que el niño reacciona con angustia cuando advierte la falta de la persona amada que, en su momento, debe haber sido objeto de una carga muy intensa y, quizá, en

algún momento, incluso, alucinatoria. La angustia surge, entonces, a partir de la falta del objeto. Pero la falta del objeto materno y la precariedad de la satisfacción del mismo puede ser variada; si es circunstancial, el infante ha tenido el tiempo y el espacio para establecer un vínculo y tener una representación del mismo así estar en contacto con las huellas psíquicas de satisfacción; si, en su defecto, la falta es permanente, insegura, intermitente el infante tenderá a no poder establecer una representación de la misma y, por lo tanto a replegarse sobre sí mismo. De este primer vínculo, el infante establecerá relaciones de objeto de tipo anaclítico, en el primer caso, y narcisista, en el segundo³¹. Para Freud (1926), tanto el fenómeno automático como de señal, ponen en evidencia a la angustia como una señal de desamparo psíquico del infante que se presenta paralela a su desamparo biológico.

En el proceso de desarrollo, la siguiente transformación de la angustia, por temor a la separación, es el miedo a la castración que surge en la fase fálica. El niño siente el peligro de ser separado de sus genitales. La alta valoración del pene garantiza una nueva reunión con la madre en el acto del coito. En este sentido, el ser despojado del miembro a través de la castración equivale a una nueva separación de la madre y significa, ser abandonado a una nueva tensión instintiva en una situación en la que él se siente absolutamente impotente. En esta fase, el poder del Superyó provoca un nuevo cambio. La despersonalización de la instancia parental de la cual se temía la

³¹ En «Introducción al narcisismo» (1914), Freud diferenció el tipo de relación objetal de apoyo del tipo de elección objetal narcisista. En el nivel de las pulsiones, el concepto de elección objetal anaclítica se refiere a las pulsiones de auto conservación; en el nivel de los objetos se refiere a la elección de objeto amorosa.

castración, se convierte en una angustia moral y social. Lo que el Yo considera como peligro (y a lo que responde con una señal de angustia) es a la cólera, al castigo y/o a la pérdida de amor del Superyó. En las niñas, en cambio, la señal de peligro está asociada a una pérdida de amor del objeto. Es interesante recordar que en las niñas, a diferencia de los niños, el cambio de objeto no se produce sino hasta la adolescencia. El mantenimiento de la madre como objeto, retarda la confrontación de la niña con un “otro diferente” y posterga las tareas de identificación. El encuentro adolescente con “lo masculino” presente, en relación, a lo “femenino” *presente pero oculto*, genera ciertas dificultades de adaptación que, con frecuencia, se tramitan sobre el cuerpo *como si* en el intento de silenciar los mensajes de la sexualidad latente, el conflicto desapareciera. En este sentido, la anorexia (quizá, más que la bulimia) emerge como un significante de lo asexuado y, por consecuencia, de lo *andrógino*, ahí donde se esperaría, paradójicamente, lo *erógeno*.

A partir de las nociones de síntoma e inhibición, ¿cómo se definen los desórdenes alimenticios?. En los escritos freudianos analizados en esta investigación, los desórdenes alimenticios tienen en la melancolía un paradigma de la anorexia. Así mismo, los vómitos asociados al asco y a la repugnancia son síntomas (conversivos) de la histeria. Sin embargo, es importante recordar que ante la presencia conjunta de síntomas somáticos en las afecciones psíquicas, Freud articuló el concepto de *neurosis mixtas* “como forma de neurosis caracterizada por la coexistencia de síntomas que provendrían...de neurosis etiológicamente distintas” .(Laplanche y Pontalis, p. 28)

Desde la complejidad estructural del abanico de desórdenes alimenticios parece difícil definirlos como una *inhibición*, es decir, como una restricción del Yo. Tanto en las afecciones melancólicas como en las psiconeuróticas, se establece un conflicto *patológico* inconsciente que va más allá de la disminución (consciente y no patológica) de la función, a pesar de que ésta pueda estar disminuida. Es más, desde la comprensión original de las *neurosis alimentarias*, Freud (1895) las definió como síntomas neuróticos, identificando en el rechazo a la alimentación un síntoma de la melancolía y, en los vómitos repetidos, un síntoma de la histeria. En el contexto de su época, delimitó dos tendencias que, inclusive en la actualidad, se constituyen como los paradigmas para la comprensión de este complejo sintomático.

A modo de reflexión, la complejidad de la sintomatología actual de los desórdenes alimenticios invita a cuestionar la cualidad “sintomática” de los mismos. Estos parecen definirse como *síndromes complejos* vulnerables a una definición exacta y puntual. La combinación de síntomas anoréxicos, bulímicos y aquellos propios de las dietas yo-yo así como la disminución de casos “puros” (Zusman, 2000) pone en evidencia la dificultad para precisar un diagnóstico. Tal vez, los desórdenes intermedios como el Yo-Yo dieting y el Binge eating, puedan ser considerados *inhibiciones* si es que el fondo de los mismos no tiene un asiento melancólico o neurótico.

2.5.1. Los síntomas y la psicopatología asociada

Durante la pubertad la organización genital interrumpida en la latencia se reanuda y los impulsos agresivos y libidinosos de la época temprana tienden a

despuntar —a partir de las tendencias agresivas y destructivas—. El síntoma³² repetido intenta disfrazar la emergencia pulsional de los aspectos eróticos ante los cuales el Superyó se resiste enérgicamente en la represión de la sexualidad que toma formas más bien repulsivas.

Los síntomas obsesivos³³ se erigen través de intentar deshacer lo sucedido y del aislamiento. Por un lado, se tiende a suprimir, por medio del simbolismo motor, el suceso y sus consecuencias. El deshacer sucede en dos tiempos, siendo el segundo acto el que deshace al primero. La magia irracional y los ceremoniales son intentos de suprimir el pasado a través de actos motores y lo que no ha sucedido como se esperaba se deshace por medio de la repetición. Por otro lado, después de un suceso desagradable, se interpola una pausa en la que nada debe suceder. El aislamiento motor garantiza la interrupción de la coherencia mental.

Las ideas de *suprimir* y de *aislar* son sugerentes en relación a los desórdenes de la alimentación. En las neurosis obsesivas no se produce ningún tipo de amnesia; por el contrario, el afecto suprimido termina siendo transformado en idea y, la idea, en repetición. Las purgas bulímicas se instalan como conductas repetitivas. Siguiendo el razonamiento de 1926, se propone que se intenta suprimir la ausencia reiterada del pecho materno que no *satisface sin dilación sus necesidades* y que evoca, en el nivel de las

³² La neurosis obsesiva presenta síntomas que pertenecen a géneros de tendencia opuesta. El síntoma se produce cuando, a través de un enlace artificioso, se puede amalgamar la prohibición y la satisfacción. Por un lado, recoge las prohibiciones, las medidas preventivas y las penitencias y, por el otro, deja abiertas las satisfacciones sustitutivas simbólicamente desplazadas en aras de burlar las defensas.

³³ La neurosis obsesiva presenta síntomas que pertenecen a géneros de tendencia opuesta. El síntoma se produce cuando, a través de un enlace artificioso, se puede amalgamar la prohibición y la satisfacción. Por un lado, recoge las prohibiciones, las medidas preventivas y las penitencias y, por el otro, deja abiertas las satisfacciones sustitutivas simbólicamente desplazadas en aras de burlar las defensas.

representaciones, una *ausencia* que podría tener un carácter traumático. La supresión de la ausencia, creada a partir de la repetición de la magia irracional o de la idea, puede ser comprendida como un intento de negar el dolor de la *falta*, la frustración y la impotencia por la no aparición del pecho como se esperaba.

En el curso progresivo del desarrollo, lo más perturbador es aquello que estuvo unido y quedó luego separado. En este sentido, el *aislamiento motor* garantiza la interrupción de la coherencia mental. Tal vez este mecanismo tenga una labor tan efectiva en la anorexia como en la bulimia. La sensación peligrosa de perder el pecho, como el primer objeto erótico y de fusión con la madre, genera en el desarrollo del infante un sentido de discontinuidad. Esta situación dolorosa y displacentera tenderá naturalmente a restituirse, de tal manera que la pérdida original quedará marginada de la conciencia y sustituida por actos motores de contenidos totalmente separados y *escindidos* de la conciencia. La anorexia tiene, tal vez, más del mecanismo de anulación que la bulimia: se anula la pérdida del objeto erótico y la boca, al igual que el alimento, muy erogenizados, intentan perder su cualidad de objeto. El vacío no se siente. La angustia ha logrado crear un síntoma lo suficientemente complejo y desplazado que pone en riesgo las pulsiones de autoconservación.

Cuando el Yo reconoce el peligro de la castración emite una señal de angustia e inhibe, a través de la instancia placer – displacer, el proceso amenazador de la carga del Ello. El miedo a la castración se dirige a un objeto diferente y asume una expresión disfrazada que, por un lado, evita un conflicto por ambivalencia y, por el otro, permite al Yo terminar el desarrollo de la

angustia que, en la fobia, es condicional. La fobia representa la sustitución de un peligro interior (la castración) por un peligro exterior diferente (fobia). En su calidad de sustituto, ayuda a restaurar la estabilidad perdida.

La relación entre la fobia y la anorexia puede resultar más clara si se recuerda que Freud consideró que la castración tenía como antecedente la pérdida del pecho, sufrida a consecuencia del destete (que puede dejar una huella melancólica) y, luego, la pérdida de los genitales. La pérdida del placer oral seguida por la ausencia de un objeto incondicional genera, por una parte, una sensación de peligro (de insatisfacción) y, por la otra, el terror a que la pérdida de los genitales dificulte una nueva reunión con la madre en el acto del coito: «El ser despojado de tal miembro equivale a una nueva separación de la madre y significa, por tanto, ser abandonado de nuevo, totalmente inerte, a una tensión de la necesidad instintiva...» (1925, p. 2864). Desde esta perspectiva, el padre permanece ausente hasta su incorporación a través del complejo de Edipo.

De la histeria a la angustia de castración y a las fobias, pasando por las neurosis obsesivas, parece ser el nuevo camino que permite, desde una de las rutas de la obra de Freud, una comprensión aún más extensa y, a la vez, más completa del tema de la anorexia nervosa, a pesar de que el autor no lo menciona en los últimos años de su producción teórica.

Capítulo 3

Los aportes posfreudianos para la comprensión de los desórdenes alimenticios

Los estudios posfreudianos han puesto énfasis sobre algunos de los temas esbozados en los escritos de Freud; entre ellos el vínculo, los estados confusionales y el narcisismo, el simbolismo, la teoría del pensamiento, las organizaciones patológicas y el autismo son los más relevantes para fines de la presente investigación. Los aportes de Melanie Klein (1917-1959), de Daniel Stern (1989^a, 1989b), de Peter Fonagy y Mary Target (1996, 2000), de Wilfried Bion (1959^a, 1959b, 1961) y de Christopher Bollas (2000), en la línea de la teoría de las relaciones objetales, han sido fundamentales en la comprensión del vínculo intersubjetivo, entre la madre y el infante, en el curso del desarrollo del mismo. Es esta perspectiva dinámica y temporal la que favorece la comprensión de los desórdenes alimenticios en el proceso de su formación y en la realidad concreta de su permanencia. Así, se intenta señalar la relevancia de los aspectos intrapsíquicos en el curso del desarrollo frente a las posiciones socio culturales, actualmente, tan en boga.

La noción de objeto se recoge de las primeras teorías de Freud; se trataba de un objeto sobre el cual se descargaban los impulsos buscando la satisfacción. La relación objeto-descarga se modificó notablemente a la luz de las propuestas de Klein. En el esquema kleiniano, el objeto es “un componente de la representación psíquica de un instinto” (Hinshelwood, 1989, p. 458).

La madre es el primer objeto en la vida del infante. Como objeto *nutriente*, es identificada, a modo de una metonimia como (un) *pecho*, de cualidad anatómico, físicamente presente y separado del resto de la misma. En su calidad de objeto *parcial*, denota al objeto materno y se contrasta con el pene paterno y con “otros” bebés rivales (Hinshelwood, 1989). Al principio, el bebé desconoce la noción de distancia y sus sensaciones van exclusivamente de la piel hacia adentro. Desde esta primitiva percepción corporal, el infante percibe que un *objeto específico*, que se dirige hacia él, causa sus primeras sensaciones corporales.

La concepción anatómica del objeto fue modificada por su perspectiva representacional y funcional. Este nuevo enfoque representa algo más que un simple cambio de términos, pues incorpora un viraje en la comprensión del *objeto* -como estructura física- al objeto en tanto *función*, lo que significa que las relaciones objetales no se establecen con partes de *objetos anatómicos* sino con partes de *objetos psicológicos* asociados a los sentidos (la visión, el tacto, el gusto, el oído, el olfato) y a la capacidad dinámica para recordar, sentir, pensar y juzgar.

Esta nueva dirección teórica orientó el estudio de la relación vincular hacia el concepto de madre «en función»: un objeto que es más que un *pecho*, más que la *madre total* (a la que aludió Freud en 1905), más que el *individuo real*; un *objeto* que, por un lado, encarna todas las funciones maternas, sintetiza, simplifica y adapta los fenómenos ambientales del entorno a las necesidades y posibilidades del infante; por otro lado, decodifica sus pensamientos y, finalmente, lo cuida y lo sostiene.

Desde esta perspectiva, el concepto de *objeto interno* ilumina la comprensión de la dinámica de los intercambios afectivos que se producen entre la madre y el niño en el proceso de alimentación; Propone una noción compleja al asumir, en tanto una realidad psíquica y expresión *actuada*. Esta complejidad está acentuada por el uso del adjetivo *interno* que, asociado al concepto de *objeto*, se tiende a usar como equivalente a 'mental', a 'psicológico', a 'perteneciente a la mente', a 'imaginario', a 'ficticio', etc. (Stratchey, 1941) Para comprender su configuración se debe examinar dos de sus aspectos: su *perímetro* conceptual y el *contorno* del objeto particular (Hernández y Lemlij, 1999).

El objeto interno se define como una estructura de la realidad no experiencial construida a través de los procesos de internalización en el curso del desarrollo. Su origen se encuentra en la compleja relación entre la madre y el infante; descansa en la experiencia que tiene el infante con el *pecho bueno*, estable y satisfactorio, que sirve para imaginar (respecto a uno mismo y a los otros) y para articular las experiencias primarias. Sostenido sobre el *pecho bueno*, el objeto interno se constituye como un estado de libertad del inconsciente y como un espacio abierto y útil para la objetivación mental de los deseos, necesidades y reflexiones pasajeras que son típicas de momento a momento. En este contexto, el *pecho malo* se instituye como perturbador (Bollas, 2000).

En el proceso de formación del objeto interno, el componente narcisista y el de la relación de objeto de las internalizaciones preedípicas sufren importantes transformaciones y sus relaciones adquieren nuevos y diferentes

significados (Hernández y Lemlij, 1999). Como tal, el *objeto interno* es más que la experiencia del *self* de la madre pues contiene al padre y a los hermanos que, a lo largo del desarrollo, se incluyen como un complejo de asunciones lógicas con quienes comparte un idioma de transformaciones sucesivas que, definitivamente, recrean no sólo la relación de objeto sino la representación del objeto interno (Bollas, 2000).

El objeto interno se «encuentra y aprehende»; su estructura se genera y re-genera en el *perímetro* del mundo intrapsíquico del sujeto, en cada encuentro con sus objetos. Si, para fines de esta exposición, el encuentro sujeto – objeto se circunscribe al perímetro de la relación madre – hijo en el contorno de la experiencia de alimentación, podría sugerirse que el entorno de la búsqueda de satisfacción se inscribe como un *espacio potencial* de encuentro. Así, cada experiencia de búsqueda se organiza como un tránsito desde la *necesidad* —asociada a la alucinación— hacia el *deseo* configurado en torno a la representación. Este tránsito depende, básicamente, de la posibilidad del infante de encontrar entre sus huellas mnémicas, dependientes del vínculo con la madre y de las experiencias de la vivencia en su mundo objetivo y subjetivo, las rutas adecuadas, efectivas y sensibles para su satisfacción que, al ser repetidas y representadas, se constituyen como objetos *internos*.

Al inicio, la madre se experimenta como un proceso que transforma (de manera positiva o negativa) la vida física, emocional e ideacional del infante. Ella puede convertir el fastidio en satisfacción y el contento en descontento. En esta relación, el infante aprehende parte de las reglas tácitas sobre la vida y las

relaciones humanas se convierten en conocimientos no pensados. La madre es un *significador enigmático* (Laplanche, en Bollas, 2000): su inconsciente se vuelve una parte intrínseca de la estructura inconsciente del infante. ¿Puede la madre compartir *un inconsciente* con su infante?; si fuera así, ¿cómo y cuándo se independiza para promover un crecimiento libre del *self* infantil?; en el marco del proceso de alimentación, ¿qué implicancias tendría esta relación?

3.1. El vínculo madre-hijo: una experiencia intrapsíquica e intersubjetiva

La mente procesa, en paralelo y con cierta independencia, un largo número de eventos mentales simultáneos. Durante la experiencia, urgencias instintivas, imágenes visuales, cambios afectivos, sensaciones, acciones motoras, ideas, estados de despertar, lenguaje, espacio y tiempo, se procesan en todos los centros de la mente, así como también, en algunos centros específicos; sus transformaciones pueden o no traducirse en experiencias subjetivas. Desde su nacimiento, el infante intuye, reconoce y aprende que los diversos eventos que ocurren en su mente están organizados a partir de sus impulsos y, en relación a un otro *significativo*.

El bebé se configura a sí mismo en el vínculo con su madre. Es ella quien, mediante el *holding* y su capacidad de *rêverie* ofrece al infante el primer espacio de gratificación de sus necesidades primarias, la primera área para la alucinación, los contactos para el establecimiento de la relación, la fuente para la nutrición, el espacio para el juego y el soporte para la integración. En esta

experiencia se producen encuentros y desencuentros significativos ya que no sólo se trata de la incorporación de experiencias gratificantes sino de una sumatoria de experiencias primarias, ente las cuales la alimentación, como proceso nutricional y afectivo, es una de las más importantes. Este tipo de relación afectivo/instrumental sugiere la idea de Anlehnung (anaclisis) en relación al tipo de elección de objeto amoroso (Freud (1914) «en la cual las personas encargadas de la alimentación, los cuidados, la protección del niño proporcionan el prototipo del objeto que satisface sexualmente» (en Laplanche y Pontalis, 1993, p. 110).

En la diaria tarea de la crianza, ni la madre está sola ni el infante aprende solo. Madre e hijo están sintonizados en un vínculo que apela, simultáneamente, a la separación y al reconocimiento mutuo, *una paradoja en la que el infante y la madre son simultáneamente uno y son dos* (Ogden, 1964). Este reconocimiento paradójico funciona de manera dialéctica.

En el proceso de alimentación se activan un conjunto de procesos somato-psíquicos. Como paradigma de un vínculo, la alimentación se propone como la relación primera en la que madre e hijo concurren a la satisfacción estableciendo un vínculo del que se desprenderán tanto un tipo de elección de objeto (narcisista o anaclítico) como un conjunto de procesos que —apoyados en dicha elección— irán definiendo, en concordancia con las circunstancias de su desarrollo, la personalidad y la salud (o patología) del infante.

El infante busca pero no escoge el alimento que llega a su boca. Objeto y alimento concurren a la experiencia subjetiva como un par indisociado a partir del cual se establece la ecuación «madre-comida» que se irá resolviendo

mientras el infante transite del Yo al No Yo y mientras descubra que el alimento está separado (nutrición – autoerotismo) de la madre aunque, por mucho tiempo más, éstos se le presentarán en conjunto.

La experiencia del destete como modelo de la primera separación interpone los límites de la diferenciación Yo – No Yo en aras de promover la separación y la individuación. Kristeva sostiene:

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

El desarrollo, en la tarea de guiar las tareas de la independencia, supone tanto la necesidad de reconocimiento mutuo, de autonomía y de independencia respecto del *otro*. Cuando la madre falla en el reconocimiento del otro -como separado de sí misma y con necesidades diferentes a las de ella- y, además, insiste en seguir *su ritmo*, la separación no se hace posible; no aparece un cuerpo que reconozca al otro ni una mente que registre a la otra. No se produce un tránsito de la posición esquizoparanoide a la posición depresiva y la no separación puede quedar inscrita como traumática.

A lo largo del vínculo con la madre, el niño incorpora, paulatinamente, la capacidad de pensar y de integrar las experiencias primeras. Fonagy y Target (1996) sostienen que esto ocurre a través de un proceso que parte de la equivalencia simbólica y que termina en la mentalización. Estos procesos, que

transitan a través de ciertas invariantes, se constituyen como señales que alientan la coherencia del *self*.

La noción de *envoltorio prenarrativo* como la propiedad emergente de la mente que se dirige a la búsqueda de la coherencia del *self* permite comprender la relación entre los mencionados procesos de pensamiento y la búsqueda continua de coherencia del *self*. Como afirma Stern (1989a), el *pensar* no es un derivado del proceso secundario sino un proceso independiente de la mente.

El reconocimiento del vínculo y de la temprana relación de objeto son vividos en la mente del niño como una ilusión que es posible porque un ser humano se ha tomado el trabajo de aceptarlo de manera constante, limitada a sus necesidades y, sobre todo, comprensible. De aquí la afirmación de Winnicott quien asegura que no hay tal cosa como un bebé. Ante una madre *suficientemente buena* y en posición de *rêverie*, el niño aprenderá a reconocer las formas invariantes de su entorno (que son las que le asignan coherencia) a través de su repetición, de la formación de prototipos y representaciones de experiencias subjetivas y del despliegue temporal de éstas (Stern, 1989b). Además, aprenderá a relacionarse con los objetos externos desde la fantasía hasta la realidad, a buscar la satisfacción de sus necesidades y a tolerar las deficiencias de su medio a través de la actividad mental que tiene la función de convertir un medio suficiente en perfecto y el fallo de la adaptación, en éxito. La principal tarea de la madre, después de aportar la oportunidad para la ilusión, es la de brindar el espacio para la desilusión progresiva.

La lectura literal de los escritos de Winnicott sobre la relación madre – hijo podría dejar *la ilusión* de que dicha relación discurre fácilmente y sin tropiezos; la verdad es otra, sugiere el autor. Winnicott (1947) afirmó que en esta relación existen, simultáneamente, sentimientos de amor y de odio: «Sugiero que la madre odia al bebé antes que éste la odie a ella, y antes de que el bebé pueda saber que su madre lo odia» (p. 275). Sin embargo, parte del éxito de la crianza está en que la madre pueda ser capaz de tolerar el odio. Winnicott (1947) afirmó:

lo más notable de una madre es su capacidad para recibir tanto odio del pequeño y para odiar tanto sin pagarle a él con la misma moneda, así como la capacidad para esperar una recompensa que puede o no llegar más adelante (p. 277).

La capacidad de conjugar los sentimientos de amor y de odio es la clave de lo que sucederá a lo largo de la progresiva diferenciación. Es preocupante, sin embargo, lo que ocurre cuando el odio se instala como una matriz de relación y los lazos de amor no son suficientes para balancear y atender los espacios saludables del niño.

Cuando la relación madre – hijo es *suficientemente buena* (Winnicott, 1975) se desarrollará en el marco de una matriz somato-psíquica original una diferenciación progresiva en la estructuración psíquica del niño. El espacio potencial da cuenta del sujeto en relación; es, al mismo tiempo, el escenario de la separación y del vínculo sostenido en un sentimiento de confianza a partir del reconocimiento mutuo. En este marco de interacción se desarrolla la subjetividad creativa.

En este espacio potencial ocurrirían determinados procesos que permiten que el *envoltorio prenarrativo* se despliegue hasta ser narrativo, que la equivalencia simbólica se transforme en la mentalización progresiva y que la somatización *fusional* se convierta en lo que McDougall (1995) denomina *des-somatización*.

En el proceso de *des-somatización* de la psique concurren dos propósitos en apariencia contradictorios: por un lado, la fusión con la madre-universo y, por el otro, la diferenciación de ella. En esta paradoja, los bebés intentan recrear la ilusión de unicidad corporal y mental con el pecho-universo (especialmente en los casos de sufrimiento psíquico) y, al mismo tiempo, luchan para diferenciar su cuerpo y su sí mismo naciente del cuerpo y del sí mismo de su madre (McDougall, 1995). En este proceso, si la relación anaclítica predomina sobre la narcisista y la experiencia Yo – No Yo se abre paso en el desarrollo, la ecuación «madre – comida» resurge renovada para dar paso a la representación de ambos objetos por separado. El cuerpo y sus necesidades de alimentación intentan separarse del proveedor a pesar de mantenerse en íntima relación.

El proceso de ilusión favorece la elaboración de la separación y de la individuación; la desilusión, en cambio, favorece la fusión. Desde la perspectiva kleiniana, el tránsito de la posición esquizoparanoide a la posición depresiva (con el consecuente logro del cambio de la ecuación simbólica por el símbolo) se consigue gracias a la ilusión; se garantiza la relación interpersonal y se favorece la diferenciación Yo – No Yo. En lo que se refiere al proceso de alimentación, el logro más importante de la posición depresiva es la integración

del Yo y la seguridad de la existencia de un objeto total, la madre que, a pesar de sus aspectos *buenos y malos* y de las vicisitudes de los procesos de introyección y proyección, garantiza su permanencia y la posibilidad de ser recreado. Una madre que se puede recrear permanece segura y garantiza el desarrollo del proceso de alimentación.

Desde la perspectiva kleiniana, mantener separados el objeto bueno del objeto malo parece ser la clave para la seguridad del sí mismo. El pecho bueno introyectado forma una parte vital del Yo; ejerce desde el comienzo de la vida una influencia fundamental en el proceso de desarrollo del Yo y afecta tanto a la estructura yoica como a las relaciones de objeto. Esta división primaria tiene éxito si existe una capacidad innata para amar que brinda ímpetu tanto a las tendencias de integración como a la exitosa disociación primaria entre el objeto amado y el odiado. Se plantea entonces una paradoja: la integración (basada en un objeto arraigado que forma el núcleo del Yo) forma un par indivisible con la disociación (que preserva al objeto bueno y capacita al Yo para sintetizar sus dos aspectos)³⁴.

La madre *suficientemente buena* otorga sentido a la conducta del niño y es capaz de conducirlo para aceptar la expresión espontánea de su necesidad o impulso a través del *holding* y de la presentación del objeto. Como continente de las primeras identificaciones proyectivas de su hijo, las procesa como *protocomunicaciones* (Bion, 1961). Esta tarea, a la vez simple y compleja, tiene

³⁴ Klein sugiere distinguir el objeto bueno y el idealizado. Una disociación profunda entre los dos aspectos del objeto indica que no son el bueno y el malo los que se mantienen separados, sino un objeto idealizado y otro extremadamente peligroso. Esta división refleja que los impulsos destructivos como la envidia y la ansiedad persecutoria son muy fuertes y que la idealización sirve, justamente, como una defensa contra esas emociones.

la función potencial de desarrollar el proceso de mentalización, de representación, de los mundos interno y externo y del dominio de la falta y de la frustración en el proceso de acomodarse a su ambiente.

El niño espera confiado que su madre reaccionará satisfactoriamente y que le ofrecerá *un pecho bueno* que calme su hambre y contenga sus identificaciones proyectivas. Esta espera está sostenida en el reconocimiento de la repetición de las invariantes del proceso de satisfacción que han logrado, en el discurrir del tiempo, formar una representación del alimento incluido en la experiencia intersubjetiva. No se trata, por lo tanto, de una tarea del Yo como instancia psíquica sino de una tarea del *self* orientada por el proceso de pensar (Stern, 1989a).

Un punto intrincado pero que requiere esclarecimiento es el que se refiere al objeto de la necesidad y al objeto del deseo. El niño se encuentra con su objeto de necesidad a partir de la tensión endógena que ocasiona la carencia y lo recrea en su omnipotencia, en el espacio de ilusión. En el interjuego entre la omnipotencia y la frustración graduada se va constituyendo como un objeto externo. Pero, ¿qué ocurre cuando la fantasía no coincide con la realidad y, además, existe la falta de reconocimiento del vínculo o la incertidumbre respecto a él?; ¿qué huellas tempranas quedan inscritas en el psiquismo infantil que se actualizarán años más tarde en la forma de un desorden alimentario? ¿Acaso se podría sostener que existen fallas anteriores a una relación de objeto *sensu stricto* en lo que Winnicott (1936) denomina la función oral?

Desde la perspectiva de las neurociencias, Damasio (1997) define un espacio previo a las significaciones al que denomina *internal milieu*. Es posible proponer que, en los anoréxicos, ¿se podrían haber producido alteraciones precoces en este espacio?. Algunos niños nacen *regulados*, con una capacidad de espera y con una saludable tolerancia a la frustración; otros, sin embargo, nacen *desregulados*, tensos e irritables. Esta «cualidad dinámica innata» parece tener un ascendente significativo sobre las posibilidades del niño tanto de asimilar las fantasías inconscientes (en tanto contenidos de la pulsión) y las primeras representaciones psíquicas, como de lidiar con el impacto de las primeras ligaduras inconscientes de sentido (Pally, 1998). Stern (1989b) sostendría que así se estarían dando los primeros emergentes prenarrativos. Las posibilidades del infante de asimilar las primeras incidencias afectivas de su vida estarán determinadas, definitivamente, por sus posibilidades de lidiar con las cualidades de su mundo interno.

Estas interrogantes plantean un problema en relación a las consecuencias irreversibles que se pueden presentar en el infante al estar asociado a su madre a través de un vínculo poco seguro, amenazante, irregular y falto de contención. La literatura reciente (Farrell, 2000), incluye una lectura desde la perspectiva intrauterina. La fantasía de «cuerpo único» tiene un prototipo biológico que nace en la vida intrauterina cuando el cuerpo-madre debe atender, simultáneamente, a los signos vitales de dos seres. Esta experiencia cumple un rol fundamental en la vida de la madre y en el recién nacido y regirá su funcionamiento somato-psíquico a lo largo del desarrollo, tanto así que cualquier amenaza de ruptura de la identidad entre el propio

cuerpo y el cuerpo de la madre conmina al bebé a la recuperación del paraíso intrauterino perdido.

Parece fundamental comprender la relación temprana que establece la madre con su bebé desde el embarazo y el uso que ella hace, en su psiquismo y en su economía afectiva, de dicho período y del bebé en gestación (Farrell, 2000). Asimismo, parece interesante analizar si ésta fue una relación de compromiso, empatía y satisfacción o si acaso estuvo orientada a curar o a sanar algunas heridas narcisistas³⁵ acaecidas a lo largo de las fases tempranas de su desarrollo personal.

En situaciones de patología, se ha constatado que las madres pueden establecer relaciones intrauterinas fusionadas con su bebé que le dificultan el reconocimiento del «otro» separado y diferenciado; es como si ella tendiera a utilizar el cuerpo de su bebé en forma inapropiada, como si fuese su objeto transicional aunque, en realidad, se trata de un objeto intermedio, precursor del transicional (Farrell, 2000). En circunstancias de fusión *prenatal*, la madre no facilita que una organización yoica y defensiva del infante desde la que pueda vincularse con sus mundos interno y externo a lo largo de su desarrollo, tanto así que el *incipiente self*³⁶ del infante queda

³⁵ Es interesante ubicar las observaciones de Freud en relación a la fase fálica, al complejo de castración y al embarazo, en relación al tema del vínculo que no se aborda en los escritos freudianos. Esta hipótesis invita a reflexionar en los postulados de Freud acerca de la posible resolución de la angustia de castración en la mujer a través del embarazo y del bebé.

³⁶ En términos de A. Damasio (1997), se trataría del *protoself*.

atrapado en el Yo de la madre viviendo, quizá, la agonía de las implicancias de dicha fusión³⁷.

Es difícil imaginar el modo cómo el bebé podría representarse los aspectos prenatales de su existencia así como sus aspectos tempranos. Esto ocurriría en el espacio que Damasio (1997) denomina *internal milieu*, el cual podría estar contenido en el *envoltorio prenarrativo* que postula Stern (1989b) y corresponder con las primeras huellas inscritas en el espacio mental *semiótico* que acompañan al individuo a lo largo de su vida, que colorean su existencia y que asignan un significado a sus experiencias. Se trata, entonces, de un espacio que registra los ritmos y los tonos que, si bien no se adscriben al lenguaje simbólico, se entrecruzan con él en el proceso de la significación.

El *trauma*, diría Stolorow (1992, en Díaz Cordal, 2003), se constituye en dos fases: la primera se relaciona con el rechazo de la madre a la satisfacción de una necesidad primera (básica) y la segunda, con el fracaso del *self object* de ofrecer una respuesta (empática) de sostenimiento a la conmoción emocional. Los adultos que, de manera repetida, rechazan la satisfacción de las necesidades primarias que proporcionan la cohesión del *self* tienden a ser incapaces de entregar respuestas adecuadas a los aspectos emocionales del infante. De esta manera queda abierta la sugerencia que propone que

³⁷ Esta situación se podría explicar a través del concepto de *narcisismo primario* que Freud retoma en la segunda tópica (1916-1917). En términos de J. Laplanche y J. B. Pontalis: «Freud designa con la noción de narcisismo primario, un primer estado de la vida, anterior incluso a la constitución de un yo, y cuyo arquetipo sería la vida intrauterina» (1993, p. 242).

determinado tipo de patologías que tienen que ver con los aspectos más tempranos del vínculo incluyen las características (¿patológicas?) de la madre.

Cuando la madre fracasa en su función de reflejar el *self* del bebé en la relación, se produce una ruptura en la dinámica que impide el desarrollo de la subjetividad del niño y ocasiona su fracaso en la posibilidad de construir un espacio potencial libre marcado por la creatividad y no por el sometimiento. En este sentido, se produce un *trauma como producto de las fallas en las dinámicas dialécticas dentro del espacio potencial* (Díaz Cordal, 2003). Esta definición de *trauma* difiere de la definición freudiana vinculada a una concepción económica de aparato psíquico que no incorpora la dimensión intersubjetiva de la vivencia; sin embargo, tanto Ferenczi (1932, en Masson, 1985) como Winnicott (1965) consideraron que la pérdida de la confiabilidad en el medio y en las intrusiones repetidas, así como la falta de una respuesta adecuada que reconozca los efectos de la conmoción psíquica, serían los factores que constituyen el *trauma*. Es más, Winnicott (1965) afirma que el trauma es una falla relativa a la dependencia.

La noción de *breakdown* podría corresponder al fracaso en el tránsito de la posición esquizoparanoide a la posición depresiva y a la dificultad de atravesar las fronteras de la ecuación simbólica a la simbolización, falla fundamental que dificulta la introyección de un objeto total —madre— capaz de sostener al infante en el discurrir del mundo interno al externo y viceversa. La experiencia de fusión y de no diferenciación es una consecuencia natural del proceso (Segal, 1957). El bebé no consigue identificar su cuerpo como separado del de su madre y crea una *ilusión* (patológica, por cierto) de la

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

Las investigaciones de las neurociencias refieren que estos detenimientos del desarrollo quedarían impresos en el núcleo amigdalino de la memoria inconsciente y, quizá, no se vuelvan a anunciar sino hasta que la pubertad introduzca las formas de un cuerpo en proceso de crecimiento y madurez que se identifica con las formas maternas en un espacio indiferenciado cuerpo – no cuerpo que la joven no identifica como propio. Para Laufer (1997), el cuerpo adolescente recoge las sensaciones preverbales registradas en el vínculo primario de la madre así como las experiencias frustrantes, temidas, negadas, etc. de éste. Éstas pueden llevar a las adolescentes a un segundo estado de *quiebre*, que se identifica con los desórdenes de la alimentación³⁸.

El quiebre se vive como una fragmentación del *self*, a partir de la cual el bebé está proclive a una escisión «psique/soma que turba la continuidad existencial del nuevo individuo» (Winnicott, 1949, p. 333). En

³⁸ Laufer (1997) afirma que el *quiebre en el desarrollo* puede desencadenar desórdenes de la alimentación, depresiones, adicciones, homosexualidad, etc.

un intento de negar la falta básica, el niño se siente responsable del fallo del ambiente y culpable por las amenazas de confusión y desorganización del *self* como representación del *sí mismo*. Por lo tanto, intenta usar las nuevas potencialidades de su creciente capacidad mental y escinde las categorías libidinales – eróticas de las agresivas – tanáticas. Esta *falta básica*, diría Balint (1979), puede conducir al infante a la imposibilidad de diferenciar entre la representación del *sí mismo* y la representación del otro, a partir de lo cual se creará «una representación corporal arcaica donde los contornos del cuerpo, la investidura de las zonas erógenas y la distinción entre el cuerpo materno y el del niño permanezcan confusos» (McDougall, 1995, p. 52).

Frente a lo estresante de la agonía en el vínculo y frente a la sensación de peligro que proviene de una madre que no satisface³⁹, el infante apela a sus recursos más rudimentarios y busca encontrar en su ambiente al padre primitivo, aquél que —en su fantasía— estimula la creencia de pasar por el proceso de diferenciación y de sostener la experiencia de continuidad e integración.

Surge, sin embargo, la pregunta inicial: ¿qué pasa cuando el bebé no encuentra un *padre suficientemente bueno* que encarne en sí mismo un papel libidinal y narcisista complementario al de la madre?, ¿qué ocurre cuando el padre no representa una presencia fálica y sexual significativa para el infante y para su madre? McDougall (1995) sugiere que la falta de representación del pene paterno libidinal y activo deja en la representación del sexo un *vacío*

³⁹ Primera fase del trauma según R. D. Stolorow (1992).

ilimitado. Lo terrible de esta situación, en el escenario de la escisión que explica la problemática intrapsíquica de los desórdenes de la alimentación, es que la fantasía del espacio interno de la madre regresa a su imaginación en la forma de aspectos pavorosos y mortíferos, que no dejan de ser atractivos (McDougall, 1995). El infante queda, por lo tanto, preso a la fusión original y atraído por una madre que le ofrece el vacío y la soledad como escenarios del vínculo.

La escisión *psique-soma*, resultado de las ausencias materna y paterna, suele tomar uno de dos caminos, dependiendo tanto de las fallas tempranas como de los recursos del niño. Por un lado, puede derivar hacia una patología autista en la que el cuerpo y el funcionamiento somático permanecen intactos mientras que la mente se cierra al mundo exterior; por el otro, el funcionamiento mental, desligado de la psique y del soma, se puede transformar en una cosa por derecho propio, en un intento de desconocer la necesidad de una madre *suficientemente* buena y de reemplazarla por el pensamiento y el control, así como también como un intento de desconocer las necesidades corporales y las experiencias sensoriales (por ejemplo, vinculadas al hambre) que no fueron atendidas y que, omnipotentemente, buscan ser negadas como tales.

Winnicott afirma: «Este tipo de funcionamiento mental resulta un estorbo para el psiquesoma o para la continuidad existencial del individuo,

continuidad que constituye su ser» (1949, p. 337). Este tipo *económico* de funcionamiento mental deriva, finalmente, hacia un *falso self*⁴⁰. Winnicott afirmó:

Ciertos tipos de fallo materno, especialmente de comportamiento, producen una sobreactividad en el funcionamiento mental. Aquí, en el crecimiento excesivo de la función mental reactiva ante una maternalización errática, vemos que puede desarrollarse una oposición entre la mente y el psiquesoma, ya que, en reacción a este estado ambiental anormal, el pensamiento del individuo empieza a asumir el control y a organizar el cuidado del psiquesoma, mientras que en condiciones naturales esto es función del medio. En estado de salud, la mente no usurpa la función del medio, sino que posibilita una comprensión, y eventual aprovechamiento de su fallo materno. (Winnicott, 1949, p. 335)

La mente se encarga del cuerpo y descarga a las emociones de su tarea de control. Pareciera como si se estuviera inmune al dolor emocional. Quienes viven el dolor *no nombrable* parecen presentar una *zona muerta* de desesperación que está enmascarada por una dependencia activa a personas investidas narcisísticamente como partes de sí mismos (McDougall, 1995). El *recuerdo* no reconoce en el pensamiento verbal la posibilidad de expresar el dolor psíquico. El dolor, por lo tanto, al no tener abiertos los canales de la

⁴⁰ A la luz de los estudios de D. W. Winnicott (1949) se podría afirmar que la escisión *psiquesoma* es una forma de aislar al cuerpo de los dolores en el polo afectivo y de entrenar a la mente para que se haga cargo del manejo racional de éste.

palabra, el sueño, la ensoñación, la meditación, etc. como formas simbólicas de representación, debe apelar a la resignificación y el síntoma termina por condensar los aspectos silenciados de la experiencia psíquica (Cf. Duelo y melancolía, Freud, 1915). Las enfermedades psicósomáticas son una muestra evidente de esta solución de compromiso y la alexitimia, tan evidente en los pacientes con desórdenes de la alimentación, pone en evidencia la ausencia de un pensamiento simbólico, la limitada capacidad para fantasear y revela la dificultad de los afectos para discriminar y nombrar⁴¹.

El fallo temprano en la relación que se establece durante el proceso de alimentación deja abierta una herida profunda de una experiencia básica que no tiene siquiera la posibilidad de ser representada y nombrada. Esta experiencia queda atrapada en los aspectos no nombrables del *self*, impresa en el registro semiótico del cuerpo como una *zona muerta* y vaciada de significaciones afectivas. Se trata de una experiencia que, en un intento de ser simbolizada, accede a la palabra pero a una palabra deshabitada de afectos. El cuerpo, por lo tanto, tomará la posta de la resignificación posterior del dolor (Cf. Freud, 1915a).

La experiencia del hambre y su satisfacción es, tal vez, el primer patrón rítmico que registra los indicios de una experiencia afectiva intersubjetiva. La

⁴¹ La alexitimia refleja la «Dificultad para expresar sus propios sentimientos con palabras: el término 'alexitimia'. Por ser personas que tienen muy poco contacto con su realidad psíquica, se encuentran limitadas para diferenciar estados emocionales, así como también para localizar sensaciones y experiencias corporales, por lo que expresan sus demandas en términos físicos, manifestándose incapacitadas para verbalizar». (Sivak y Wiater, 1997, pp. 27–28). El discurso *anoréxico* —si cabe la expresión— ha cedido su lugar al *cuerpo anoréxico*, un cuerpo que, siguiendo los dictámenes de los patrones socioculturales de la modernidad, ha tomado la *delgadez (extrema)* como un *modo de ser*.

satisfacción consagra la ilusión, la integración, de los aspectos positivos y negativos del objeto que se consolidan a modo de un objeto total capaz de sostener la ambivalencia y los temidos sentimientos de culpa y pérdida del objeto desde la confianza de la posibilidad de reparación y de recreación y, finalmente, la coherencia. La insatisfacción, por su parte, promueve la presencia de las fantasías de desintegración y persecución y registra una *falla* que queda impresa como traumática y evoca lo no nombrable: el vacío, la soledad, la nada y que, por supuesto, intentará crear defensas primitivas.

Ante la falta de satisfacción del hambre, el bebé percibe la ausencia materna, o la ausencia del pecho, no sólo como una ausencia, sino como la presencia internalizada de un *pecho malo* que frustra y que se vive en la forma de una explosión de ansiedades que no se pueden simbolizar. Ante una realización negativa, el bebé no encuentra la satisfacción y el dolor y la frustración son sentidas —desde la lógica de la ecuación simbólica— como la presencia (interna) de un pecho malo⁴². Ante el cúmulo de ansiedades paranoides por la introyección del *pecho malo*, la madre no se constituye como un continente de las fantasías proyectivas de su bebé ni como un objeto pensante (Bion, 1961).

La experiencia de la alimentación puede quedar amenazada por aquellas situaciones que ponen en riesgo el vínculo dejando como resultado un *quiebre (breakdown)*⁴³ de cualidades traumáticas. Las sensaciones *no*

⁴² Si se tratara de «ausencia», se posibilitaría el proceso de *pensar*. Es justamente la incorporación del objeto malo lo que anula los «espacios libres» que favorecen la capacidad de pensar. Número 8 sobre el texto que parece 2

⁴³ D. W. Winnicott (1965) utiliza el término *breakdown* en el sentido de *trauma*. En 1949 señaló que cierto tipo de fallo materno producen en el infante un sobre funcionamiento

sostenidas de hambre, los sentimientos de vacío, desesperación, angustia, desvalimiento, entre otros, producen en el niño una sensación de *agonía* que impide la organización de una estructura defensiva (suficiente) contra la falla ambiental, por el temor y la angustia que ésta genera que se almacena en un registro semiótico. Una consecuencia natural es la formación de una organización defensiva que se presenta bajo la forma de un síndrome desplazado que facilita la racionalización del quiebre⁴⁴. Al tomar la mente la posesión del cuerpo, éste queda imposibilitado de ser simbolizado. Mantiene a lo largo de la vida la situación de *fusión* con el objeto original —madre— del que no se pudo separar. El fracaso de la des-somatización dificulta las posibilidades de establecer los procesos de simbolización y mentalización por la prevalencia de la ecuación simbólica. La falta de diferenciación queda atrapada en lo fragmentado de la posición esquizoparanoide y en la forma de una equivalencia psíquica que se revela a través de la alexitimia y toma la forma del *pensamiento operatorio*.

mental que es una reacción contra una maternalización errática. McDougall (1965) sostiene que esta *zona muerta* (equivalente al trauma) se presenta enmascarada por una dependencia activa de personas investidas narcisísticamente como partes de sí mismo; ¿no se referirá a lo que Freud denominó una «elección de objeto narcisista»?

⁴⁴ El individuo transita de la dependencia a la independencia relativa y, luego, hacia la individuación total. En salud, el desarrollo logra que los mecanismos internos de adaptación puedan resolver las influencias del ambiente, de tal manera que el desarrollo de la complejidad de los mecanismos mentales atienda a la estimulación del medio. En un ambiente facilitador, el individuo pasa por un desarrollo que puede ser clasificado como integrador de la existencia interna psicosomática y de la relación con el objeto.

3.2. El proceso de la alimentación: su implicancia en el contexto de los desórdenes alimenticios

Desde el comienzo de la vida, los impulsos se manifiestan regularmente en ritmos innatos básicos de estados motivacionales psicosomáticos. El hambre, los ciclos de actividad y las transiciones (dormir – despertar) se repiten varias veces al día. Pocas experiencias son tan intensas y fusionadas en el transcurso del desarrollo como la de la alimentación. El infante la reconoce como una experiencia rítmica y compartida, de carácter intersubjetivo, que se organiza como una *invariante* (Stern, 1989b).

Dentro de la familia, existen patrones innatos, culturales e individuales que regulan los ritmos cotidianos: la lactancia, la mirada, los rituales del sueño, la negociación del inicio y del final de los contactos interactivos, son algunos de ellos. Los bebés, a través del llanto, de sus gestos corporales y de sus reacciones somato-psíquicas al estrés, ofrece comunicaciones no verbales que sólo la madre es capaz de decodificar. Ella funciona, en este sentido, como el sistema del pensamiento del bebe.

El niño inicia la búsqueda “del alimento” a partir del momento en que el un estado de tensión endógena —propio de la fuente de excitación—provoca displacer. Inicialmente, el proceso pulsional corresponde a una *necesidad pura* (Freud diría que se trata del *instinto* 1905, 1910-1911) que se satisface sin mediación psíquica en un registro totalmente orgánico. El *objeto* que se le propone al infante, para calmar la tensión, «aparece» sin que él lo busque y el encuentro entre la necesidad y el objeto genera un estado de placer inmediato

que reduce la tensión. De la repetición de dicho encuentro, se inscriben un conjunto de huellas mnémicas que se repiten y crean, por un lado, satisfacción y, por el lado, un “conocimiento” que prepara al infante para la elección de un objeto anaclítico (acto que naturalmente supera el autoerotismo); la satisfacción se asocia a la imagen del objeto que le brindó satisfacción (Dor, 1987).

Cuando el niño confunde la imagen mnémica con la excitación pulsional genera una suerte de identidad con la percepción real; este reconocimiento se inscribe en el marco de la satisfacción alucinatoria de deseos y no trasciende las fronteras de la *necesidad*; sin embargo, cuando ésta se transforma o se convierte en una necesidad ligada a una *representación mnémica* de satisfacción será automáticamente identificada por el infante como una *invariante*. A partir de esta primera experiencia, la manifestación pulsional transita de lo autoerótico a lo objetal.

En la experiencia de la alimentación, el niño distingue la realidad de la representación. Dor (1987) define como *representación* la huella mnémica asociada a una acción específica; se podría agregar, que sintetiza en un todo el pecho, la leche, la presencia, el calor, el *holding*, la satisfacción, etcétera.. A partir de esta importante distinción, el bebe, descubre la recurrencia de la experiencia repetida asociada a acciones psíquicas (Stern, 1989^a y b), plantearía que se trata de invariantes) y orienta su búsqueda hacia *el objeto real* de satisfacción. Este proceso permite la transformación de la *necesidad pura* en una *necesidad ligada* a la representación mnémica satisfactoria.

La imagen mnémica se catectiza por la fuerza pulsional a partir de la primera asociación que se produjo en el psiquismo. Se trata de un proceso

dinámico que facilita la formación de prototipos y de representaciones de experiencias subjetivas así como el despliegue temporal de las mismas. Estas invariantes garantizan la coherencia del *self*. (Stern (1989b)

En este sentido, la imagen mnémica se constituye en una representación anticipada de la satisfacción en el marco del dinamismo del proceso pulsional y la *necesidad* (propia del instinto) se transforma en *deseo* (Dor, 1987) cuya esencia, lejos de buscarse en la pulsión, se encuentra en el dinamismo de la primera experiencia de satisfacción que incluye al *objeto en función*. En este sentido, «no existe una verdadera satisfacción del deseo en la realidad» (Dor, p. 161) ya que el deseo no tiene objeto en la realidad: su verdadera dimensión está en la realidad psíquica.

¿Que ocurre en aquellos sujetos en los que la necesidad no se inserta en una cadena de repeticiones y representaciones. ¿Se podría, entonces, asociar al *deseo*? O, ¿se puede, mas bien, sugerir que el deseo establece una suerte de ecuación, signada por la falta de representación, en la que éste es igual o equivalente a la falta?.

El hambre y la sed que son , según Freud, los únicos instintos incapaces de ser representados ni siquiera por la angustia, se reconocen, paradójicamente, en la falta. De acuerdo a esta ecuación, la definición de anorexia como «deseo de la nada» parece adecuada (Heckier y Miller, 1994).

Es interesante establecer una relación entre hambre y saciedad, par que debiera estar naturalmente asociado pero que, en los desórdenes de la alimentación, se encuentra naturalmente dissociado. El goce (¿masoquista?) ante la sensación permanente de hambre en las anoréxicas pone en evidencia

que la saciedad no tiene una representación ni en el cuerpo ni en la mente. La ausencia de saciedad en las bulímicas sugiere un hambre permanente: ¿hambre de qué?. En «Duelo y melancolía» (1915a), Freud afirmó que el melancólico sabe que ha perdido pero ignora *lo que ha perdido*. ¿Qué se perdió?. Pareciera que la pérdida no ha podido ser decodificada por emerger en el espacio dejado por la *falta*.

La saciedad es el gran ausente de los criterios diagnósticos de los desórdenes de la alimentación y, paradójicamente, es el concepto que más evidencia la falta, la carencia, el vacío, lo insaciable y la falta de representación.

El hambre y la saciedad son mecanismos que integran los aspectos cognitivos y perceptivos de la fisiología humana; sin embargo, al ser los primeros índices de las relaciones tempranas del infante, se constituyen en patrones de relación que le imprimen al desarrollo un *ritmo* (Stern, 1989a) determinado sobre el cual se construirán algunos procesos psicológicos concomitantes que serán fundamentales para el desarrollo emocional del niño.

La selección de comida supone un conjunto de respuestas condicionadas e incondicionadas. La identificación conceptual de las características de la comida y el mecanismo para organizar los aspectos bioquímicos de los alimentos, con su apariencia y su sabor, son necesarios para armonizar la información fisiológica (desde el cuerpo) con el contenido nutricional. Estudios realizados con jóvenes anoréxicas demuestran que estas pacientes no manifiestan indicios de saciedad sino que, más bien, presentan un

«rebote» de hambre justo después de haber comido; mientras que las bulímicas parecen estar siempre con hambre (Zusman, 2000).

La permanente insatisfacción del hambre tiene un correlato emocional significativo asociado a la transformación de la necesidad por deseo en el seno de un vínculo intersubjetivo estable, en el que la necesidad encuentra en la huella mnémica un patrón o una invariante de la representación anticipada de la satisfacción. Dificultades en las satisfacciones primeras de la demanda de alimentación, del cuidado, de la decodificación de las pulsiones, del *holding*, dejarán en el niño la huella de la inquietud, de la insatisfacción, de la carencia y de la falla que, atendiendo a otros factores asociados, podrían constituirse en precursores de los desórdenes de la alimentación.

3.3. El síntoma alimenticio ¿una elección?

¿Qué determina que se presente un desorden alimentario? Esta es una pregunta difícil de responder. La sociedad contemporánea ha intentado hacerlo a través de un producto híbrido que circula entre las creencias del público corriente y los datos provenientes de la ciencia. Se piensa que la anorexia nervosa se debe a la moda; se implica una causalidad directa entre la ultradelgadez y la moda. Esta creencia, instalada en los medios de comunicación y se presenta como un peligro inminente que enfrenta la sociedad actual. Los *mass media* repiten una información abrumadora en su monotonía basada en signos tipificados y cuadros estadísticos alarmantes.

Cuando la información se centra en lo que «se ve» se presenta el problema de figura – fondo: la figura tiende a ocultar el fondo del problema. El primer problema para responder a qué es un desorden alimentario revela la firmeza con la que se ha establecido la relación causal entre la información estética de los medios de divulgación y la patología inscrita en el fondo. Lo interesante de esta «causalidad» es que la delgadez extrema de una anorexia (para mencionar el desorden más evidente) no coincide ni responde a un ideal estético. Su efecto, por lo tanto, no coincide con la supuesta causa (Fendrick, 2003).

La cuestión de la causalidad se aclara cuando se procede a distinguir las causas de actualización del síntoma y su origen. La literatura clínica contemporánea define los desórdenes de la alimentación de diversas maneras. Antes que especificarlo como un síntoma psiconeurótico, melancólico o psicótico, exclusivamente, es imprescindible apelar a una lectura que incluya los aspectos somáticos del *self*. Lo imponente del cuerpo emaciado relega la presencia potencial de un daño físico. El hecho de que los desórdenes de la alimentación se sitúen como una bisagra de los aspectos psíquicos y somáticos, determina que los síntomas resuman una compleja carga de significados que se articulan en el significante de la delgadez.

En este sentido, a pesar de que no hay un acuerdo respecto de la comprensión psicósomática de los desórdenes, se propone la integración de los aspectos intrapsíquicos, intersubjetivos y somáticos del *self*. Estas hipótesis tienen mayor consistencia interna que aquellas que provienen de la influencia exagerada de los modelos femeninos sociales contemporáneos.

El síntoma alimenticio se comprende en el contexto biográfico en el que se desarrolla: éste recoge, a lo largo de la historia del enfermo, aspectos diversos que le otorgan especificidad y originalidad. No hay dos pacientes iguales; no hay tampoco dos cuerpos anoréxicos que han llegado a la inanición por caminos similares.

Los desórdenes de la alimentación no se presentan como un síntoma único y unificado; por el contrario, cada caso manifiesta una relación singular con el cuerpo. Así, en el cuerpo emaciado de una anoréxica el síntoma *habla por sí mismo*; el cuerpo delata una matriz de significaciones que se hacen ineludibles a la mirada del otro. La bulimia, sin embargo, tiene la *virtud* de discurrir por un comportamiento privado y silencioso, a menos que se presente en la forma mixta, intercalando episodios restrictivos con episodios bulímicos.

El cuerpo es un enclave que recoge simultáneamente los aspectos pulsionales, afectivos y del desarrollo; recibe, por lo tanto, todas las señales que requieren no sólo una respuesta somática sino también aquellas que requieren de una integración psicosomática. A lo largo del desarrollo, el diálogo entre los aspectos mente-cuerpo provee al niño de una mayor o menor solidez estructural del Yo. En este sentido, Mc Dougall se pregunta:

- ¿Cómo consigue un niño pequeño adquirir una representación de su propio cuerpo y tomar conciencia de que ese cuerpo es sólo suyo?
- ¿Qué ocurre cuando esta apropiación psíquica no se efectúa verdaderamente?
- ¿Cómo se convierte la identidad sexual en una representación psíquica segura?

- ¿Cómo consigue comprender el niño que su mente es la cueva del tesoro de la que es único propietario, disfrutando con pleno derecho de los pensamientos, los sentimientos y los secretos íntimos que contiene? (1995, p. 48)

Estas preguntas sugieren que la adquisición de una representación corporal ocurre en un proceso que se inicia con el nacimiento y que se desarrolla en el seno de la relación del infante con su entorno, en especial, con la madre. El adulto tiene un rol importante en la construcción que el niño hace de su mente y de su cuerpo y, en el desarrollo, de las representaciones de los mismos. El proceso arranca con una adecuada interacción de cuidados tempranos en la que existe una relación transaccional entre la experiencia del niño sobre sí mismo y la que tiene de su objeto (metarepresentación). Los padres favorecen que el niño se atreva a enfrentar, a pensar en sus sentimientos, en sus pensamientos y en su cuerpo como representaciones y no cómo replicas de la realidad exterior. Es fundamental, pues, que la madre aliente los proceso de separación e individuación; que reconozca al infante como un ser separado y diferente de sí misma y que aliente su desarrollo. De otra manera, la fusión con el cuerpo de la misma termina siendo también una fusión con sus pensamientos y sentimientos. Es imprescindible, por lo tanto, que la madre adscriba al niño (a través de su Yo) un estado mental que, gradualmente internalizado, siente las bases de su Yoidad mental así como que lo aliente a construir un mundo de subjetividad el cual sus sentimientos y pensamientos puedan ser reales y, a la vez, corresponder a la realidad exterior.

En relación a la alimentación, la experiencia con el alimento transita simultáneamente por el canal materno. La *necesidad pura* del alimento se transforma en deseo, ahí donde la imagen mnémica se constituye como una representación anticipada de la satisfacción en el marco del dinamismo pulsional. La necesidad no se transforma en deseo si ésta no ha sido recibida, contenida y transformada en un vínculo afectivo.

En la práctica clínica es evidente que los trastornos de la alimentación ponen en evidencia la negación del sufrimiento mental (Cf. Freud, 1915a) y la capacidad para expulsar del discurso las experiencias afectivas como si, de alguna manera, éstas estuvieran descargadas también en la psique. El hecho de no comer o de vomitar reiteradamente sugiere experiencias que no se hacen accesibles a la palabra: que se descargan sobre la acción y que se llevan sobre el cuerpo. Están totalmente escindidas de alguna experiencia y/o de algún tipo de comprensión afectiva a pesar de que, muchas veces, quienes las padecen se quejan de un sentimiento de vacío (como si fuese una queja melancólica), una suerte de falta de contacto con los demás y consigo mismos.

El aspecto físico del paciente que experimenta un síntoma alimentario se constituye en sí mismo como un mensaje que, siguiendo el orden de lo presimbólico, se estructura, paradójicamente, como un mensaje para el otro. En el caso de los desórdenes de la alimentación el cuerpo, por un lado, delata el síntoma y, por el otro, encubre y vacía de significado afectivo a la palabra (McDougall, 1995).

En lo que se refiere a estos pacientes, la falta de tono afectivo revela el empleo de un vocabulario alexitímico (McDougall, 1995; Sivak y Wiater, 1997).

Este discurso parece responder a un tipo de pensamiento cosificado, frío, distante y que duplica la acción, al que Marty (1995) definió como pensamiento operatorio. Aunque coherente, a partir de una sintaxis y de una semántica adecuada, sus palabras están vaciadas de afectividad. El circuito de la comunicación deviene en circular: las palabras opacas favorecen el brillo de un cuerpo que se constituye como una significación total que, a su vez, opaca al discurso verbal. Los trastornos son expuestos como hechos aislados; los problemas del presente ocupan el campo de la conciencia y suelen excluir las representaciones afectivas relacionadas con los recuerdos.

Paradójicamente, el contexto psicológico favorece la inferencia de estructuras psíquicas a partir de estructuras comunicativas. Sivak y Wiater afirman:

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

En los casos de pacientes con desórdenes de la alimentación se observa que el síntoma, instalado en un cuerpo que parece haber regresionado en la adolescencia, se establece como una defensa contra vivencias mortíferas en las que «se esfuma una indistinción entre uno mismo y el otro [y] no existe más que un cuerpo para dos» (McDougall, 1995, p. 33). En el seno de esta fusión, de esta falta de distinción, de esta mimetización rabiosa con el otro, el

síntoma se comprende como un *intento de autocuración*; se presenta como una construcción que refleja el trabajo psíquico de un niño pequeño sometido a un sufrimiento mental en el universo pre-simbólico y pre-verbal de su experiencia que no puede controlar. Zilboorg, afirmó: «La ausencia del aspecto ideacional del afecto se debe a una regresión a un estado primitivo de indiferenciación psique-soma, además de las defensas de negación y represión» (en Sivak, R. y Wiater, 1997, p. 26).

Segal (1957) advierte este riesgo cuando sostiene que en la ecuación simbólica, propia de la posición esquizoparanoide, el niño intenta articular una equivalencia entre el símbolo sustituto y el objeto original, sin pasar por la necesidad de vivir el drama de la separación Yo – No Yo y de la posterior reparación. El fracaso de la separación como un paso necesario e imprescindible para relacionarse es lo que, en la visión de McDougall (1995), sería la consecuencia de sentir un *cuerpo para dos*.

El síntoma puede ser concebido como un significante que articula en sí múltiples significados. La negación de la comida —elemento que mantiene el cuerpo vivo— y la exclusión de ésta del entorno de la vida cotidiana tiene un sentido especial. La comida es como *el pegamento* que, a la vez que une al sujeto que desea y al objeto que provee, permite y facilita la diferencia entre el objeto y el sujeto, es decir, entre el Yo y el No Yo.

El síntoma alimenticio se constituye en una re-significación del *quiebre original* y pretende, desde el significante de un cuerpo emaciado (anorexia) o de un cuerpo que está en una permanente relación dialéctica de introyección – proyección (con predominio de la segunda en la bulimia),

negar la ausencia del espacio intersubjetivo potencial, negar el espacio de la diferenciación, defenderse de las fantasías de incorporación y de persecución, y negar el lugar del deseo por esa madre nutriente. Al negar la comida, se niega a la madre que, durante el desarrollo, tuvo una tendencia a frustrar y que generó, a través de distintas actitudes, una sensación de temor y una vivencia agónica de desintegración.

Las dificultades en la resolución de la ecuación «madre = comida» podrían tener en el síntoma alimentario el reflejo traumático de la agonía inconsciente que resume el conjunto de ansiedades primarias que no pueden ser contenidas en el cuerpo y que se proyectan; así como lo más primario del sentir original de las pulsiones, los ritmos, los vacíos, las ausencias que se constituyen como el aspecto semiótico de la experiencia. Si el bebé vive la ecuación «madre = comida» como una experiencia traumática, dolorosa, inconstante, falta de empatía, interrumpida y, quizá, enigmática (nunca se sabe si aparecerá o no el alimento) su relación con la comida puede derivar en perturbada.

El *quiebre adolescente* (Laufer, 1997) da cuenta de la resignificación de la falla temprana y del *trauma* original. La incapacidad de separarse del cuerpo de la madre encuentra en la pubertad un escollo difícil de superar. La aparición de un cuerpo púber, dotado de tamaño y de formas adultas, remite a una «falta de espacio para dos»... *cuerpos y mentes*.

La adolescencia se presenta, por lo tanto, como un espacio de resignificación y de reedición del conflicto original. La anoréxica, a través de su cuerpo emaciado, renuncia a la realidad de dos corporalidades separadas

y diferenciadas y se niega a ocupar un espacio simétrico y complementario al de su madre: dos mujeres, dos cuerpos y una identificación maternal saludable. La bulímica, en cambio, ofrece su cuerpo como un *espacio mental* que alberga a la madre persecutoria y voraz para luego, a través de las purgas intencionales, expulsarla (secretamente) de su intimidad, desconocerla en su maternidad y negarla en la posibilidad de encontrar en ella un objeto de identificación⁴⁵.

El aumento de la presencia de los desórdenes de la alimentación en los últimos años puede ser comprendido como un desarrollo natural de cierto estereotipo social validado por la cultura occidental; sin embargo, el dolor psíquico y el vacío emocional de quienes presentan estos problemas determina la necesidad de una revisión exhaustiva de otros aspectos evidentemente más primarios y, en su mayoría, intrapsíquicos. Se hace necesario revisar los aspectos tempranos del vínculo, de la comunicación y de las experiencias intersubjetivas de la infancia. Una comunicación que naturalmente debiera ser fluida puede interrumpirse, tanto por la disposición interna de la relación como por la relevancia de determinados eventos externos impredecibles (sismos, catástrofes, muertes, etc.). Sostener el vínculo es una tarea que depende tanto de la capacidad de los padres para lidiar con los eventos externos e internos como de las fortalezas, debilidades y mecanismos de defensa a los que han tenido que acceder estos niños para encapsular el núcleo sufriente traumático.

⁴⁵ Benjamín sugiere que, actualmente, «cuando se hace la articulación entre la anorexia y la oralidad, en la mayoría de los escritos y en las líneas modernas de argumentación, las versiones no sólo han sido totalmente desexualizadas, sino también aisladas del `discurso oral', o sea de las palabras textuales de los sujetos anoréxicos» (en Fendrik, 2003, p. 4).

Responder a la pregunta de cuál es la verdadera explicación de los desórdenes de la alimentación resulta difícil. La práctica clínica muestra que, en su mayoría, son cuadros múltiples y variados, comprometidos con diferentes aspectos del *self* y de la relación familiar. Es difícil sostener si éstos son o no enfermedades psicosomáticas. Tomar una definición sería adscribirse a una única posición teórica y esto implicaría, quizá, un sesgo significativo. Sin embargo, la recurrencia de los aspectos preverbales y presimbólicos de los síntomas, así como las dificultades para acceder al orden de lo simbólico o, en palabras de M. Klein, para transitar de la posición esquizoparanoide a la posición depresiva en la que se acepta la existencia de un cuerpo separado y diferente, del *otro* (Yo – No Yo) revela que el núcleo es temprano.

Capítulo 4

Discusión

El estudio de los desórdenes alimenticios exige una revisión histórica del desarrollo de los mismos. La complejidad de una enfermedad con síntomas físicos evidentes pero sin causas orgánicas específicas ha determinado la búsqueda de criterios válidos para su comprensión. A partir del siglo XVII, diversas teorías han pugnado por lograr una explicación hegemónica de los mismos, a pesar de que las primeras noticias de la enfermedad se encuentran desde el siglo XIV. La múltiple causalidad de este complejo sintomático así como la posibilidad de lecturas complementarias provenientes de marcos conceptuales distintos determinan la necesidad de un estudio interdisciplinario .

El siglo XIX termina con un marcado aumento de casos de histeria (femenina) como patologías disociativas ancladas en el cuerpo, que llevan el sello de la represión. Del mismo modo, el siglo XX, termina con una suerte de epidemia de trastornos alimenticios, también de predominio femenino, anclados en el cuerpo. La anorexia nervosa y la bulimia se han constituido en las enfermedades paradigmáticas de las mujeres jóvenes de finales del siglo XX.

Así como la histeria, síntoma de un tiempo que expresaba la crisis de la identidad femenina comprendida en un contexto cultural represivo, los desórdenes de la alimentación se han convertido en la expresión crítica de los dilemas de la identidad femenina en un período de tránsito de lo que significa ser mujer (Zusman, 2000). Éstos se desarrollan alrededor de temas nucleares de la identidad femenina moderna: la forma y el peso corporal, sobre los cuales

la mujer focaliza sus logros a través de la delgadez, en un intento de resolver los complejos problemas de su devenir psicológico. Se trate de un desorden de cualidades patológicas, con un fondo psicossomático o psiconeurótico, el fundamento es el mismo: la preocupación excesiva por la comida. El peso y las formas corporales se constituyen en sustitutos defensivos para lidiar con los conflictos asociados a las dificultades de la definición de una identidad.

La estructura superficial de la palabra «anorexia»: sin hambre, sin apetito no atiende a su etimología: *falta de goce*, y a su particular relación con la sexualidad. Desde la lectura circular del síntoma se descubre que «no comer» (lo que *no* significa 'falta de apetito') puede encubrir la pérdida indeterminada de libido, la pérdida de un objeto erótico original y/o complejos conflictos pre genitales asociados al vínculo en el marco del desarrollo.

Desde las interpretaciones de raigambre psicoanalítica hasta las teorías conductuales (por intentar contraponer dos polos teóricos), pasando por las propuestas del feminismo, se ha intentado explicar y ofrecer soluciones para este problema. Un gran número de investigaciones han propuesto claves para la comprensión y técnicas de tratamiento tan diversas y ajenas de cualquier posibilidad de lectura interdisciplinaria que, inicialmente, resultaron excluyentes. La necesidad de generalizar cifras estadísticas que confirmen la prevalencia y la epidemiología de los síntomas así como la diversidad de hipótesis causales (ineficaces) han confluído con la notoria superficialidad con la que se abordó el tema.

La comprensión de los desórdenes alimenticios exige la lectura del desarrollo de las ideas del mundo occidental. Mientras que en Inglaterra Gull

(1874) definía la anorexia como una pérdida de apetito de origen nervioso y, en Francia, Lasègue (1873) publicaba *De L'anorèxie hystérique*, a propósito de un complejo sintomático muy frecuente que permitía penetrar en la intimidad de las disposiciones histéricas, Freud (1895^a) describió la anorexia nervosa de niñas jóvenes como una perturbación asociada a la melancolía, asentada en un cuerpo anestesiado, en situaciones de sexualidad no desarrollada.

El tema de los desórdenes de la alimentación no ha sido exhaustivamente estudiado en la obra de Freud. Surge, entonces, la pregunta si acaso Freud conocía este complejo sintomático a partir de las publicaciones de Gull (1874) y Lasègue (1873) y si su comprensión del cuadro era desde la perspectiva de un complejo sintomático o desde la perspectiva de un síndrome. No es de extrañar que en una época de búsqueda de coherencia teórica, los textos analíticos y preanalíticos, (las cartas de Freud a Fliess (1887–1904) y *Estudios sobre la histeria*, 1895) coexistan y aporten hipótesis disímiles, aunque complementarias, respecto del mismo problema.

En los momentos en los que los textos preanalíticos coincidían en el tiempo (1895b) con los primeros textos analíticos (1895^a), se establecía una brecha entre las neurosis actuales, cuya comprensión etiológica era básicamente naturalista, y las psiconeurosis, cuya sintomatología era producto de procesos simbólicos. En las primeras, la acumulación de excitación se mantenía estancada en la esfera física y se transformaba en angustia y en la histeria, la excitación tomaba la vía hacia la formación de síntomas. En este sentido, la anorexia nervosa, definida como una forma de melancolía por la pérdida de libido –en el caso de una sexualidad no desarrollada– que tenía su

siento en un cuerpo anestesiado, correspondía a las neurosis actuales. Se trataba de perturbaciones que, al no poder ser representadas y transformadas en síntomas, se quedaban estancadas en una corporeidad anestesiada, que mantenía algún lazo con el asco. A diferencia de los síntomas conversivos, las neurosis de la alimentación, en la forma de anorexia, no accedían a la cualidad de síntomas conversivos. En la incapacidad para la transformación simbólica se presenta una enérgica resistencia que induce a la repetición.

La histeria fue la enfermedad emblemática del siglo XIX. El síntoma histérico se definió como un desplazamiento, incómodo, de las pulsiones sexuales reprimidas. La sexualidad, asociada al asco y a la repugnancia, a molestias digestivas y a la repugnancia de los alimentos (caso Emmy) fue la vía de acceso que tomó Freud para plantear, también en 1895^a, que los vómitos repetidos eran *síntomas* de la histeria. Los eventos sexuales infantiles, de origen *traumático*, reprimidos y disociados ante la inminencia de la sexualidad, y desplazados hacia la forma de síntomas conversivos, se definieron como signos jeroglíficos portadores de un mensaje que se inscribía en el cuerpo. En su función conversiva (pregenital), los síntomas histéricos sustituyen y simbolizan los contenidos pregenitales sensoriales de naturaleza sexual (traumáticos) que, ante la imposibilidad de descargar la pulsión somática, se quedan fijados en el aparato psíquico. La disociación entre los afectos y la idea permite que la representación intolerable se torne inofensiva por la transformación de la magnitud del estímulo en excitaciones somáticas e ideativas.

En algunos casos, la disposición perversa no encuentra un camino hacia la conversión, en cuanto inervación somática. La disociación favorece que la representación debilitada quede apartada y que el afecto se adhiera a otras representaciones no intolerables con las que se puede establecer falsos enlaces. Los síntomas, por lo tanto, se desplazan hacia lugares ajenos del cuerpo y se instalan en el plano de las ideas, dando lugar a las obsesiones, y/o en el plano de los objetos, dando lugar a las fobias. Así, eventos dolorosos y traumáticos de la experiencia adquieren distintos significados a la luz de nuevos enlaces interpretativos especialmente, durante la pubertad. En este sentido, los eventos traumáticos de las experiencias infantiles, aquellas que incluso *no son nombrables* por la magnitud del dolor psíquico, se resignifican en la pubertad en la forma de desórdenes alimenticios.

Los síntomas alimenticios recogen las experiencias tempranas relativas a las primeras vivencias infantiles. La “fobia” por la comida (Crisp, 1974) revela los intentos por regresar a un cuerpo pre puberal extinto de toda sexualidad. Las vicisitudes obsesivas de la anorexia revelan el poder de la ideación como una ganancia secundaria de la disociación; así mismo, los repetidos vómitos bulímicos ponen de manifiesto una suerte de compulsión a la repetición que descubre la ambivalencia por los objetos amados y odiados así como la ambivalencia respecto a la posibilidad de asimilar las experiencias saludables o perturbadoras que se presentan a lo largo del desarrollo.

La huella inscrita en el síntoma delata que el cuerpo emaciado de la anoréxica *habla por sí mismo*. Es mas, el síntoma histérico que tiende a ser desproporcionado respecto de la fuente, tiene en la anorexia y en la bulimia,

una confirmación. Mientras la histeria despliega una condición sintomática que logra encubrir los deseos sexuales reprimidos, a la presentación de la melancolía (1895b) no se le adscriben síntomas psíquicos. Esta división plantea una cierta tensión entre la teoría psicoanalítica y la ciencia médica, es decir, entre el método psicoanalítico y la práctica clínica, la cual, se pone de manifiesto a través del ejemplo de la *anorexia*.

Así como en el Manuscrito G (1895b) Freud se reseñó a la anorexia nervosa, en *Estudios sobre la histeria* (1895^a), se refirió a los vómitos repetidos como *síntomas* de la histeria. Se podría sugerir que la anorexia nervosa tenía, en el contexto de las neurosis actuales, la cualidad de síndrome y que los vómitos, inscritos en el contexto de la histeria, eran sólo síntomas de un cuadro conversivo mayor.

En 1905, en *Tres ensayos para una teoría sexual*, se discuten los conceptos de instinto y pulsión. El hambre, cuyo sustrato es biológico, es un instinto que se expresa como una tensión endógena que puede crecer de forma continua o discontinua y que *necesita* ser saciado. La succión por hambre se diferencia de la función autoerótica de la misma. Como experiencia rítmica se asocia tanto a la presentación del alimento, lo que da lugar a una *acción específica*, como a la presencia de la satisfacción repetida del alimento y del otro *proveedor* que, en conjunto, forman una matriz psíquica que intentará proveer de satisfacción concreta e inmediata, indispensable para la supervivencia. Así, *estar en el pecho* es, a la vez, una experiencia nutritiva y sexual.

La experiencia alimenticia se constituye como un paradigma de la salud mental. la organización de la matriz “madre-alimento” garantiza que ante la demanda propia de la tensión endógena, la madre acudirá en las funciones nutricias y afectivas. Esta concurrencia da lugar a la formación de acciones específicas, que se establecen como huellas mnémicas en el incipiente psiquismo infantil y que, como tal, garantizan el éxito del proceso. Ocurre, sin embargo, que –por diversas razones asociadas a la madre o al proceso en sí mismo- la alimentación no discurre como una experiencia placentera sino que, por el contrario, ante la falta de satisfacción, no se constituyen las huellas mnémicas propias de las acciones específicas y la falta de coherencia mental, se establece como una invariante. El infante se queda en posición de *demanda*; su espacio psíquico es susceptible de vulnerabilidad.

Pareciera como si «morirse de hambre», falso símil de la anorexia, es la forma más sencilla de quedarse prendido al pecho materno al margen de todo erotismo, más allá o más acá del principio del placer. Es como si el síntoma alimentario implicase una abolición de la pulsión sexual. En el caso de las neurosis, el Yo se siente amenazado por la fuerza de las pulsiones y se defiende de ellas a través de su represión la cual, al no lograr plenamente su objetivo, promueve sus productos sustitutos, es decir, los síntomas. ¿Qué ocurre cuando los instintos de conservación se sienten amenazados por la tiranía de las pulsiones?. *Estar en el pecho* es, a la vez, una experiencia nutritiva y sexual. Si la tensión se mantiene produciendo displacer y no parece existir nada semejante a la represión para calmarla, la vivencia corporal de vacío resulta perturbadora.

En 1910, Freud afirmó que el hambre y la sed, los dos instintos de conservación más elementales, no logran jamás su transformación, ni siquiera en angustia; se trata de instintos que no acceden a la representación. Como cualquier otro instinto, el hambre crece con la prohibición y, al no conseguir enlazarse con los aspectos psíquicos y simbólicos, buscará mudarse a formas revestidas de satisfacción ilusoria, muchas veces autoeróticas. Al no haber representación no es posible la represión. Freud sugirió que si la tensión endógena no se satisface y, por lo tanto, no se asocia a ninguna acción específica, *no se registra como hambre*; la tensión se instala en el cuerpo y a su rescate no llega ninguna defensa, ni la angustia. Es en la representación de la satisfacción donde el infante diferenciará a la madre del alimento y discriminará entre la nutrición y el autoerotismo.

¿Qué significa en este contexto la no satisfacción del hambre? Ciñéndose a la teoría pulsional de la época, de la cual se podría derivar la diferencia entre hambre y apetito, se puede sugerir que hay infantes que buscan más satisfacer sus pulsiones sexuales y otros que buscan mayor satisfacción de sus instintos de conservación. Los primeros pueden acceder a satisfacciones incluso alucinatorias y, en este sentido, no desligarse de una perspectiva narcisista. Los segundos buscan saciar su hambre para reducir las tensiones internas no susceptibles de ser representadas.

En relación al proceso de alimentación, se observa que cuando el infante pierde a la madre como objeto sexual y nutricio se queda fijado al momento en que ésta se estaba perdiendo, se identifica con la languidez de la pérdida y se queda vaciado de autoerotismo sin poder captar nada que provenga del afuera

por la fuerza del repliegue narcisista; se queda con *hambre* (Cf. Freud, 1915^a). Por otra parte, al no acceder a la representación, intenta recrear la pérdida en la repetición, como si de esta manera la pudiese expulsar y, a la vez, retener al objeto. Esta complicada situación es comparable al *narcisismo de muerte* (trágico) asociado a la falta de goce.

La referencia a la falta de libido asociada a la pérdida en el «Manuscrito G» es retomada en 1915 en «Duelo y melancolía». La concepción global de la melancolía ha sufrido un cambio que se desliza desde una lógica de planteamientos económicos y dinámicos hacia una lógica de planteamiento de objeto.

¿Cómo vincular estos *insights* con los planteamientos que derivan de la dicotomía entre la histeria y la melancolía? Si se pone un texto al lado del otro, se puede observar que, en la perspectiva abierta en «Duelo y melancolía», las hipótesis metapsicológicas ponen el énfasis en la relación entre el Yo (el *self*) y el objeto, así como en las vicisitudes de su pérdida. Si en la melancolía de 1895 no hay representación, en la melancolía de 1915 se trata de la pérdida de un objeto oral con el que se ha establecido una relación narcisista. La predisposición a la melancolía depende del predominio de elección de objeto de tipo narcisista. El objeto se vuelve intocable y, por lo tanto, imposible de ser asido por la palabra; se mantiene enterrado y dominado por afectos guardados, por lo general, innombrables. En la medida en que la pérdida no accedió a la palabra, tampoco accedió al duelo. Desde esta perspectiva, es la elaboración del duelo lo que permite al melancólico salir de su encierro y establecer una relación renovada de objeto. La posición alexitímica de estos pacientes se vive y se siente como un

vacío (paradójicamente necesario porque guarda al *objeto* ausente), sobre todo, por hallarse separada de las inscripciones afectivas y vocales que son aquellas que transforman la necesidad en deseo y la cosa en objeto. Freud estaría proponiendo una gran diferencia entre las dos concepciones de la melancolía.

Las situaciones que dan origen a la melancolía no están exclusivamente asociadas a la muerte y/o con la pérdida del objeto. Las ofensas, las postergaciones y los desengaños, sentido todos como *faltas*, pueden devenir también en un repliegue narcisista, con una tendencia a la búsqueda de satisfacciones alucinatorias que lo desligan de la *falta* y del dolor asociado a la misma. Desde esta perspectiva, los desórdenes alimenticios son paradigmáticos de la melancolía.

Los reproches con los que el melancólico se abruma están, en realidad, dirigidos al objeto erótico perdido y, en tanto la identificación, han sido vueltos sobre el Yo. Estos reproches, por lo general, reiterativos expresan, en un tono quejoso, la carga sádica de la ambivalencia del conflicto entre el amor y el odio. Además, consiguen tramitar el dolor emocional, que no se puede sentir, como una proyección externa dirigida hacia otro *significativo*. En este sentido, la queja de la anoréxica se impone con la tiranía de un cuerpo emaciado que, en los intentos frustrados de comer, trasmite la incapacidad de lidiar con los afectos más primitivos de un vínculo *en falta* y con las funciones básicas de los procesos más tempranos, uno de los cuales es la alimentación.

La rebelión adolescente se expresa en un silencio brutal; se acompaña de un discurso alexitímico en el que el cuerpo delgado se impone como un triunfo

narcisista sobre el conflicto original. El cuerpo delata un mensaje *estancado* que remite a la hipótesis de libido estancada no simbolizada, propia de la melancolía.

Comer o no comer, vomitar o no vomitar se constituyen como una reivindicación de los derechos de libertad; un reclamo que utiliza el cuerpo a falta de un espacio de representación en el que la palabra transmita el afecto. El cuerpo se yergue como un bastión que consigue transformar el dolor emocional en éxito moral. *No comer* es, actualmente, un significante de éxito en relación a la posición de la mujer frente al “deber ser femenino”.

Continuando con el recorrido de los textos freudianos, se encuentra que en 1926 Freud define a la anorexia como una *inhibición*. Este giro contempla los dos caminos trazados para la comprensión de los desórdenes de la alimentación. Por un lado, el camino de la histeria como una solución de compromiso del conflicto. Por otro lado, siguiendo la lógica de una consecuencia que frustra el duelo, propone el camino de la melancolía. A pesar de la persistencia de esta dualidad, parece que Freud se hubiese inclinado por considerar a la anorexia como un síntoma de la histeria. La psiconeurosis permanece en primer plano. Si se estableciera un *continuum* psicósomático, se tendría a la histeria en el punto más psíquico y a la anorexia en el punto más somático.

A partir de lo expuesto, resulta difícil sostener la hipótesis de la inhibición alimentaria como definitoria de los desórdenes alimenticios. El impacto del repliegue narcisista así como la complejidad de los conflictos pregenitales que se presentan como una respuesta a la fuerza pulsional parecerían vincularse más con los aspectos inconscientes y con las fuerzas del Ello que con

inhibiciones propias del Yo. Los desórdenes alimenticios son más complejos que el incremento de la erogeneidad de un órgano. Los factores emocionales asociados al mismo determinan la complejidad del proceso.

El texto de 1926 presenta reiteradas referencias a las obsesiones y a las fobias que Freud no enlaza con el tema alimentario. Esto es interesante porque los cuadros de anorexia y bulimia (así como otros intermedios) presentan estos rasgos en forma clara. Incluso la literatura contemporánea define a la anorexia como una fobia a comer (Crisp, 1974). En relación a estos complejos cuadros psicopatológicos, las defensas obsesivas garantizan la interrupción de la coherencia mental a través de una ideación repetitiva que, por un lado, intenta suprimir el dolor por la pérdida y, por el otro, expresa el deseo derivado de la sobresexualización anal producto de la regresión. Para aclarar este último punto cabe resaltar que Freud había advertido que un exceso de estimulación sexual temprana supone también una intelectualización temprana. En este sentido, la erotización de la zona anal encuentra en el mundo de las ideas y de los actos motores, dotados de una suerte de carga mágica, la posibilidad de reprimir actos y pensamientos desagradables; de aislar, a través de la rigidez y el control sobre una representación corporal distorsionada y sobre la dinámica de las comilonas y las purgas, un conflicto entre el Yo y un Superyó excesivamente cruel y el carácter sadomasoquista propio de éste.

En relación a las fobias, el temor a la castración toma un lugar preponderante. La castración tiene como antecedente precursor la pérdida del pecho. La fobia se instala como un desplazamiento que sustituye el peligro interior por un peligro exterior. El miedo a la castración toma una expresión

disfrazada para dirigirse a un objeto diferente que evita el conflicto y la angustia. En el síntoma alimentario confluyen los dos momentos de la castración. La amenaza a la fusión con la madre, con quien se ha establecido una relación de tipo narcisista, se resiste a la separación y a la aceptación de la triangulación edípica. La renuncia al padre y la posibilidad de una identificación con una madre separada y diferenciada se ven también imposibilitadas.

¿Se podría sugerir que la amenaza de castración, vivida con un sentido radical de falta y de vacío de los genitales, se instale como un evento desestructurante y regresivo que, paradójicamente, termine por «estructurar un desorden»? Si así fuera, se produciría una integración forzada. En estas condiciones, si la vagina, órgano desconocido y problemático para la niña, se ubica dentro de tales parámetros, se podría decir que ésta se instala en el espacio imaginario infantil como representante del vacío. Siguiendo el razonamiento planteado, el desorden se habría estructurado en torno a un vacío genital que deriva de y refuerza el vacío previo. El núcleo de la sexualidad femenina no consigue articularse como una posesión del cuerpo sino sólo como un vacío en la mente. No en vano se ha observado que el noventa y cinco por ciento de quienes padecen un desorden alimentario son mujeres adolescentes que, probablemente, no han podido transitar con éxito por los avatares de la pubertad y por los cambios del cuerpo.

Resumiendo, a partir de la lectura de los escritos de Freud (1895-1926), se encuentran dos vertientes para la comprensión de los desórdenes alimenticios: una, asociada a las neurosis actuales y orientada hacia la melancolía y al modo de elección de objeto narcisista y, la otra, asociada a la

psiconeurosis, a la teoría del conflicto, a las neurosis de transferencia y al modo de elección de objeto anaclítica. De estos dos paradigmas, en la actualidad, los desórdenes psicosomáticos corresponderían a la primera línea y los aportes sobre el desarrollo, el vínculo y la intersubjetividad, a la segunda. Es interesante anotar que la vigencia de ambos paradigmas facilita un estudio interdisciplinario que remite a la sugerencia de Freud de estudiar cierto tipo de neurosis, en las que confluían síntomas somáticos y psíquicos, como neurosis mixtas.

En los desórdenes de la alimentación, en los que la comida conjuga diversos significados a modo de un signo polisémico, su rechazo puede sintetizar tanto la represión del deseo de mantener un vínculo erotizado con la madre y, posteriormente, con el padre, como la regresión a un cuerpo prepuberal emaciado o susceptible de ser escindido en la repetición bulímica de incorporar y expulsar.

Durante la pubertad, tiempo de la resignificación de los conflictos infantiles, el síntoma anoréxico se expresa a través de una delusión corporal; la fobia a la comida y al peso delatan la transformación sintomática del peligro que representa incorporar a la madre (devoradora y fusionada) así como la negación del cuerpo púber y los avatares de la pubertad.

En la pubertad, las primeras inscripciones y la mirada sexual de la madre ya están definidas. Pero el desplazamiento de la sexualidad y el retorno a otras fuentes de erotización producen un silencio a partir del cual no se presenta mayor interés por investigar, buscar, curiosear. En este sentido, *no querer saber* supone un detenimiento de los procesos de representación.

Desde esta perspectiva se podría proponer que, antes de la primera resignificación (pregenital) ocurrida alrededor de los tres años en el tiempo de la *epifanía sexual*, en el cual el vínculo es precario o intermitente y la actividad sexual es autoerótica, se desarrollaría el núcleo de los futuros desórdenes de la alimentación.

Con la adolescencia, momento marcado por la *des-represión* de la experiencia infantil de la sexualidad genital, se presenta el segundo surgimiento de las fuerzas libidinales y la resignificación de las vivencias originales. En la dinámica de la escopofilia–exhibicionismo se muestra tanto el triunfo narcisista de tener un cuerpo de características prepuberales, como el deseo de lucirlo. En la regresión a un cuerpo prepuberal y al conjunto de relaciones pregenitales en las que la adultez desaparece como proyecto de vida, el compromiso con lo carnal se erradica y, en su lugar, se enfatiza lo «espiritual». Asimismo, se reprimen las funciones psíquicas y cognitivas que derivan tanto de la aceptación de la genitalidad como de la integración de las etapas *normales* del desarrollo. La búsqueda permanente de respuestas y la apertura a las áreas de investigación se obliteran y, en su lugar, se utiliza un tipo de desconocimiento y de ignorancia que es fundamental para sostener el pequeño *self*. En concordancia con lo que plantearan Bruch (1973) y Crisp (1974) en la década del setenta, las anoréxicas y las bulímicas mantienen núcleos infantiles que están destinados a no crecer, a mantenerse en una posición de dependencia e, incluso, de fusión con la figura materna.

¿Cómo enlazar las ideas provenientes de la obra de Freud con los aportes posfreudianos?. La teoría de las relaciones objetales introduce algunas

nociones importantes para transitar de lo intrapsíquico a lo vincular. El cambio de la perspectiva en la comprensión del *objeto* es un hito fundamental. El objeto anatómico se transforma en un objeto *en función*.

Este cambio de perspectiva tiene una incidencia fundamental sobre el proceso de alimentación. Una madre suficientemente buena que, en el marco de una matriz somato-psíquica, favorece la diferenciación y facilita la estructuración del Yo crea un espacio potencial en el que la relación con su hijo se torna *intersubjetiva*. Esta madre, a través de su función de *pecho bueno*, conduce al infante a aceptar la expresión espontánea de su necesidad y a recrear su satisfacción en la omnipotencia. Asimismo, garantiza la relación de objeto y, a su vez, facilita la formación de objetos internos sólidos y permanentes. El hambre sostenido por una madre *en función* deja de ser tan sólo una necesidad; la tensión que de él emana se inscribe en la capacidad de decodificación, de interpretación y de sostenimiento que provee la función materna. En este sentido, parece sugerente resaltar la importancia de la coordinación de los ritmos en la disposición materna e infantil para el proceso de alimentación, coordinación que posibilita que la necesidad se transforme en deseo y quizá, lo que es más importante, que la mente no tome el lugar preponderante en la dirección del *psiquesoma*, de tal manera que los aspectos somáticos del *self* se mantengan revestidos de libido a lo largo del desarrollo. Es más, no existe una verdadera satisfacción del deseo en la realidad, ya que la verdadera dimensión del deseo está en la realidad psíquica (Dor, 1987). Es a través del vínculo que el pecho condensa su doble valencia: como objeto funcional proveedor de alimento y como objeto anatómico autoerótico.

Es difícil referirse a los desórdenes de la alimentación sin asociarlos con patologías variadas. Asimismo, es difícil no pensar en un *tipo especial de madre* de estas jóvenes. La *madre* que se encuentra en los aportes *posfreudianos* es un objeto facilitador de las experiencias de pensar y de integrar (Fonagy y Target, 1996) que transitan a través de la formación y del reconocimiento de las invariantes como *representaciones*. El giro de lo autoerótico a lo objetal y, especialmente, de la perspectiva funcional del objeto posibilita una comprensión diferente de la madre como *objeto* (anatómico). Pareciera que, en estos casos, la estructura del vínculo madre-hijo estuviera marcada por una madre con determinados rasgos psicopatológicos. Si bien no existe una madre «patologizante» (si se acepta el neologismo) como prototipo, se puede sugerir que el encuentro entre una madre con determinada carga psicopatológica imprimirá algunas características sobre el infante. Es evidente que no se puede establecer una relación culposa; no se puede culpar estableciendo relaciones simplistas de causa – efecto. Lo más correcto parece ser plantear que se puede abstraer un concepto *supraordenador* que permita sugerir que determinadas características de un vínculo que se despliega en el seno de una familia, en un determinado tiempo y espacio y en una situación social determinada, pueden generar cierto tipo de patologías, entre las que se encontrarían los desórdenes de la alimentación.

Se ha propuesto que los fallos maternos a lo largo del desarrollo producen una suerte de sobreactividad en el funcionamiento mental del infante (Winnicott, 1949; Bion, 1959a, 1959b; Fonagy y Target, 1996). La maternalización errática, que evoca las sensaciones más primitivas *no*

nombrables, como son el vacío, la soledad y el sentimiento de *la nada*, fomentan el crecimiento excesivo de la función mental que atenta contra el *psiquesoma*. La mente asume el control y el cuidado y el infante, en su intento por disociar la falta, la angustia y el dolor, hace de la escisión un síntoma que equilibra el lado pulsional asociado al deseo y los dictámenes racionales de una mente prematura (c. f. Winnicott, 1949). La palabra, en tanto producto privilegiado de la mente, puede disimular vacíos e intentar llenarlos en un afán por demostrar que un discurso bien estructurado es la muestra más evidente de la salud mental.

En pacientes con desórdenes de la alimentación, los intentos del cuidado mental del *psiquesoma* se revelan a través de discursos alexitímicos que reflejan un pensamiento operatorio, cosificado y rígido. La concreción de las palabras y del pensamiento, expresados con una sintaxis maciza y con una semántica puntual (básicamente denotativa), apoyan el descentramiento de los discursos sexuales, quizá porque lo que está en juego en estos discursos es el aspecto semiótico de la comunicación que delata algunos rasgos particulares del vínculo.

Desde su posición rígida, estos pacientes parecen sólo escuchar pero no *oír*. Da la impresión de que en el proceso no pudiesen *digerir* el discurso *del otro* por estar embotadas de un objeto *malo* que necesitan mantener en el fondo de sí mismas y que alimenta el dolor, el resentimiento y la rabia que, paradójicamente, llenan la soledad y la saciedad. Es notable que en la relación contratransferencial con estos pacientes se hace difícil encontrar el asidero

simbólico del discurso; esto invita a reflexionar sobre el perímetro y el contorno de los objetos internos que se desarrollan en el vínculo.

Estos pacientes se colocan «al borde» de la palabra y de la piel. Como superficie externa, la piel no es permeable, consistente y continente; su constitución defectuosa deja una sensación de transparencia, de discontinuidad y de no individualidad. La palabra, por su parte, es fría y tesa, tal vez como lo fue el vínculo semiótico con la madre. En este sentido, la sensación de desintegración propia de la posición esquizoparanoide parecería dominar los intentos de cohesión del *self*. Es posible que, en la anorexia, mantener el cuerpo «al borde» comprueba y refuerza su *paradójica* vitalidad; en el caso de la bulimia, la repetición incesante del síntoma expresa la fortaleza de un cuerpo sentido como una máquina.

En el proceso de desarrollo, la pérdida de la madre es una necesidad *biológica* fundamental por ser el primer jalón de la emancipación (Kristeva, 1997). Esta afirmación se conecta con la lectura derivada del narcisismo y de la medicina psicosomática. La incapacidad para diferenciarse del pecho, y consecuentemente para separarse de éste, catectizan en exceso la zona oral y todas las funciones que de ella derivan; por lo tanto, ésta no sólo se inhibe sino que también impide el reconocimiento fundamental Yo – No Yo —propio del proceso de *des-somatización*— y favorece una representación corporal arcaica en la que los contornos del cuerpo, la investidura de las zonas erógenas y la diferenciación de la madre permanecen confusos, tanto así que se crea la ilusión de *un cuerpo para dos* (McDougall, 1995).

Los desórdenes de la alimentación parecen ser un intento de no desarrollar un cuerpo individual y propio, capaz de exponerse y comprometerse con la sexualidad genital. El síntoma anoréxico expone, a través de un cuerpo emaciado, una disociación severa de la sexualidad femenina y revela una transformación de la actividad sexual en «actividad espiritual»; entendida como una ascesis mental, producto de la escisión *psique-soma*. El pensamiento operatorio y la alexitimia dan cuenta de esta consecuencia.

Una boca llena de palabras deja poco espacio para el alimento, de tal manera que «no comer» o «vomitar» se convierten en actos de equilibrio compensatorios en un sistema que no admite ni incluye lo libidinal del alimento. En este sentido, el cuerpo emaciado de una anoréxica se constituye como *la expresión* silenciosa, preverbal y pregenital, de un discurso lastrado por el peso del lenguaje concreto que delata la ausencia del erotismo y la dificultad para transformar y simbolizar. En las bulímicas, en cambio, que suelen ser más locuaces, es como si el «hambre de estímulos», o la ensalada de palabras, delatara lo imposible de la saciedad. Esta *habilidad* para disociar, descentrar, inhibir pero, a su vez, llenar, cubrir, tapar, está también respaldada por la escisión *psique-soma*, defensa establecida como consecuencia de una maternalización errática.

Bruch (1973) afirmó que las jóvenes anoréxicas han vivido desde temprana edad en un marco de deshonestidad, como patrón de comunicación signado muchas veces por mensajes dobles que, a la vez que calificaban, descalificaban. En estos casos, *mostrar* ha sido más importante que *ser*; por lo tanto, el lenguaje (histriónico) hacia fuera no se correspondía con el lenguaje

interno; sino con un *falso self* encargado de proveer a la madre de satisfacciones narcisistas dejando al margen su propio *self*. Cuando las jóvenes se cansan de mantener la fachada de perfección, protestan y expresan su verdadera frustración a través de conductas que no son falsas sino reactivas, en tanto que todo lo exageradamente positivo (que hicieron en su infancia) lo transforman en negativo y hostil.

Del contacto con la madre y en el vínculo con la misma, el infante recoge un esquema corporal y, posteriormente, una imagen corporal basada en el logro de la des-somatización del cuerpo de la madre (McDougall, 1995). La imagen corporal está modelada a partir del conocimiento y de la práctica del esquema corporal por acción de la libido. Es a partir de esta vivencia que el ser humano se experimenta, se vive, como una entidad individual, diferenciada, unificada y constante. La imagen corporal, que es individual e inconsciente, es la encarnación simbólica del sujeto deseante (Guimón, 1999). En este sentido, en la anorexia nervosa no se puede hablar de una historia libidinal ni tampoco de una representación.

La anorexia nervosa puede estar determinada por un conjunto de factores psicológicos individuales, familiares o por una combinación de ambos. Si los factores psicológicos individuales priman en el desarrollo evolutivo de la joven, la consecuencia es una anorexia nervosa de tipo estructural, donde la actitud de comer se acompaña de oposicionismo al medio y de una tendencia al aislamiento afectivo. Si los factores familiares priman en la aparición de la enfermedad, ésta se presenta como una respuesta reactiva frente al medio

familiar que intenta expresar un sentimiento de autonomía. (Zusman, 1987, p. 446)

La consecuencia natural de un vínculo temprano insatisfactorio, en el que se registra un maternaje errático, se refleja en una sensación de agonía y en fantasías permanentes de desintegración y persecución que devienen en (des)estructurantes de un *self* que no consigue los logros básicos de la posición depresiva. En estas condiciones, un desorden alimentario como la anorexia se fija como estructural: quedarse pegado al pecho materno, «muerto de hambre», revela una tónica narcisista de aislamiento y oposición al medio en la que las posibilidades de representación son nulas. En su defecto, los logros, aunque sean parciales, de las etapas pregenitales subsiguientes revelan un *self* más integrado, capaz de establecer relaciones objetales y de trascender el principio de equivalencia psíquica en el camino hacia la composición narrativa del *sí mismo*. Poder representar al *self* hambriento, y a la vez negado a alimentarse, supone el reconocimiento del cuerpo (Yo corporal) y un estado de des-somatización y sexualización. ¿Será tan sólo una respuesta reactiva que refleja un sentimiento de autonomía? Quizá se trate de una situación compleja aunque menos maligna que la estructural.

La corriente psicosomática de la medicina moderna define a la anorexia y a la bulimia como síntomas psicosomáticos a través de los que se descarga el dolor emocional y las experiencias afectivas de la psique. A diferencia de la histeria, los desórdenes de la alimentación no imitan una enfermedad física sino que expresan, a través de la manipulación de la ingesta de comida, las dificultades de asumir el cuerpo y sus necesidades. Estas experiencias, que

están escindidas de algún tipo de comprensión afectiva, se descargan sobre la acción y se imprimen sobre el cuerpo.

Kristeva se pregunta si acaso estas patologías (psicosomáticas) no representan «las nuevas enfermedades del alma», a las que define como las «dificultades o incapacidades de representación psíquica que llegan a destruir el espacio psíquico» (1993, p. 17). Este modelo de enfermar está inscrito en una época y agravado por la laxitud de las instituciones afectivas de soporte como, por ejemplo, la familia y determinado por conflictos intrapsíquicos no resueltos.

La riqueza del trabajo de Freud señala dos lineamientos posibles de comprensión que se complementan con los variados desarrollos posfreudianos. Se espera que este aporte teórico contribuya a la investigación del tema de los desórdenes de la alimentación. Es evidente que las diversas argumentaciones expuestas sobre este complejo cuadro sintomático pueden converger para su comprensión, para el establecimiento de un diagnóstico y para el diseño de un tratamiento. En este sentido, esperamos haber abierto algunas rutas para la comprensión de los procesos inconscientes ligados a los desórdenes de la alimentación. Quedamos en deuda, sin embargo, con algunos aportes importantes provenientes del campo de la Teoría Psicoanalítica y de las neurociencias, así como también de aquellos que provienen del estudio del cuerpo y de la imagen corporal. El espacio abierto para pensar en estos temas se mantiene y es siempre alentador.

Anexos

Anexo A: Anorexia

1. De que se trata de envenenarlas. Lo que así encuentra tan diversa expresión no es sino el deseo reprimido y rechazado a lo inconsciente de engendrar en su seno un hijo, o, correlativamente, la defensa de la paciente contra tal deseo. S. Freud (1913). **«Múltiple interés del Psicoanálisis»**. En **Obras completas (O. C.), vol. V, p. 1858**.
2. En tales casos, nos inclinamos a admitir que los síntomas, o sea, en este ejemplo, los vómitos histéricos, poseen causas que permanecen ocultas, no siendo los datos históricos revelados por el análisis sino pretextos accidentales que en el momento de presentarse son aprovechados por la necesidad interna existente. **S. Freud (1915-1917). Lección XVII «El sentido de los síntomas»**. En **O. C., vol. VI, p. 2291**.
3. Trátase, para no continuar hablando en adivinanzas, de un caso en el que una madre se vio imposibilitada de amamantar a su hijo recién nacido hasta la intervención de la sugestión hipnótica, y en el cual lo sucedido después de un parto anterior y otro posterior permitió una comprobación, sólo raras veces posible, del resultado terapéutico. El sujeto del historial clínico que sigue es una mujer joven, entre los veinte y los treinta años, a la que casualmente trataba yo desde sus años infantiles, y que por sus excelentes cualidades, su serena reflexión y su naturalidad, no había dado jamás, ni tampoco a su médico de cabecera, una impresión de nerviosismo. Teniendo en cuenta los sucesos que a continuación me propongo relatar, hemos de considerarla, siguiendo la

feliz expresión de Charcot, como una hystérique d'occasion, categoría perfectamente compatible con las mejores cualidades y una intacta salud nerviosa en todo otro punto. De su familia conozco a su madre, mujer nada nerviosa, y a una hermana menor, muy semejante a ella y perfectamente sana. En cambio, un hermano suyo padeció una neurastenia juvenil, que echó por tierra todos sus planes para lo futuro. La etiología y el curso de esta enfermedad, cuyo desarrollo, muy parecido siempre, tengo todos los años repetidas ocasiones de observar, me son bien conocidos. La buena constitución primitiva del sujeto pereció asaltada por las corrientes dificultades sexuales puberales, el trabajo excesivo de los años de estudios y su intensificación al llegar el examen final, una gonorrea y, enlazada a ella, la súbita explosión de una dispepsia, acompañada de un tenaz estreñimiento, de intensidad casi increíble, que meses después desapareció, siendo sustituido por pesadez de cabeza, mal humor e incapacidad para el trabajo. A partir de este momento se desarrolló una alteración del carácter del sujeto, que le convirtió en constante tormento de su familia. No me es posible decir, de momento, si esta forma de la neurastenia puede o no adquirirse en su totalidad. Así, pues, y teniendo, además, en cuenta que no conozco a los restantes parientes de mi enferma, dejaré indecisa la cuestión de si hemos de suponer en su familia una disposición hereditaria a las neurosis. Al nacimiento de su primer hijo había tenido la paciente intención de criarlo sin auxilio ninguno ajeno. El parto no fue más difícil de lo habitual en las primerizas, terminando con una leve aplicación de

fórceps. Pero la madre no consiguió, a pesar de su excelente constitución física, su ilusión de ser una buena nodriza. Tenía poca leche, sentía intensos dolores al dar el pecho al niño. Perdió el apetito, tomó repugnancia a la comida y pasaba las noches insomne y excitada. De este modo, y para no poner en grave peligro la salud del niño y la suya propia, hubo necesidad de declarar fracasada la tentativa, a los catorce días, y buscar un ama, desapareciendo enseguida todas las molestias de la madre. Haré constar que de esta primera tentativa de lactancia no puedo informar como médico ni como testigo. Tres años después tuvo la sujeto su segundo hijo, y también por circunstancias exteriores resultaba deseable evitar la lactancia mercenaria. Pero los esfuerzos de la madre en este sentido parecieron tener aún menos éxito y provocar fenómenos más penosos que la vez primera. La joven madre vomitaba todo alimento, no dormía y se manifestaba tan deprimida por su incapacidad, que los dos médicos de la familia, los acreditados doctores Breuer y Lott, se opusieron a toda continuación de la tentativa, aconsejando como último medio experimentable la sugestión hipnótica. De este modo, el cuarto día, por la tarde, fui llamado a la cabecera de la enferma. A mi llegada, la encontré en la cama, con las mejillas muy arrebatadas y furiosa por su incapacidad para criar al niño, incapacidad que crecía a cada nueva tentativa, no obstante poner ella todo su esfuerzo en dominarla. Para evitar los vómitos no había tomado alimento en todo aquel día. El epigastrio aparecía abultado, y colocando la mano sobre el estómago, se advertían continuas contracciones. La enferma se

quejaba, además, de un constante mal sabor de boca. Ni ella ni sus familiares me recibieron como a persona de quien se espera auxilio, sino sólo en obediencia a lo indicado por los otros médicos. No podía, pues, contar con gran confianza de su parte. En el acto intenté producir la hipnosis, haciendo fijar a la paciente sus ojos en los míos y sugiriéndole los síntomas del sueño. A los tres minutos yacía la enferma en su lecho, con la tranquila expresión de un profundo reposo, sirviéndome entonces de la sugestión para contradecir todos sus temores y todas las sensaciones en las que dichos temores se fundaban: «No tenga usted miedo será usted una excelente nodriza y el niño se criará divinamente. Su estómago marcha muy bien; tiene usted un gran apetito y está deseando comer», etc. La enferma continuó durmiendo cuando la abandoné por breves instantes, y al despertarla mostró una total amnesia con respecto a lo sucedido durante la hipnosis. Antes de marcharme hube aún de rechazar una observación del marido sobre el peligro de que la hipnosis perturbarse para siempre los nervios de su mujer. Los hechos que al día siguiente me comunicaron los familiares de la enferma, a los cuales no parecían haber causado impresión ninguna, constituyeron para mí una garantía de éxito. La sujeto había cenado sin la menor molestia, había dormido bien y se había desayunado, a la mañana, con gran apetito. En todo este tiempo había amamantado a su hijo sin la menor dificultad. Pero a la vista del almuerzo, demasiado copioso, despertó de nuevo su repugnancia, y antes de haber probado nada reaparecieron los vómitos. Desde este momento le fue imposible

volver a dar el pecho al niño, y a mi llegada mostraba los mismos síntomas que el día anterior. Mi argumento de que no tenía por qué preocuparse, una vez comprobado que su malestar podía desaparecer y había, en realidad, desaparecido por casi medio día, no le hizo efecto ninguno. Recurriendo, pues, de nuevo a la hipnosis, desarrollé una mayor energía que el día anterior, sugiriéndole que cinco minutos después de mi partida había de encontrarse, un tanto violentamente, con los suyos y preguntarles cómo es que no le daban de cenar, si es que se habían propuesto matarla de hambre, si creían que de este modo iba a poder criar a su hijo, etc. A mi tercera visita no precisaba ya la sujeto de tratamiento alguno. Nada le faltaba ya; gozaba de buen apetito, tenía leche bastante para el niño, no le causaba dolor ninguno darle el pecho, etc. A su marido le había inquietado que después de mi partida hubiera dirigido a su madre ásperos reproches, contra su general costumbre. Pero desde entonces todo iba bien. Mi intervención terminó aquí por esta época. La sujeto amamantó a su hijo durante ocho meses, teniendo yo ocasión de comprobar varias veces en este período el buen estado de salud de ambos. Únicamente hube de encontrar incomprensible e irritante que nadie de la familia volviera a hablarme del buen resultado obtenido con mi intervención. Pero un año después obtuve mi desquite. Un tercer hijo planteó de nuevo el problema, presentándose otra vez la imposibilidad de criarlo. Encontré a la sujeto en el mismo estado que la vez anterior, indignada contra sí misma al ver que toda su fuerza de voluntad no llegaba a vencer la repugnancia a alimentarse y los demás

síntomas. La primera sesión de hipnosis no produjo otro resultado que el de desesperanzar más a la enferma. Pero después de la segunda quedó de nuevo tan completamente anulado el complejo de síntomas, que no hubo necesidad de más. La sujeto crió también a este niño, que hoy tiene ya año y medio, sin molestia alguna, y goza de buena salud. Ante esta repetición del éxito terapéutico, modificó el matrimonio su actitud para conmigo, y me confesaron el motivo a que obedecía. «Me daba vergüenza —dijo la mujer— reconocer que el hipnotismo conseguía lo que toda mi fuerza de voluntad no era suficiente a lograr». De todos modos, no creo que ni ella ni su marido hayan dominado la aversión que les inspiraba la hipnosis. **S. Freud (1892-1893). «Un caso de curación hipnótica y algunas observaciones sobre la génesis de los síntomas histéricos por antivolición».** En *O. C.*, vol. I, pp. 22-26.

4. Hombre de treinta y cuatro años. Desde hace tres años, anorexia; durante el último, dispepsia, con pérdida de veinte kilos; constipación, y al cesar ésta, violentísima presión endocraneana cuando sopla el bochorno (#1981); accesos de astenia con sensaciones vinculadas; espasmos clónicos histeriformes. En este caso predomina, pues, el elemento neurasténico. **S. Freud (1893). «Viena, 6-10-1893».** En *Cartas*, pp. 51-53.
5. II. Para emprender algo con este material necesitamos disponer de sólidos puntos de partida, que quizá nos sean provistos por las siguientes consideraciones:

- a. El afecto correspondiente a la melancolía es el del duelo o la aflicción; es decir, el anhelo de algo perdido. Por consiguiente, en la melancolía probablemente se trate de alguna pérdida: una pérdida en la vida instintual del propio sujeto.
6. La neurosis alimentaria paralela a la melancolía es la anorexia. La tan conocida anorexia nerviosa de las adolescentes me parece representar, tras detenida observación, una melancolía en presencia de una sexualidad rudimentaria. La paciente asevera no haber comido simplemente porque no tenía apetito, y nada más. Pérdida de apetito. equivale, en términos sexuales, a pérdida de la libido. **S. Freud (1895). «Manuscrito G». En Cartas, p. 98.**
7. La magnitud de las sensaciones voluptuosas da la medida de la descarga efectuada.
 - a. El órgano terminal no está suficientemente cargado, de modo que la descarga por el coito es reducida y v. es muy pequeña; he aquí el caso de la frigidez.
 - b. La vía de la sensación a la acción refleja está dañada, de modo que la acción no es suficientemente poderosa, caso en el cual también la descarga y la voluptuosidad serán reducidas: éste es el caso de la anestesia masturbatoria, de la anestesia por coito interrumpido, etc. **S. Freud (1895). “Manuscrito G”. En Cartas, p.99**
8. Todo está en orden en el nivel inferior, otro pero la voluptuosidad no halla acceso al grupo sexual psíquico debido a sus ligazones en sentido

- (con repugnancia-defensa); he aquí la anestesia histérica, enteramente análoga a la anorexia histérica (repugnancia). **S. Freud (1895). «Manuscrito G». En Cartas, p. 101.**
9. Además, esta parte de la novela familiar sirve como venganza contra la severa señora mamá que lo ha sorprendido a uno con la sierva. En la novela familiar, como en el cuento, es la madre quien es sorprendida, desenmascarada y condenada. La sustracción de la corneta es un motivo de resentimiento genuinamente infantil, y su recuperación, una realización de deseo no menos pueril. El estado en que queda la hermana, o sea, la anorexia, es evidentemente la consecuencia neurótica de la seducción infantil, con la diferencia de que en el cuento no es atribuida al hermano, sino a la madre. El veneno corresponde con paranoica exactitud a la anorexia de la histeria, o sea, a la forma de perversión más habitual entre los niños). **S. Freud (1898). «Viena, 20-6-1898». En Cartas, p. 170.**
10. Hemos podido referir a tales factores causales neuralgias y anestias de formas muy distintas, que en algunos casos venían persistiendo a través de años enteros; contracturas y parálisis, ataques histéricos y convulsiones epileptoides, diagnosticadas de epilepsia por todos los observadores; petit mal y afecciones de la naturaleza de los «tics», vómitos persistentes y anorexia, llevada hasta la repulsa de todo alimento. **S. Freud (1895). Estudios sobre la histeria. En O. C., vol. I, p. 41.**

11. La anorexia de nuestra enferma nos ofrece el mejor ejemplo de una tal abulia. Si come tan poco, es porque no halla gusto ninguno en la comida, y esto último depende, a su vez, de que el acto de comer se halla enlazado en ella, desde mucho tiempo atrás, con recuerdos repugnantes, cuyo montante de afecto no ha experimentado disminución alguna. Naturalmente, es imposible comer con repugnancia y placer al mismo tiempo. La repugnancia concomitante a la comida desde muy antiguo no ha disminuido porque la sujeto tenía que reprimirla todas las veces, en lugar de libertarse de ella por medio de la reacción. Cuando niña, el miedo al castigo la forzaba a comer con repugnancia la comida fría, y en años posteriores, el temor a disgustar a sus hermanos le impidió exteriorizar los afectos que la dominaban mientras comía con ellos. **S. Freud (1895). Estudios sobre la histeria. En O. C., vol. I, p. 80.**
12. No me ha sido posible todavía demostrar tales hipótesis en un caso de parálisis motora por medio del análisis hipnótico, pero puedo aducir la anorexia de Emmy de N. como prueba de que el mecanismo descrito es efectivamente, el de algunas abulias, y las abulias no son sino parálisis psíquicas muy especializadas o —según la expresión francesa— «sistematizadas». **S. Freud (1895). Estudios sobre la histeria. En O. C., vol. XX, p. 81.**
13. Los casos más favorables para su aplicación [del método psicoanalítico] son los de psiconeurosis crónica, con síntomas poco violentos y peligrosos, esto es, en primer lugar, todas las formas de neurosis

obsesivas, ideas o actos obsesivos, aquellas histerias en las que desempeñan un papel principal las fobias y las abulias, y, por último, todas las formas somáticas de la histeria, en tanto no impongan al médico, como en la anorexia, la necesidad de hacer desaparecer rápidamente el síntoma. En los casos agudos de histeria habrá de esperarse la aparición de una fase más tranquila, y en aquellos en los cuales predomina el agotamiento nervioso, deberá evitarse un tratamiento que exige por sí mismo un cierto esfuerzo, no realiza sino muy lentos progresos y tiene que prescindir durante algún tiempo de la subsistencia de los síntomas. **S. Freud (1903 [1904]). «El método psicoanalítico». En O. C., vol. III, p. 1006.**

14. La edad de los enfermos desempeña también un papel en su selección para el tratamiento analítico, pues, en primer lugar, las personas próximas a los cincuenta años suelen carecer de la plasticidad de los procesos anímicos, con la cual cuenta la terapia —los viejos no ya educables—, y en segundo, la acumulación de material psíquico prolongaría excesivamente el análisis. El límite opuesto sólo individualmente puede determinarse; los individuos muy jóvenes, impúberes aún, son a veces muy asequibles a la influencia analítica. 4. No se acudirá tampoco al psicoanálisis cuando se trate de la rápida supresión de fenómenos amenazadores; por ejemplo, en una anorexia histérica. **S. Freud (1904 [1905]). «Sobre psicoterapia». En O. C., vol. III, p. 1011.**

15. Sabido es que años posteriores —tratándose de muchachas, en la época de la pubertad o poco después— existe una neurosis que expresa la repulsa sexual por medio de la anorexia, debiendo ser relacionada, por tanto, con esta fase oral de la vida sexual. En el punto culminante del paroxismo amoroso («¡Te comería!») y en el trato cariñoso con los niños pequeños, en el cual el adulto se comporta también como un niño, surge de nuevo el fin erótico de la organización oral. **S. Freud (1914 [1918]). «Historia de una neurosis infantil: caso del ‘Hombre de los lobos’» («Hombre de los Lobos»). En O. C., vol. VI.**
16. Parece ser que a esta fase corresponde también (naturalmente en caso de perturbación) una angustia que aparece como miedo a la muerte y puede adherirse a todo aquello que es mostrado al niño como adecuado. En nuestro paciente fue utilizada para la superación de su anorexia e incluso para la súper compensación de la misma. El hecho de que la observación de la cópula de sus padres, de la que tantos efectos posteriores hubieron de emanar, fuera anterior al período de anorexia, nos descubre su posible fuente. Podemos quizá suponer que apresuró los procesos de la maduración sexual y desarrollo así efectos directos, aunque inaparentes. Sé también, naturalmente, que es posible explicar de otro modo más sencillo el cuadro sintomático de este período el miedo al lobo y la anorexia —sin recurrir a la sexualidad ni a un estadio de organización pregenital. Quien no vea inconveniente alguno en prescindir de los signos de la neurosis y de la continuidad de los fenómenos preferiría sin duda tal explicación, y nada podemos hacer

para evitarlo. Es muy difícil llegar a conclusión alguna convincente sobre estos comienzos de la vida sexual por caminos distintos de los indirectos por nosotros utilizados. **S. Freud (1914 [1918]). «Hombre de los Lobos». En O. C., vol. VI.**

17. Sólo que en la primera afirmación figura también el motivo que impulsa al yo. Una reflexión más detenida nos descubre que esta primera enfermedad de nuestro paciente (dejando aparte la anorexia) no se limita a la fobia, sino que ha de ser considerada como una verdadera histeria, a la que, además de los síntomas de angustia, corresponden fenómenos de conversión. Una parte de la tendencia homosexual es conservada en el órgano correspondiente, y el intestino se conduce a partir de este momento, e igualmente en la época ulterior, como un órgano histérico. **S. Freud (1914 [1918]). «Hombre de los lobos». En O. C., vol. VI.**
18. Por la duplicidad de funciones de la zona labial, la represión se extenderá al instinto de la alimentación. Muchas de mis pacientes con perturbaciones anoréxicas, globo histérico, opresión en la garganta y vómitos, habían sido en sus años infantiles grandes «chupeteadores». **S. Freud (1905). Tres ensayos para una teoría sexual. En O. C., vol. IV, p. 1200.**

Anexo B: Vómitos

1. Por medio de esta clave se aclaran ahora muchos problemas. ¿Sabes, por ejemplo, por qué la X. Y. sufre de vómitos histéricos? Porque en su fantasía está embarazada, porque es tan insaciable que no puede dejar de tener un niño en la panza, hasta del último de sus amantes imaginarios. Pero también vomita porque con eso quedará emaciada y flaca, perderá su belleza y ya no atraerá a nadie. Así, el sentido del síntoma consiste en un par contradictorio de realizaciones de deseo. **S. Freud (1899). «Viena, 19-2-1899». En Cartas, pp. 376-378.**
2. Así sucede —para elegir un ejemplo vulgarísimo— cuando un afecto doloroso, surgido en ocasión de hallarse comiendo el sujeto, y retenido por el mismo, produce después malestar y vómitos, que luego perduran a través de meses enteros en calidad de vómitos histéricos. **S. Freud (1895). Estudios sobre la histeria. En O. C., vol. I, p. 42.**
3. Hemos podido referir a tales factores causales neuralgias y anestias de formas muy distintas, que en algunos casos venían persistiendo a través de años enteros; contracturas y parálisis, ataques histéricos y convulsiones epileptoides, diagnosticadas de epilepsia por todos los observadores; petit mal y afecciones de la naturaleza de los «tics», vómitos persistentes y anorexia, llevada hasta la repulsa de todo alimento, perturbaciones de la visión, alucinaciones visuales continuas, etc., etcétera. **S. Freud (1895). Estudios sobre la histeria. En O. C., vol. I, p. 42.**

4. La sintomatología histérica puede compararse a una escritura jeroglífica que hubiéramos llegado a comprender después del descubrimiento de algunos documentos bilingües. En este alfabeto, los vómitos significan repugnancia. Así, pues, dije a Catalina: —El que tres días después tuviera usted vómitos repetidos me hace suponer qué, al ver lo que pasaba en la habitación de su tía, sintió usted asco. S. Freud (1895); Estudios sobre la histeria («Caso Catalina»). En O. C., vol. I, p. 103.
5. A esto siguió un corto período de incubación, apareciendo luego los síntomas de la conversión, o sea, los vómitos sustitutivos de la repugnancia moral y física. **S. Freud (1895). Estudios sobre la histeria («Caso Catalina»). En O. C., vol. I, p. 105.**
6. Estas palabras me recordaron que el primer síntoma de la histeria, o sea, los vómitos, desapareció a poco, subsistiendo el ataque de angustia con un nuevo contenido. Tratábase, pues, de una histeria derivada por reacción (Abreagiert)... **S. Freud (1895). Estudios sobre la histeria («Caso Catalina»). En O. C., vol. I, p. 106.**
7. Cuando el enfermo dilata mucho la expresión verbal de los recuerdos patógenos, oponiendo una enérgica resistencia, se hace intolerable la tensión de la sensación —en nuestro caso de las náuseas—, y si no logramos forzarle por fin a la reproducción verbal deseada, aparecerán incoerciblemente los vómitos. Recibimos así una impresión plástica de que el «vómito» sustituye a una acción psíquica, como lo afirma la teoría de la conversión. **S. Freud (1895). Estudios sobre la histeria. En O. C., vol. I, p. 163.**

8. Otra serie de fenómenos histéricos mucho más corrientes —deseo doloroso de orinar, dolor al defecar, trastornos de la actividad intestinal, espasmos laríngeos y vómitos, perturbaciones digestivas y repugnancia a los alimentos— demostró ser también en el análisis, y con sorprendente regularidad, derivación de los mismos sucesos infantiles, quedando fácilmente explicada por peculiaridades constantes de los mismos. **S. Freud (1896). La etiología de la histeria. En O. C., vol. I, p. 312.**
9. En una paciente demostraron ser los vómitos histéricos la realización de una fantasía inconsciente de sus años de pubertad, esto es, la del deseo de hallarse continuamente embarazada, tener muchísimos hijos y tenerlos del mayor número posible de hombres. **S. Freud (1900). Interpretación de los sueños (cap. VII). En O. C., vol. II, p. 692.**
10. Pero dado que los continuos vómitos habían de desmejorar a la paciente, haciéndole perder su belleza, de manera que no pudiera inspirar a los hombres ningún deseo, resultaba que también el proceso mental punitivo hallaba su realización en el síntoma. Aprobado así por ambos lados, podía éste pasar a la realidad. **S. Freud (1900). Interpretación de los sueños (cap. VII). En O. C., vol. II, p. 692.**
11. Si esta importancia se conserva, tales niños llegan a ser, en su edad adulta, inclinados a besos perversos, a la bebida y al exceso en el fumar; mas, si aparece la represión, padecerán de repugnancia ante la comida y de vómitos histéricos. Por la duplicidad de funciones de la zona labial, la represión se extenderá al instinto de alimentación. Muchas de mis

pacientes con perturbaciones anoréxicas, globo histérico, opresión en la garganta y vómitos, habían sido en sus años infantiles grandes «chupeteadores». En el acto de la succión productora de placer hemos podido observar los tres caracteres esenciales de una manifestación sexual infantil. **S. Freud (1905). Tres ensayos para una teoría sexual. En O. C., vol. IV, p. 1200.**

12. El carácter más singular del estado anímico histérico es, en efecto, el dominio de las representaciones inconscientes. Los vómitos de una paciente histérica pueden ser una consecuencia de su idea de que se halla encinta. Sin embargo, la sujeto no tiene conocimiento alguno de tal idea, aunque no sea difícil descubrirla en su vida anímica y hacerla emerger en su conciencia por uno de los procedimientos técnicos del psicoanálisis. **S. Freud (1912). «Algunas observaciones sobre el concepto de inconsciente». En O. C., vol. V, p. 1698.**
13. Aquello que una histérica representa por medio de vómitos se exteriorizará en las enfermas de neurosis obsesivas por medio de penosas medidas preventivas contra la infección y en las parafrénicas por medio de la acusación o la sospecha. «Sólo a los veintiséis años, después de haber tenido un hijo, despertó en mí la mujer, pues hasta entonces (durante medio año) siempre había tenido fuertes vómitos durante el acto sexual. También posteriormente vomitaba ante la menor contrariedad». **S. Freud (1913). «El múltiple interés del Psicoanálisis». En O. C., vol. V, p. 1858.**

Referencias Bibliográficas

- Antebi, D. G. (2000). Charles Lasègue: la nueva mirada. En Goldman B. R (2000) *Anorexia y bulimia: un nuevo padecer*, 13-22. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Balint, M. (1979). *The Basic Fault. Therapeutic Aspects of Regression*. Londres: Routledge.
- Benjamin, J. (1995). *Sujetos iguales. Objetos de amor*. Buenos Aires: Paidós.
- Bion, W. R. (1959a). A theory of thinking. *Melanie Klein Today*, (1), 178-189. The New Library of Psychoanalysis.
- Bion, W. R. (1959b). Attacks on linking. En *Melanie Klein Today*, (1), 87-101. The New Library of Psychoanalysis.
- Bion, W. R. (1961). *Experiencias en grupo*. Buenos Aires: Paidós.
- Bollas, C. (2000). *Hysteria*. Londres: Routledge.
- Brownell, K. D., y Fairburn, C. D. (1995). *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*. Nueva York: The Guilford Press.
- Bruch, H. (1973). *Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within*. Londres: Routledge & Kegan Paul.
- Champney English, H. & Champney English, A. (1958). *A Comprehensive Dictionary of Psychological and Psychoanalytical Terms*. Nueva York: David McKay.
- Crisp, A. (1974). Clinical and therapeutic aspects of anorexia nervosa: A study of 30 cases. *Journal of Psychosomatic Research*, (48), 67-78

- Damasio, A. (1997). *El error de Descartes*. Barcelona: Andrés Bello.
- Del Valle, E. (1986). *La obra de Melanie Klein* (dos volúmenes). Buenos Aires. Lugar Editorial.
- Díaz Cordal, M. (2003). Espacio potencial y trauma: una mirada intersubjetiva [Asociación Psicoanalítica Chilena]. Ponencia presentada al XX Congreso de Psicoanálisis. Lima.
- Dor, J. (1987). *Introducción a la lectura de Lacan. El inconsciente estructurado como lenguaje*. Barcelona: Gedisa.
- Farrell, E. (2000). *Lost of Words: The Psychoanalysis of Words*. New York: Other Words.
- Fendrick, S. (2003). *Los mil y un semblantes de la anorexia*. Comunidad Virtual Russell: www.comunidadrussell.com. Recuperado el 15 de mayo del 2003.
- Ferenczi, S. (1932). Confusión de lenguas entre adultos y niños. En G.M. Masson (1985). *El asalto a la verdad. La renuncia a la teoría de la seducción*, 268-279. Madrid. Seix Barral.
- Freud, S. *Obras completas* (IX volúmenes) [Traducción de L. López Ballesteros de Torres]. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.
- Freud, S. (1892-1893). Un caso de curación hipnótica y algunas observaciones sobre la génesis de síntomas histéricos por antivolición, (I), 22-29. En *Obras completas* (IX volúmenes) [Traducción de L. López Ballesteros de Torres]. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.
- Freud, S. (1893). Manuscrito B (8-2). En Masson, 27-33

- Freud, S. (1894a). La neurastenia y las neurosis de angustia, (I), 179- 198. En *Obras completas* (IX volúmenes) [Traducción de L. López Ballesteros de Torres]. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.
- Freud, S. (1894b). Las neuropsicosis de defensa, (I), 169-177. En *Obras completas* (IX volúmenes) [Traducción de L. López Ballesteros de Torres]. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.
- Freud, S. (1894). Manuscrito E. En Masson, 72-76
- Freud, S. (1895a). *Estudios sobre la histeria*, (1), 39-137. *Obras completas* (IX volúmenes) [Traducción de L. López Ballesteros de Torres]. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.
- Freud, S. (1895b). Manuscrito G (7-1). En Masson, 97-105
- Freud, S. (1895c). *Proyecto de una psicología para neurólogos*, (I) , 209-256. *Obras completas* (IX volúmenes) [Traducción de L. López Ballesteros de Torres]. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.
- Freud, S. (1896). *La etiología de la histeria*, (I), 299-316. En *Obras completas* (IX volúmenes) [Traducción de L. López Ballesteros de Torres]. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.
- Freud, S. (1900). *Interpretación de los sueños*. (II). En *Obras completas* (IX volúmenes) [Traducción de L. López Ballesteros de Torres]. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.
- Freud, S. (1903 [1904]). El método psicoanalítico, (III), 1003-1006. En *Obras completas* (IX volúmenes) [Traducción de L. López Ballesteros de Torres]. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.

- Freud, S. (1904 [1905]). Sobre psicoterapia, (III), 1007-1013. En *Obras completas* (IX volúmenes) [Traducción de L. López Ballesteros de Torres]. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.
- Freud, S. (1905). *Tres ensayos para una teoría sexual*, (IV), 1169-1237. En *Obras completas* (IX volúmenes) [Traducción de L. López Ballesteros de Torres]. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.
- Freud, S. (1907). Los actos obsesivos y los ritos religiosos, (IV), 1337-1342. En *Obras completas* (IX volúmenes) [Traducción de L. López Ballesteros de Torres]. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.
- Freud, S. (1909). Análisis de la fobia de un niño de cinco años (Caso Juanito), (IV), 1364-1440. En *Obras completas* (IX volúmenes) [Traducción de L. López Ballesteros de Torres]. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.
- Freud, S. (1910a). Sobre un tipo especial de la elección de objeto en el hombre, (V), 1625-1630. En *Obras completas* (IX volúmenes) [Traducción de L. López Ballesteros de Torres]. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.
- Freud, S. (1910b). Concepto psicoanalítico de las perturbaciones psicógenas de la visión, (V), 1631-1635. En *Obras completas* (IX volúmenes) [Traducción de L. López Ballesteros de Torres]. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.
- Freud, S. (1911). Los dos principios del funcionamiento mental, (V), 1638-1642. En *Obras completas* (IX volúmenes) [Traducción de L. López Ballesteros de Torres]. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.

- Freud, S. (1912a). Algunas observaciones sobre el concepto de inconsciente, (V), 1697-1701. En *Obras completas* (IX volúmenes) [Traducción de L. López Ballesteros de Torres]. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.
- Freud, S. (1912b). Sobre una degradación general de la vida erótica. (V) 1710-1717. En *Obras completas* (IX volúmenes) [Traducción de L. López Ballesteros de Torres]. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.
- Freud, S. (1913). Múltiple interés del Psicoanálisis, (V), 1851-1867. En *Obras completas* (IX volúmenes) [Traducción de L. López Ballesteros de Torres]. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.
- Freud, S. (1914). Introducción al narcisismo, (VI), 2017-2033. En *Obras completas* (IX volúmenes) [Traducción de L. López Ballesteros de Torres]. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.
- Freud, S. (1914 [1918]). Historia de una neurosis infantil: caso del 'Hombre de los lobos', (VI), 1941-2009. En *Obras completas* (IX volúmenes) [Traducción de L. López Ballesteros de Torres]. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.
- Freud, S. (1915a [1917]). Duelo y melancolía, (VI), 2091-2100. En *Obras completas* (IX volúmenes) [Traducción de L. López Ballesteros de Torres]. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.
- Freud, S. (1915b). La represión, (VI), 2053-2061. En *Obras completas* (IX volúmenes) [Traducción de L. López Ballesteros de Torres]. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.

- Freud, S. (1915c). Lección XX La vida sexual humana, (VI), 2311-2321. En *Obras completas* (IX volúmenes) [Traducción de L. López Ballesteros de Torres]. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.
- Freud, S. (1915 [1917]). Lección XVII El sentido de los síntomas. (VI), 2282-2292. En *Obras completas* (IX volúmenes) [Traducción de L. López Ballesteros de Torres]. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.
- Freud, S. (1915d). Lo inconsciente, (VI), 2061-2081. En *Obras completas* (IX volúmenes) [Traducción de L. López Ballesteros de Torres]. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.
- Freud, S. (1915e). Los instintos y sus destinos, (VI), 2039-2052. En *Obras completas* (IX volúmenes) [Traducción de L. López Ballesteros de Torres]. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.
- Freud, S. (1916 [1917]). Lección XXVI La teoría de la libido y el narcisismo, (VI), 2379-2390. En *Obras completas* (IX volúmenes) [Traducción de L. López Ballesteros de Torres]. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.
- Freud, S. (1918). El tabú de la virginidad, (VII), 2444-2454. En *Obras completas* (IX volúmenes) [Traducción de L. López Ballesteros de Torres]. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.
- Freud, S. (1920). Más allá del principio del placer, (VII), 2507-2541. En *Obras completas* (IX volúmenes) [Traducción de L. López Ballesteros de Torres]. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.
- Freud, S. (1923). El Psicoanálisis y la teoría de la libido, (VII), 2661- 2677. En *Obras completas* (IX volúmenes) [Traducción de L. López Ballesteros de Torres]. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.

- Freud, S. (1925). Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia sexual anatómica, (VIII), 2896-2903. En *Obras completas* (IX volúmenes) [Traducción de L. López Ballesteros de Torres]. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.
- Freud, S. (1926 [1927]). *Inhibición, síntoma y angustia*, (VIII), 2833-2883. En *Obras completas* (IX volúmenes) [Traducción de L. López Ballesteros de Torres]. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.
- Freud, S. (1927). *El porvenir de una ilusión*, (VIII), 2961-3016. En *Obras completas* (IX volúmenes) [Traducción de L. López Ballesteros de Torres]. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.
- Freud, S. (1932 [1933]). Lección XXXII La angustia y la vida instintiva, (VIII), 3146-3163. En *Obras completas* (IX volúmenes) [Traducción de L. López Ballesteros de Torres]. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.
- Fonagy, P. & Target, M. (1996). Playing with reality I and II. En *International Journal of Psychoanalysis*, (77), 217-459.
- Fonagy, P. & Target, M. (2000). Playing with reality III. En *International Journal of Psychoanalysis*.
- Goldman, B. J. (2000). *Anorexia y bulimia: un nuevo padecer*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Gordon, R. (1990). *Anorexia and Bulimia: Anatomy of a Social Epidemic*. Oxford, Cambridge: Blackwell.
- Guimón, J. (1999). *Los lugares del cuerpo. Neurobiología y psicología de la corporalidad*. Barcelona: Fundación Vidal i Barraquer / Paidós.

- Halmi, K. (1995). Hunger and satiety in clinical eating disorders. En K. Brownell & C. Fairburn (eds.) *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*, 247-251. Nueva York: The Guilford Press.
- Heckler, M. & Miller, C. (1994). *Anorexia nervosa: deseo de nada*. Buenos Aires: Paidós.
- Hernández, M. & Lemlij, M. (1999). Internal objects. Theoretical perimeter and clinical contour. En P. Fonagy, A. M. Cooper & R. S. Wallerstein (eds.), *Psychoanalysis on the Move. The Work of Joseph Sandler*. Londres: The New Library of Psychoanalysis.
- Hinshelwood, R. D. (1989). *Diccionario del Pensamiento Kleiniano*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hoek, H. W. (1995). The distribution of Eating Disorders. En K. Brownell & C. Fairburn (eds.) *Eating Disorders and Obesity: Comprehensive Handbook*, 207-212. Nueva York: The Guilford Press.
- Holtz, V. (1995). Antecedentes históricos de la anorexia nervosa. En *Addictus*, 2 (9), 15-16. www.valerioo@yahoo.com. Recuperado el 16 de junio de 2004.
- Kristeva, J. (1993). *Las nuevas enfermedades del alma*. Barcelona: Cátedra.
- Kristeva, J. (1997). *Sol Negro. Depresión y melancolía*. Caracas: Monte Ávila.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (1993). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Labor.
- Laufer, M. (1997). *Adolescent Breakdown and Beyond*. Londres: Karnac.

- Lelwica, M. M. (1999). *Starving for Salvation: The Spiritual Dimensions of Eating Problems among American Girls and Women*. Oxford: University Press.
- Marty, P. (1995). *La psicossomática del adulto*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Masson, J. M. (ed.) (1986). *Sigmund Freud: Masson a Wilhelm Fliess. Manuscritos y notas de los años 1883-1904 (Masson)* [Traducción de J. L. Etcheverry]. Buenos Aires: Amorrortu.
- Masson, J. M. (ed.) (1985). *El asalto a la verdad: la renuncia a la teoría de la seducción*. Madrid: Seix Barral
- Matzkin, V. (2001). Los orígenes de la anorexia y la bulimia nervosa (vol. 9). En www.nutrinfo.com.ar. Recuperado el 16 de junio de 2004
- McDougall, J. (1995). *Teatros del cuerpo*. Barcelona: Julián Yéñez.
- Minuchin, S. (1978). *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*. Harvard: University Press.
- Moorey, J. (1991). *Living with Anorexia and Bulimia*. Manchester: University Press.
- Ogden, C. K. (1964). *El significado del significado*. Buenos Aires: Paidós.
- Oliver, K. (1997). *The Portable Kristeva*. Nueva York: Columbia University Press.
- Pally, R. (1998). El procesamiento emocional: la conexión mente cuerpo. En *The International Journal of Psychoanalysis*, (79), 349-362.
- Parry-Jones, B. & Parry-Jones, W. (1995). History of Bulimia and Bulimia Nervosa. En K. Brownell, & C. Fairburn (eds.), *Eating Disorders and*

- Obesity: A Comprehensive Handbook*, 145-151. Nueva York: The Guilford Press.
- Pichon-Rivière, E. (1975). *El proceso grupal: del Psicoanálisis a la Psicología Social*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Roudinesco E. (1998). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós
- Segal, H. (1957). Notes on symbol formation. En *International Journal of Psychoanalysis*, (38), 391-397.
- Selvini Palazzoli, M. (1974). *Self Starvation: From the Intrapsychic to the Transpersonal Approach to Anorexia Nervosa in the Human Context*. Londres: Chaucer.
- Silverman, J. A. (1995). History of anorexia nervosa. En K. Brownell & C. Fairburn (eds.), *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*, 141-144. Nueva York: The Guilford Press.
- Sivak, R. & Wiater, A. (1997). *Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos*. Buenos Aires: Paidós.
- Stern, S. (1989a). *The Interpersonal World of the Infant: A view from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. Nueva York: Basic Books.
- Stern, S. (1989b) The pre-narrative envelope: an alternative view of unconscious phantasy in infancy. Artículo presentado en el Seminario: Psychoanalysis and Artificial Intelligence, dirigido por André Haynal.
- Stewart, E. A. (1967). *Psychoanalysis: The First Ten Years (1888-1898)*. Londres: Collier-Macmillan.

- Stolorow, R. D. (1992);. Trauma and Pathogenesis. En *Contexts of Being. The Intersubjective Foundations of Psychological Life*. Nueva York: The Guilford Press.
- Wilfley, D. E. & Rodin, J. (1995). Cultural influences on eating disorders. En K. Brownell & C. Fairburn (eds.), *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*, 73-77. Nueva York: The Guilford Press.
- Winnicott, D. W. (1936). Apetito y trastorno emocional. En *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Laia.
- Winnicott, D. W. (1945). Desarrollo emocional primitivo. En *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Laia.
- Winnicott, D. W. (1947). El odio en la contratransferencia. En *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Laia.
- Winnicott, D. W. (1949). La mente y su relación con el psiquesoma. En *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Laia.
- Winnicott, D. W. (1954-1955). La posición depresiva en el desarrollo normal. En *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Laia.
- Winnicott, D. W. (1956). La preocupación maternal primaria. En *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Laia.
- Winnicott, D. W. (1957). La mente y su relación con el psiquesoma. En *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Laia.
- Winnicott, D. W. (1965). El concepto de trauma en relación con el individuo dentro de la familia. En *Exploraciones Psicoanalíticas 1*. Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. W. (1975). *El proceso de maduración del niño*. Barcelona: Laia.

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

Zusman, L. (2000). *Las conductas alimenticias en adolescentes mujeres de Lima Metropolitana: sus manifestaciones y características personales y familiares asociadas*. Tesis de Maestría no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima.

Zusman, L. (2003). *La dinámica familiar en la familia anoréxica*. Documento de la Maestría en Estudios Teóricos en Psicoanálisis. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima.

