Notas sobre la anorexia: la batalla por la comida

Héctor Ferrari

INTRODUCCION

En todo proceso analítico se manifiestan fuerzas, representadas en vínculos intra e inter-subjetivos, dinámicamente en pugna. La sesión analítica convoca trabajo y un esforzar *(drängen)* pulsional desde ambos lados. En ocasiones, como en casos graves de anorexia, alcanzan la magnitud de una batalla, donde la vida misma puede estar en juego. Por suerte no siempre es así pero, llamados a intervenir, nos lleva a repensar nuestra propia función como analistas. No menos importante es preguntarnos, más allá de las teorías consabidas, qué hace que los trastornos de la alimentación tengan tan difundida presencia en la cultura. En atención a esta última cuestión, comienzo con un relato de ficción literaria.

Kafka (1922) escribió un cuento corto: "Un artista del hambre". Es la historia de un ayunador profesional, a quien exhibían públicamente por períodos de cuarenta días, al cabo de los cuales, cuando le interrumpían el ayuno e insistían en darle de comer, protestaba airadamente: ¿por qué querían suspender el ayuno precisamente ahora si podía resistir mucho más, un tiempo ilimitado? ¿Por qué finalizar cuando estaba en lo mejor del ayuno? ¿Por qué interrumpir el ayuno si él decía ser, al mismo tiempo, *"un espectador de su hambre completamente satisfecho?" "¿Por qué arrebatarme la gloria de seguir ayunando?"* El público, entre sorprendido e incrédulo lo observaba. Cuando el espectáculo perdió vigencia, sus guardianes se olvidaron de él y de la jaula, pero él siguió ayunando hasta que un día lo encontraron al borde de la muerte.

Entonces se lo oyó decir: *"Había deseado toda mi vida que admiraran mi resistencia al hambre. Pero no deberían admirarla"*.

"¿Por qué no?" le preguntaron.

"Porque me es forzoso ayunar, no puedo evitarlo" –dijo el ayunador.

"Pero, ¿por qué no puedes evitarlo?"

"Porque –dijo el artista del hambre, levantando apenas la cabeza– *no pude encontrar comida que me gustara. Si la hubiera encontrado, puedes creerlo, no habría hecho ningún cumplido y me habría hartado como tú y como todos"*.

Estas fueron sus últimas palabras. En sus ojos quebrados, mostrábase la firme convicción, aunque ya no orgullosa, de que continuaría ayunando. Es de notar la intención *"esforzante"* de querer seguir la batalla hasta sus últimas consecuencias. Lo enterraron y en la jaula pusieron una pantera joven. Era un gran placer, ver a la hermosa fiera que se revolcaba y daba saltos. La comida que le gustaba se la traían sus guardianes sin largas cavilaciones. Ni siquiera parecía añorar la libertad. Aquel noble cuerpo, provisto de todo lo necesario para desgarrar lo que se le pusiera por delante, parecía llevar consigo la propia libertad, escondida en cualquier rincón de su dentadura. Y la alegría de vivir brotaba con tan fuerte ardor de sus fauces, que no les era fácil a los espectadores poder hacerle frente. El contraste sugerido entre el ayunador y la pantera es por demás significativo.

El ayunador –cuenta Kafka– *estaba fanáticamente enamorado del hambre*. No encontraba una comida que le gustara porque esa comida no existe. He aquí, expresada a medias, la 'verdad' del síntoma. Se entiende porqué Lacan (1995) dice: lo importante no es que el anoréxico no come, sino que *come nada.* Nada es el objeto de deseo, de nada. El anoréxico se deleita en comer *nada,* lo otro que no existe, el vacío.

Se podría plantear si el ayunador era o no un anoréxico. El no expresa en ningún momento tener hambre. En su lugar, dice *"estar satisfecho con el hambre",* esto es colmado o saciado por el hambre. Curiosa inversión. ¿Podemos suponer aquí el resultado de una enérgica desmentida (*verleugnung*) con el agregado sintomático de una dislocación, mudanza o *tras-torno* [1] *(Ver-kehrung)* que el ayunador

[1] Tras-tornar: *(Ver-kehrung)* torcer, dar la vuelta, inversión en lo opuesto, contrario. Son harto numerosos los pasajes en que Freud sostiene que los opuestos coinciden en el inconsciente aunque es la segunda instancia la que introduce el tras-torno. ¿Podría responder a algún aspecto genérico básico del ser humano? ¿Resultado de la represión primordial? Acaso etimológicamente *perversión* también sea una buena traducción para *Ver-kehrung,* y que en el síntoma y en el sueño aparezca con tanta frecuencia un mundo *tras-tornado* por la cultura. En sintonía,

hace de sus sensaciones corporales? Las sensaciones de hambre y saciedad parecen estar *tras-tornadas* en la anorexia bulimia. Estos trastornos constituyen un punto frágil de la desmezcla pulsional y en consecuencia el lugar de la posible emergencia de la pulsión de muerte, a un paso del *negativismo terapéutico*. Como sea, el ayunador se separa de su cuerpo y cicatriza *autocráticamente* su Yo por medio de un delirio de grandeza cuyo contenido manifiesto es el ayuno.

COMENTARIOS GENERALES

Las referencias a la comida y la multiplicidad de complicaciones que genera inundan las horas de análisis y la vida social. No hay asombro posible: nuestra temprana vida mental se organiza en torno a la alimentación y el primitivo vínculo con el objeto es la *devoración*. El circuito libidinal más originario involucra a la nutrición. Pero en análisis, el alimento puede ser un referente más o trasformarse, como en el artista del hambre, en el hilo conductor de una batalla. Este campo es tan inabarcable que me limito sólo a unas pocas notas.

Recortaré mi exposición sólo a la anorexia. Pero, como dice Recalcati (1997): *"La bulimia es un dialecto de la anorexia"*. Es que la anorexia y la bulimia constituyen los polos de una oscilación recíproca, en vez de indicar dos posiciones subjetivas diferentes. Es llamativo que no se haya incluido este movimiento junto a otras polaridades del 'alma' como activo-pasivo, sadismo-masoquismo, ver-ser visto, etc. las que para Freud son expresión de un tras-torno *(Ver-kehrung)* hacia lo contrario en los destinos de pulsión o en el mecanismo de formación de síntomas (ver nota a pie de página).

Y en especial, un tema apasionante: la feroz batalla centrada en la alimentación que puede llegar a poner en vilo la autoconservación.[2] Porque acá interviene la estructura inconsciente de las relaciones objetales, pero también, como en ningún otro trastorno, la ferocidad del circuito pulsional.

Meltzer (1998) señala que la compulsión anoréxica es una necesidad desesperada de un objeto bueno llenando un espacio vacío *"pero se equivoca del lugar y del objeto con que llenarlo"*.

[2] En el "Esquema del Psicoanálisis", Freud (1938, pág. 180) dice: "Entre los neuróticos hay personas en quienes, a juzgar por todas sus reacciones, la pulsión de autoconservación ha experimentado un tras-torno *(Ver-kehrung).* Parecen no perseguir otra cosa que dañarse y perseguirse a sí mismos. Quizá pertenezcan también a este grupo las personas que al fin perpetran realmente el suicidio".

Aunque cada vez hay más trabajos desde la Psiquiatría sobre el tema, no hay muchos desde el Psicoanálisis. En éstos, algunos (Meltzer, D., 1998; Lawrence, M., 2002) destacando las dificultades en términos de relaciones objetales y su incidencia en la transferencia; otros, desde la vertiente lacaniana (Lacan, J., 1984), acentuando la dimensión del goce pulsional y *'el apetito de muerte'*. Desde esta última interpretación, el rasgo discursivo dominante en la anorexia es una pasión narcisista por el vacío, el punto más íntimo del sujeto, una falta radical incalmable en el ser que no puede ser saturada por ningún objeto.

La fenomenología clínica es infinita, pero la estructura subyacente es crucial. Distinguiría tres agrupamientos: la anorexia que remite a una estructura fóbico neurótica, la anorexia nerviosa, con una estructura dinámicamente psicótica y una anorexia que es casi parte de una psicosis clínica. No hay una literatura psicoanalítica unificada pero detallo algunos funcionamientos que habitualmente se destacan:

Distintas vertientes teóricas acentúan el *tras-torno* del Ideal: el perfeccionismo, la tendencia al sacrificio, el ascetismo, rasgos que se describen, principalmente en las anorexias restrictivas, expresiones de un riguroso Superyó narcisista en su constitución y que además se nutre de manera anómala de ciertos valores de la cultura, como delgadez, belleza, perfección, auto-control, etc. Por eso, la condición que precipita la descompensación suele ser una falla en el sentimiento de dominio para alcanzar una meta y de poder controlar su vida. Simplemente, una herida narcisista al sistema de control omnipotente. Los imperativos del Superyo no tienen tanto que ver con la obligación del cumplimiento de preceptos morales –cuidado del otro, sentimientos de culpa– sino con la imposición de metas que conduzcan a la identificación idealizada con un Yo infatuado, repleto de certezas cuasi delirantes referidas a la alimentación y al cuerpo. Y, en la medida en que el cuerpo no responde a sus deseos, la anoréxica redobla sus esfuerzos para separarlo, alienarlo, desmentirlo, tratando de controlar el desorden orgánico, incluso castigarlo masoquístamente, a contra corriente de cualquier esfuerzo terapéutico.

El predominio de la anorexia en la mujer habla de dificultades en torno a la femineidad, típicamente pre-edípicas. La clínica acredita tres momentos para la anorexia bulimia: menarca, premenstruo y posparto, ocasiones en que *'la madre reingresa en el cuerpo'* de la mujer, una intromisión indeseable y conflictiva. La facilita las

enérgicas tendencias introyectivas y la fuerza de los impulsos orales presentes en la niña (Klein, M., 1928). Existe en ella, más que en el varón, la necesidad de un desgarrón del Otro materno, evitar ser un todo con la madre y quedar atrapada en ella. La anorexia puede ser una salida a la madre intrusiva e invasora: diciendo obstinadamente 'no', introduce un principio de separación con el Otro materno.

La anorexia toca un aspecto central de la sexualidad femenina: la clínica muestra una diversidad y singularidad de configuraciones subyacentes que tienen sólo en común la profunda vulnerabilidad narcisista del período de la pubertad y la adolescencia femenina, desbalance que encuentra una ilusión compensatoria en la fetichización [3] de la delgadez que la cultura le ofrece.

Freud (1931) señala claramente los distintos motivos en la mujer para separarse del objeto madre y dirigirse al padre, entre otros, el reproche de no haberla dotado de pene, de haberla parido mujer. Pero además:

"No sin sorpresa se oye otro reproche, que se remonta un poco menos atrás: la madre dio escasa leche a su hija, no la amamantó el tiempo suficiente… parece que nuestras niñas permanecieron in saciadas para siempre, como si no hubieran mamado el tiempo suficiente del pecho materno… ¡Tan grande es la voracidad de la libido infantil (la madre la nutrió de manera insuficiente)".

Más adelante señala los deseos agresivos orales y sádicos reprimidos que aparecen *"como angustia de ser asesinada por la madre, a su vez justificatoria del deseo de que la madre muera, cuando éste deviene consciente... Uno quiere devorar a la madre de quien se nutrió".* Basta observar una anoréxica en la mesa para comprobar el sadismo oral y sus defensas.

Por último, los estudios coinciden en señalar que en la relación a menudo fusional madre hija hay falta o ausencia de la función paterna, una debilidad en el ejercicio de su función ordenadora, normativa, respecto a poner límite a los deseos maternos canibalís-

---

[3] Si la delgadez es un fetiche de la cultura, vale la pena recordar cómo cierra Freud su trabajo sobre *Fetichismo:* "Un paralelo del fetichismo en la psicología de los pueblos, sería la costumbre de los chinos de mutilar primero el pie femenino para luego venerar a lo mutilado como un fetiche. Se diría que el hombre chino quiere agradecer a la mujer haberse sometido a la castración" (Freud, S., Fetichismo, 1927, *A.E.,* XXI). La delgadez como Ideal estaría también sostenida en la cultura por la angustia de castración del varón.

ticos. Cuanto más acentuada esta constelación, más grave es la situación, más fallas en la capacidad de simbolización.

UNA MIRADA DESDE LA CULTURA

Se ha insistido mucho en el impacto que tiene el discurso social en la difusión creciente de la anorexia, entendida casi como un 'síndrome cultural'. ¿Qué lugar tiene la cultura en la patología? Por empezar, hace pensar en el complicado 'salto' de la ferocidad de la pantera a los deseos *tras-tornados* del ayunador.[4] Luego, la cultura se originó por el desasimiento a los deseos humanos más primitivos, entre ellos el canibalismo (Freud, S., 1927). Visto desde la horda primitiva (y del niño contemporáneo) el acto de comer sigue siendo una destrucción del objeto con la meta última de la incorporación (Freud, S., 1940). En el banquete totémico el primitivo se animaba a reiterar el canibalismo siempre que participaran todos, en una ceremonia ritual que compartía la culpa de la devoración. Hoy día la ruptura moderna de la comensalidad, el comer con otro, está en cuestión. La anoréxica no está dispuesta a participar en la comida sino, en el mejor de los casos, a dar de comer. Es cierto que la cultura 'alimenta' con valores e ideales socialmente compartidos (delgadez, dietas, autocontrol, etc.) pero que encuentran su 'nicho' colectivo en efectos inevitables de una represión primordial tan primitiva como poderosa. Aunque la anorexia parece un acontecimiento ajustado a los tiempos modernos, es parte de un *hecho estructural* mayor que se entiende mejor desde el 'ruido de fondo' que genera el "Malestar en la cultura" (Freud, S., 1930).

MATERIAL CLINICO

Deseo rescatar para la presentación un historial de Freud (1892-3), *Un caso de curación por hipnosis,* una histeria de ocasión: una joven señora de 20 a 30 años, deseaba conscientemente alimentar a sus hijos. Hubo un primer ensayo de lactancia fallido de 15 días,

[4] Nietzsche (1887) se pregunta en la *Genealogía de la Moral,* antes que Freud, por el sentido de la Cultura. "El proceso de la Cultura ha consistido en sacar del 'hombre' como animal rapaz, mediante la crianza, un animal manso y civilizado, un animal doméstico".

no tenía leche, estaba inapetente y con náuseas. Insomne y excitada no pudo amamantar. Tres años después, tiene un segundo hijo y los empeños para amamantarlo resultaron más penosos aún. Devolvía todo, irritada cuando le traían el alimento, insomne. Al cuarto día lo llaman a Freud, a quien reciben con mucha desconfianza. Freud la encuentra furiosa por su incapacidad para alimentar al niño. Entonces, le hace una serie de sugestiones bajo hipnosis: *'No tenga miedo, será una excelente nodriza, el niño se criará divinamente, tiene usted un gran apetito y está deseando comer'*. La intervención tuvo su resultado favorable pero al día siguiente frente a la vista del *almuerzo copioso* recae: reaparecen los vómitos, tiene repugnancia y desde ese momento no le pudo dar el pecho, con los riesgos consiguientes a la vida del bebe. *"Decidí* –dice Freud– *ser más enérgico, dije a la enferma que cinco minutos después de mi partida, ella increparía a los suyos reprendiéndolos un poco, que donde estaba su comida, si tenían el propósito de hambrearla, con qué creían que alimentaría al niño si no comía nada, etc."*. Al día siguiente, cuando vuelve, la mujer tenía un apetito excelente y leche abundante para el bebe, cuando lo ponían al pecho no experimentaba la menor dificultad. Al marido le había parecido un poco ominoso que la noche anterior ella exigiera alimento con tanto arrebato apenas Freud se hubiera ido y *dirigiera a la madre unos reproches que nunca se había permitido antes.* Lo cierto es que desde ese momento todo anduvo bien. La vio y certificó el buen estado de ambos durante ocho meses. Un año después hubo otro episodio similar. *"Sólo halle incomprensible e irritante que nunca se hablara entre nosotros de aquel asombroso logro"*. Parece que Freud también esperaba ser alimentado.

Freud le dice a una paciente agitada por una depresión posparto que ella se debe despertar furiosa y embestir contra la madre. Su interpretación reconoce el deseo consciente de alimentar al bebé y sus deseos inconscientes frustrados de ser alimentada. Indirectamente interpreta sus deseos orales agresivos y los redirecciona hacia la madre reclamándole que la alimente. Le pone de manifiesto su identificación envidiosa con el bebe y su rabia por su propio hambre infantil insatisfecha. Sus propias necesidades de ser nutrida habían sido reactivadas bajo las demandas de la alimentación materna. Necesitaba la autorización paterna en la persona de Freud (que conocía a la paciente desde que era niña) para reclamarle a la madre su lugar.

Freud capta lo que parece sentir la pacienta: *Yo quiero alimentar a mi bebe. No quiero que mi madre lo haga por mí. No quiero sentirme fusionada con ella*. Con la interpretación Freud parece suplir una función paterna fallida: *exija que ella le dé comida para que usted alimente su bebe*. Freud pudo despegar a la paciente de la madre e instalarla a ella como madre nutricia (la anorexia es no comer para no ser comido). En este caso, no se trataba de una forclusión de la función paterna sino de un debilitamiento en su función ordenadora del deseo materno que Freud suple con su intervención. Después de un tiempo la madre confesó: *"Me daba vergüenza que algo como la hipnosis saliera adelante donde yo, con toda la fuerza de mi voluntad, resulté impotente"*. En esta ocasión, con una meta terapéutica clara, y con una actitud *más enérgica* (sic), Freud ganó la batalla y pudo con la anorexia.

Paso a una situación clínica más comprometida: una paciente de unos 20 años, una anorexia crónica, extremadamente delgada y clínicamente frágil, con internaciones previas, es presionada por el equipo clínico que la asiste y la familia para que se analice nuevamente. Como es de rigor, la paciente no encuentra razones para hacerlo, no reconoce su gravedad pero cede pasivamente. Hija única de padres profesionales, mostraba la clásica obsesión con el peso, las calorías, rechazo al alimento y, cada tanto un atracón del que salía con vómitos provocados, hiperactividad y redoblando la dieta. Cuando era presa de un ataque de voracidad iba a la heladera, sin que nadie la viera, y con una cucharita revolvía y raspaba un poquito todo lo que encontraba, mezclaba todo, lo dulce, lo amargo, lo salado, como si fueran los desperdicios del tacho de basura y luego iba al baño a vomitar. Primero retenía el objeto ideal y luego lo expulsaba en el vómito como objeto inmundo. Parecía confundir el alimento con las heces, mientras idealizaba el recto y los contenidos fecales. Era parte del alejamiento emocional del pecho, negando su dependencia de él y desvalorizándolo en su capacidad nutricional (Ferrari, H.; Barugel, N., 2008).

Hablaba del cuerpo todo el tiempo, del horror a aumentar de peso. *"Me aburre la comida, busco algo diferente, exquisiteces, algo raro, no tiene que ver con comer sino con buscar algo exótico, no es un atracón, a veces ni siquiera tengo hambre"*. No tenía menstruaciones desde hacía meses y en un momento el material y mis intervenciones giraban en torno a su sexualidad y la angustia que le generaba la fantasía de una penetración violenta. Un sueño mostraba su sadismo

oral autodestructivo con las interpretaciones. *Soñó que había mordido un vaso y se había clavado los vidrios en la boca. Sangraba profusamente Trataba de sacar los fragmentos con la mano, sentía náuseas que le provocaban vómitos.* Cuando le señalé que aunque ella parecía cortar mis intervenciones en pedacitos para no permitir que hicieran efecto, se le transformaban en heridas dolorosas, respondió: *"No se haga ilusiones con lo que me dice, yo no como vidrio"*.

Su discurso sobre el cuerpo mostraba problemas de simbolización. Comer una galletita podía deformarle la cadera o las nalgas. No se trataba de un síntoma neurótico, como retorno simbolizado de lo reprimido. Así, por ejemplo, cuando hablaba de tener el cuerpo 'hinchado', sentía en forma *concreta* la presión agobiante e intrusiva de una madre metida en ella 'que la hinchaba'. Más que una alteración de la imagen corporal, parecía un delirio somático, un intento limitado de restitución psicótica. El cuerpo deseado de la anoréxica, la deformación corporal que implica, nos recuerda al 'miembro fantasma' del amputado.

Tempranamente, la relación transferencial mostró la pelea por la autonomía, el carácter de indómita y rebelde. Revelaba un intenso deseo de controlar y tomar posesión del analista y simultáneamente terror a cualquier actividad de mi parte que fuera considerada intrusiva. Ella estaba a cargo de su cuerpo, nadie más sabía de él y de sus riesgos, como si lo hubiera engendrado ella misma. Ni el analista ni los clínicos podían opinar. Es bastante frecuente que la batalla por la autonomía comience, como en este caso, por dificultades en torno al encuadre –cambios de horarios y de sesiones– que efectivamente son usados para poner a prueba tal condición de control por su parte. De manera que el reto técnico que se presentaba era generar una relación terapéutica en que la paciente mantuviera algún grado de control sobre la relación –por medio de la distancia u otros recursos– y, al mismo tiempo, se pudieran generar condiciones que le permitieran el reconocimiento de la profunda necesidad de contacto afectivo. Muy difícil.

Lo mismo sucedía con las interpretaciones transferenciales que la paciente consideraba una suerte de intrusión, control excesivo o humillación. La desconfianza y reticencia era la norma y debemos entenderla como la extrema sensibilidad de la paciente en querer ser ella la única que ponía las reglas para la constitución de esa identidad tan ansiada y tan extraviada que perseguía. Si su analista fuera una

persona autónoma sería intolerable para ella, todo sentido de relación con el objeto era impensable y amenazante.

Gradualmente empezó a traer material a las sesiones relacionado con los miembros del equipo clínico que la atendía, en especial el médico, el ginecólogo, la nutricionista. Trataba de sorprenderlos en contradicciones mutuas y en posiciones divergentes que, de hecho muchas veces aparecían en el manejo de su cuidado clínico. Los trataba indistintamente de manera hostil o seductora. No sólo se encantaba de percibir enfoques encontrados *(¿Es momento o no es momento para internarla, está en riesgo o puede seguir ambulatoria? ¿Hay que exigirle que coma o no?)* sino que se deleitaba en potenciar las diferencias en un intento proyectivo masivo de controlar su amenazado mundo interno en el equipo clínico. Destacaba quien percibía su fragilidad clínica y la consiguiente amenaza de muerte o quien asumía la insistencia en el control de la dieta y las calorías y acentuaba las divergencias entre ellos. Se agregaba a veces que me confesaba que concebía 'trampas' con alguno de ellos, como negar el uso que hacía de purgantes o de vomitivos. Guardaba en extremo secreto el vomitar. También buscaba y encontraba sutiles 'diferencias' entre el trabajo nuestro y el de los clínicos. Las interpretaciones intentaban recuperar esos aspectos proyectados y desplegados también en la transferencia, con éxito relativo (una de sus maniobras defensivas consistía en brindar lo que parecía un 'excelente' proceso analítico en torno a aspectos infantiles de su sexualidad, mientras las variables clínicas se desbarrancaban y el peso llegaba a los 40 kilos).[5]

Pero una vez, en un momento de evidente fragilidad clínica, luego de un intento interpretativo de mi parte, me preguntó porqué me ocupaba de lo que le pasaba con el equipo clínico. Le recordé que le había dicho al comienzo del análisis: que yo, si lo consideraba necesario, iba a estar en contacto con el equipo para conocer su estado clínico, que no iba a ser parte del mismo ni de sus decisiones, y que

[5] Casi como al pasar, en su trabajo sobre la transferencia, Freud (1912) se pregunta si la resistencia de transferencia se manifiesta sólo en el psicoanálisis. Por el contrario, encuentra que es de lo más activa en los establecimientos de salud no analíticos. Esta transferencia institucional (al grupo humano asistencial que la sostiene) tiene, dice Freud, por un lado una excepcional intensidad negativa (a menudo erotizada) y por otro, está velada *(beschögnigt),* sofocada, desconocida por los destinatarios del equipo de salud, lo cual la hace potencialmente más explosiva.

por supuesto quedaría preservada la privacidad de su análisis. Mi recordatorio fue enérgicamente desmentido por ella y originó una explosión de furia y reproches: había violado su intimidad, la traicionaba, la dejaba expuesta, etc. Recibí una andanada de reclamos que duraron varias semanas pero le reiteré varias veces mi postura: me iba a manejar con la libertad necesaria cuando yo lo considerara imprescindible y no sólo ella. Amenazó varias veces con abandonar el análisis y de hecho faltó a muchas sesiones. Pero me mantuve en mi posición

Curiosamente, luego de un tiempo, y al cabo de una verdadera batalla, su declamada arrogancia y control omnipotente sobre nuestra tarea comenzó a ceder y a mejorar significativamente el trabajo que llevaba con ella el equipo médico. Simultáneamente sentí un cierto desasimiento de ella. Parecía como si algo se hubiera roto, creado un espacio, se hubiese abierto una grieta que permitía un diálogo más revelador y fecundo. Logramos trabajar algo de su participación personal en todo aquello de lo que se quejaba, reconocer qué parte tenía ella en su sufrimiento. En una ocasión me dijo: *"Pero no le perdono que haya roto mi dieta"*. El análisis siguió unos años más, la estructura anoréxica se mantuvo más o menos intacta pero el peligro de muerte, esta vez, se alejó de su vida. Por un momento se había podido conmover la estructura monolítica de la paciente, producir una resquebrajadura en la identificación idealizante de la anorexia y posibilitar una entrada más profunda en análisis.[6]

Una reflexión sobre el trabajo analítico en labor simultánea con un equipo clínico. Con la anorexia, el equipo de salud tiene sus propios objetivos clínicos: que la paciente aumente de peso, que se aleje del riesgo de muerte, que se alimente, etc., entablando en sus propios términos, la batalla por la comida. Si bien en sí mismos son inobjetables, a menudo significan *obturar el síntoma* (en paralelo al reclamo familiar y social). Por su parte, el dispositivo analítico no puede dejar de escuchar el fragor de la batalla ni estar ajeno a sus secuelas, pero debe procurar atender la *exigencia de verdad del*

---

[6] Cabe recordar un comentario de Meltzer (1998) en una situación similar con una paciente anoréxica: *"Creo que en estos tiempos me siento muy impaciente cuando tropiezo con la transferencia preformada porque es una pérdida de tiempo... Prefiero dejar que ella juegue su juego y mostrarle que no está trabajando sino que está en un fraude o una farsa"*. Por el contrario sostengo que si el analista siente que está ante una 'pérdida de tiempo' con la paciente, debe analizar su propia posición en la contra-transferencia.

síntoma. El análisis no está para sofocar sino para develar el síntoma. Es clave, entonces, dejar coexistir los cuidados médicos y los del análisis, por contradictorios que parezcan. Si surgen conflictos, su resolución será una tarea que en última instancia correrá por cuenta del analista *dentro del propio análisis del paciente.*

A MODO DE CIERRE

Hay acuerdo en sostener que un análisis no debe apuntar ni centrarse específicamente en el síntoma. Pero hay síntomas, como en la anorexia, que monopolizan el proceso analítico y despliegan la ferocidad de una batalla. La situación es más difícil si por un lado existe o se presume amenaza de muerte y por el otro una desmentida monolítica del paciente sobre su condición. En este trabajo se presentaron dos intervenciones que, de alguna manera intentaron de manera diferente, romper el circuito de la batalla por la comida. También se hizo mención al problema que plantea la simultaneidad de cuidados médicos y psicoanalíticos en la anorexia.

BIBLIOGRAFIA

FERRARI, H. (2008) (con N. Barugel) En *Salud Mental en Medicina,* Corpus.

FREUD, S. (1892-93) Un caso de curación por hipnosis. *A.E.,* Tomo I.

— (1912) Sobre la dinámica de la transferencia. *A.E.,* Tomo XII.

— (1927) El Porvenir de una Ilusión. *A.E.,* Tomo XXI.

— (1930) El Malestar en la Cultura. *A.E.,*Tomo XXI.

— (1931) Sobre la sexualidad femenina. *A.E.,* Tomo XXI.

— (1940) Esquema del Psicoanálisis, *A.E.,* Tomo XXIII.

KAFKA, F. (1922) El artista del hambre. *Ein Hungerkünstler.*

KLEIN, M. (1928) Early stages of the Oedipus complex. En *Love, Guilt & Reparation,* London, Hogarth Press.

LACAN, J. (1984) *Les complexes familiaux dans la formation de l'individu.* Navarín, París.

— (1995) *Le Seminaire,* Livre IV*, La relación d'object.* Seuil, París.

LAWRENCE, M. (2002) Body, Mother, Mind. *Inter. J. of Psychoanaly,* 83: 837-850.

MELTZER, D. Y HARRIS, M. (1998) *Adolescentes.* Spatia E., Buenos Aires.
NIETZSCHE, F. W. (1887) "Genealogía de la Moral", Tomo III. *Obras Completas,* Ed. Prestigio, Buenos Aires, traducción del alemán: Pablo Simón, Prologo, Astrada.
RECALCATI, M. (1997) *La última cena: anorexia y bulimia.* Ediciones del Cifrado.

Trabajo presentado: 3-6-2010
Trabajo aceptado: 23-6-2010

Héctor Ferrari
Laprida 1898, 12º "K"
C1425EKR, Capital Federal
Argentina

E-mail:hferrari@sinectis.com.ar