

IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos
Aires, 2017.

Un cuerpo sin voz (\$): un caso clínico de anorexia.

Kugler, Maria Victoria.

Cita:

Kugler, Maria Victoria (2017). *Un cuerpo sin voz (\$): un caso clínico de anorexia. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-067/268>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eRer/Vnz>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

UN CUERPO SIN VOZ (\$): UN CASO CLÍNICO DE ANOREXIA

Kugler, Maria Victoria

Hospital General de Agudos Dr. "Cosme Argerich". Argentina

RESUMEN

En el siguiente trabajo mediante la presentación de un caso clínico y revisión bibliográfica, se intentará esbozar qué es la anorexia para el psicoanálisis, cuál es la posible dirección de la cura, puntualizando las dificultades que emergen en esta clínica, en sus maniobras por separarse del Otro. Asimismo se indagará sobre cuáles son las posibles estrategias del analista teniendo en cuenta que la pregunta asfixia, igual que la papilla y el uso de la interpretación podría producir el efecto de presentificar este Otro que no soporta la falta.

Palabras clave

Anorexia, Psicoanálisis, Analista, Caso clínico

ABSTRACT

A BODY WITHOUT A VOICE (\$): ANOREXIA CLINICAL STUDY

The following will attempt, via the presentation of a clinical study and a study of the literature, to define anorexia in terms of psychoanalysis, to outline possible paths towards a cure, stating the difficulties that arise from this study and its attempts to separate itself from the Other. Furthermore, possible analytical techniques will also be investigated, bearing in mind that these enquiries cause the patient to choke as much as the food given to them, and the use of interpretation may cause this Other, which cannot stand the blame, to be made tangible.

Key words

Anorexia, Psychoanalysis, Psychoanalyst, Clinical study

Introducción

Guadalupe es una paciente de 16 años de edad que tras consultar en el equipo de adolescencia de un hospital general de la Ciudad de Buenos Aires, es internada en el servicio de pediatría por bajo peso. La paciente ingresa con 24 kg y un IMC=9,8. Por pedido de interconsulta de dicho servicio, se comienza a entrevistar a la paciente desde el servicio de Salud Mental.

Durante los primeros días, Guadalupe permanece acompañada principalmente por su padre, quien a pesar de entrevistar insistentemente mediante preguntas concretas y sencillas para recabar información sobre la alimentación de su hija, manifiesta no saber qué sucedió con ella, ya que refiere que se alimenta en todas las comidas sin dificultades. Es por esto que durante las primeras semanas el equipo de pediatría realiza varios estudios para descartar finalmente origen orgánico.

Se pide intervención al equipo de psiquiatría para su evaluación y seguimiento quienes indican Paroxetina 20 mg y se indica tratamiento familiar con otro equipo terapéutico.

Durante todo el tratamiento se realiza una reunión semanal o quincenal con todo el equipo interdisciplinario tratante (Psiquiatras, Psicólogas de familia, Pediatras y Nutricionistas), gracias a quienes fue posible el tratamiento individual con Guadalupe ya que su analista pudo desentenderse (o al menos intentarlo) de su situación clínica y nutricional.

En las primeras entrevistas se indaga acerca de la relación de la paciente con la comida, quien refiere con dificultades que su alimentación consta solo de verduras, frutas y pescado. Al mismo tiempo se indaga acerca de su imagen corporal, no presentando alteraciones. La paciente se reconoce "flaquita", de bajo peso.

Cuando se le pregunta a la paciente que ocurrió en los últimos meses, la misma relata haber cumplido sus 15 años en el mes de julio, decidiendo sobre la fecha realizar una fiesta para festejar dicho evento. La fiesta se realiza en septiembre luego de muchas dificultades familiares (muerte de su bisabuelo y prima) y problemas económicos. Al indagar sobre esto la paciente relata que partir de esto comenzó a sentirse triste, sin apetito, sin deseos de compartir tiempo con su familia como lo realizaba habitualmente, comenzó a aislarse en su habitación. Si bien durante las primeras entrevistas tanto la paciente como sus familiares ubican un cambio importante a partir del mes de septiembre, lo que hacía pensar en un episodio depresivo, durante el desarrollo del tratamiento se logra ubicar que sus dificultades con la alimentación eran previas a estos sucesos y su estado de ánimo "depresivo" no responde a dichos sucesos. ¿Qué le sucedía a Guadalupe? ¿A qué responde su estado de muerte en vida?

Con el correr de las entrevistas se ubica que la paciente tiene dificultades para expresar su desacuerdo, refiere ser una chica muy educada que sus padres nunca deben llamarle la atención, se evidencia una conducta controladora con su entorno y consigo misma "yo me encargo de todo en mi casa, tengo todo bajo control".

En relación al vínculo con sus padres, los cuales son oriundos de Bolivia, se ubica una relación muy cercana con su madre con quien refiere no tener secretos, considera a su madre como su mejor amiga. A sí mismo refiere dificultades en el vínculo con su padre ya que regularmente no logra mantener un diálogo con él. Se ubica junto a la paciente que en la familia tienen dificultades para hablar de los problemas, ya que cuando surge algún desacuerdo, la madre elige ignorar al padre y luego volver a hablar "como si nada hubiera pasado", esta última frase aparece continuamente en los vínculos familiares.

La paciente tiene una hermana de 18 años de edad a quien la paciente define como un "tiro al aire" cuando se indaga sobre esto, refiere no obedece siempre a sus padres, en pequeñas cosas de la vida cotidiana. Durante el primer tiempo del tratamiento la paciente no ha querido ver a su hermana, ya que no quiere que la vea así.

Cuando se indaga sobre cómo es “así”, la paciente responde con una frase muy habitual en ella que es “no sé”.

Se evalúan escasos signos de adolescencia en la paciente, ya que la misma tiene una presencia infantil, refiere que nunca contradice a sus padres, manifiesta no tener interés en las cuestiones sexuales y otras temáticas propias de la edad.

Luego de esta presentación y antes de continuar con el desarrollo clínico me gustaría compartir las preguntas que se me presentaron durante el tratamiento de Guadalupe y aún hoy continúan acompañándome: ¿Qué es la anorexia para el psicoanálisis? Y ¿Cuál es la dirección de la cura?

Recalcati (2004) plantea que la anorexia no es una enfermedad del apetito, sino una posición del sujeto, donde el problema de la comida es una solución al problema con la relación con los otros, es por esto que el rechazo que tiende a manifestarse fenoménicamente como rechazo a la comida, puede leerse como una maniobra que hace el sujeto en relación al Otro, una maniobra de separación. Es el rechazo de la satisfacción de la necesidad, el comer nada, tiende a defender al sujeto en su singularidad permitiéndole separarse de la demanda asfixiante del Otro. Solo separándose de la necesidad el sujeto puede existir como sujeto deseante. Por esta razón la insistencia de la demanda del Otro puede generar solamente resistencia. Dicha conceptualización es importante para pensar el eje que considero que atraviesa el caso clínico “rechazo-separación”, en el cual se debe tener en cuenta también al Otro materno, tal como lo hace M. Recalcati (2004) y como se puede puntuar en el caso de Guadalupe. Es un otro que se ocupó de asistir todas las necesidades del niño, sin ceder junto a la comida el propio deseo, el propio amor. El Otro de la anorexia lo arto de cosas, lo redujo a una bolsa vacía que debía rellenarse, a un objeto de su propio goce. El otro materno que responde a la demanda de amor ofreciendo cosas (alimento) sin embargo la anorexia quiere del Otro no aquello que el Otro tiene, sino justamente lo que el Otro no tiene, su falta, su deseo.

Es por esto que la dirección de la cura estuvo orientada a sustraer al sujeto de la “papilla asfixiante” del Otro, una apuesta a introducir la dimensión de la falta a través de la distinción entre necesidad y deseo.

“No sé” - “Nosotras” - “Yo”

Partiendo entonces de la hipótesis de que la clínica de la anorexia es una clínica del Otro materno, donde la paciente se encuentra pegada al Otro, donde ya no es *como* la madre, sino que el sujeto *es* la madre, donde algo de la metáfora paterna operó, pero se inscribió demasiado débil, donde el único modo de separación que encontré es vía rechazo, en el trabajo con Guadalupe se apuntó a que encuentre su propio lugar, un lugar no invadido por el Otro, que logre separarse vía lo simbólico.

Durante las primeras semanas de tratamiento en las cuales éramos dos las terapeutas, la paciente respondía a la mayoría de las preguntas con “No sé”, era evidente que el modo habitual de preguntar no funcionaba con ella, fue por eso que comenzamos a conversar sobre los capítulos de la novela televisiva que la paciente habitualmente miraba, lo que nos permitía hablar de diferentes temas como intimidad, relación con los padres, vergüenza, angustia del otro, re-

lación con hombres, sin hablar de ella. Supervisión mediante, se decide que solo una psicóloga continúe trabajando con la paciente, para habilitar un despliegue imaginario, abrir la posibilidad de montar una identificación imaginaria, con un otro barrado.

Este viraje tuvo efectos positivos ya que permitió que se confeccionara otra relación transferencial, la paciente comenzó a hablar algunas cuestiones, comenzó a esbozar algunas quejas, fomentadas por la analista.

Advertida por las supervisiones de que la pregunta asfixia, igual que la papilla, donde la respuesta va a ser un “no sé”, y es real que la anorexia no sabe, no tiene nada que decir, y que el analista no debe responder del lado del saber, no debe llenar, porque lo que llena y satura es el Otro de la anorexia. Realice el intento de no dar uso a la interpretación sobre el significado, ya que esto podría producir el efecto de presentificar este Otro que no soporta la falta. Recalcati (2004) plantea que en la clínica de la anorexia es la escucha en lugar de la interpretación, la escucha que no llena al sujeto con la papilla del saber: le reserva un lugar. Lo reconoce como sujeto. Es esta posición la que se intentó mantener en el trabajo con Guadalupe donde no se trataba de ofrecer saber sino presencia. Todos los días pasaba a buscar a la paciente por su habitación e íbamos a conversar al frente del hospital, iniciábamos las charlas con acontecimientos que pasaban en la sala de pediatría que daban pie a que se “digan” ciertas cosas. Otras veces me encontraba yo contando o haciendo que contaba cuestiones de mi vida que nos daban lugar para el intercambio. Uno de los primeros puntos fué problematizar la situación, ya que pasado algunos días en el hospital Guadalupe no refería intenciones de irse, no le molestaba la sonda, parecía haberse adaptado a esta situación, “mi único problema es llevarme una materia del colegio”. ¿Y estar acá en el hospital internada no es un problema? Con cara de horror y mucha teatralización por parte de la analista, comenzamos a trabajar que estar internada era un problema, era molesto, fomentando la queja, estas fueron apareciendo en relación a los bebés que lloraban, el tipo de compañeras con las que debía compartir la habitación, la llegada de acompañantes terapeutas, y principalmente la queja sobre las enfermeras: “Me molesta que me controlen todo, me revisan la fuente de la comida” manifiesta que las preguntas insistentes de las enfermeras la ponen incómoda, frente a esto Guadalupe no dice nada, prefiere no decir nada para no pelearse, se queda callada. Comenzamos a trabajar sobre las consecuencias que tenía quedarse callada, y a pensar las ventajas que tendría poder quejarse para modificar la situación.

Una mañana la paciente me escribe quejándose de la acompañante del bebé que estaba en su habitación, voy a buscar a Guadalupe, se encuentra acostada, se levanta y la acompañante del bebé que estaba allí dice: “Que gordita está”, invade un silencio, no hay comentarios. Cuando salimos le pregunto si escucho lo que dijo y dice: “sí”. Indago qué opina sobre aquello y dice “no sé”, le manifiesto que a mí me enfado mucho que tiene que andar opinando o diciendo, le muestro mucha bronca de mi parte, Guadalupe agrega; “si a mí también me molesta, además hay muchas habitaciones libres ¿Por qué ponen al bebe conmigo?”. Del mismo modo que en otras ocasiones, me encontraba quejándome igual que Guadalupe, y al mismo tiempo pensando cómo salir de la queja. En ese

momento Guadalupe me dice: ¿Vos no podes hablar?, ante esa pregunta lo primero que propuse fue que quizás ella podía transmitirle a la enfermera o a algunos de los pediatras, pero era una apuesta apresurada, Guadalupe me recuerda que ella no puede ir a hablar, se enoja, le pregunto que si le da miedo o que sucede con expresar el descontento. Guadalupe refiere que no le gusta pelear, no quiere discutir, no quiere que se enojen. Le remarco que no tenía porqué haber una pelea que solo era hacer una pregunta, que lo que quizás necesitábamos era saber por qué el bebé estaba allí habiendo tantas habitaciones libres. Le digo que es necesario poder hacer algo con el enojo, con la queja, que hay muchas situaciones que a uno lo indigna y que ahí uno tiene que hacer algo. Le propongo que entonces vayamos las dos a hablar con la enfermera, que quizás no le podíamos decir que nos molesta la AT del bebé, pero retomo la idea ya trabajada con la paciente, de que uno no siempre dice todo lo que piensa; que podríamos decir que ella necesita dormir bien que tiene muchas actividades durante el día y que con un bebé en el cuarto se complica descansar porque llora, etc. Guadalupe se muestra de acuerdo, pero dice que será en vano que ella no quiere que las enfermeras se enojen y que probablemente no logremos nada. Le digo que puede ser pero que por lo menos sabemos el por qué. Llegamos a pediatría, buscamos a las enfermeras, Guadalupe me mira en silencio, le comento yo a la enfermera de la situación y dice: "Claro no hay problema!! ¿Por qué no me dijiste?", y la paciente le dice: "Es que pensé que te ibas a enojar!" Unos días después Guadalupe me escribe más temprano que el horario de su turno para avisarme que habían puesto un bebé en su habitación que necesitaba que vayamos a hablar las dos. La encuentro a Guadalupe en el pasillo me comenta de la situación y me dice que ella prefiere hablar con los médicos ¿vamos a hablar?, nos acercamos a la pediatra, la paciente me mira, y enseguida comienza a hablar, comienza a decir lo mismo que yo había dicho a la enfermera unos días atrás "nosotras te queríamos decir que..." la pediatra accede al pedido de Guadalupe. Le manifiesto a Guadalupe que estaba contenta con que puedo hablar ella, porque yo me había sentido muy incómoda hablando por ella, me había sentido una metida. La paciente se muestra contenta y dice: "estuvo bueno porque con hablar logramos lo que queríamos". Al tiempo una situación similar se presenta con los nutricionistas, donde la paciente comienza a poder decir lo que quiere pero con mi presencia "nosotras te queríamos preguntar... si en vez de carne podía ser pollo..." El tan mencionado "no se" ya no era la frase de cabecera de la paciente, se comenzaron a decir cuestiones en relación a sus padres, a su familia, a sus amigas, etc, ubicando en estos vínculos que todos somos diferentes y que cada uno puede decir lo que piensa. Si bien la paciente pudo comenzar a hablar más, desde el "nosotras", ahora ¿Cómo lograr en transferencia el movimiento de "separación"? ¿Cómo poner en acto el Fort- Da? ¿Cómo lograr que opere la separación y no el rechazo?

Padres ¿No ven que no cómo?

En el caso de la anorexia, se revela que hay un comer que no tiene nada que ver con el orden de la necesidad, aquí no hay necesidad de comer, hay una pregunta crucial que desplaza el discurso de la comida al ser: ¿Qué soy yo para el Otro? ¿Qué soy yo si el Otro no

me ve? ¿Puedes perderme?. En la anorexia el rasgo que más llama la atención es la evidencia, no el enigma. La evidencia está antes que el sujeto, la anorexia se ofrece a la mirada del Otro como lo que es. El cuerpo se reseca, adelgaza, se hace desaparecer, pero solo para poder hablarle al Otro. La anorexia llama al deseo del Otro ofreciendo a la mirada del Otro su cadaverización. Ella está dispuesta a dejarse morir (de hambre) por amor.

Guadalupe realiza una salida a su casa de dos horas, luego de casi 4 meses de internación. En relación a dicha salida refiere desánimo, tristeza y desesperanza: "es lo mismo de siempre, no cambio nada" cuando le pregunto qué es lo que no cambio, dice "ellos discuten y *no me registran*", al indagar sobre esto refiere que durante la corta visita se aburría mucho en su casa, que sus padres y su hermana comenzaron a discutir y ella permaneció gran parte del tiempo acostada en su cama, "no me registraron, era como si yo no estuviera". ¿La mirada del Otro es una mirada que ve? ¿Qué soy yo para el Otro? ¿Qué soy yo si el Otro no me ve?

En el tratamiento se intentará hacer un giro en la demanda del sujeto de la demanda de su comida o en este caso de su negación a la interrogación sobre el enigma del deseo del otro, transformar el drama anoréxico en un drama de amor.

A partir de esto se comienza a trabajar que sus padres tienen dificultades para registrar los problemas, que no suelen pensar sobre lo que les sucede, y principalmente no hablan. Pero empezamos a pensar que quizás ellos no van a cambiar, que probablemente cuando ella regrese a su casa, su familia no haya cambiado pero le afirmó que es ella la que cambio.

Todo por mi madre

Guadalupe recibe la noticia de que su padre participara de una entrevista familiar (la cual será la única en todo el periodo de internación), lo que provoca nervios y sensación de asco, al mismo tiempo manifiesta querer estar allí para hablar con su padre. Dicha entrevista tuvo varios efectos, Guadalupe refiere haber podido decirle al padre lo que ella pensaba: que no la escucha cuando habla, que es muy autoritario, que él no tolera la diferencia. Al mismo tiempo la paciente se muestra muy enojada con su madre y su hermana ya que ellas no emitieron opinión, aunque sabe que ellas piensan lo mismo. Se ubica junto a la paciente que entonces la madre también es partícipe de la situación de que en su familia no se hablen los problemas ya que según refiere la paciente, su madre intenta evitar las discusiones y diferencias, para evitar angustiarse. Guadalupe comienza a hablar de su familia, dirá que su padre es un borracho, que todos los sábados por la noche se junta con sus amigos y que no es capaz de madrugar un domingo para verla a ella, en los dichos de la paciente puede escucharse a una mujer hablando de su esposo, es Guadalupe hablando por la madre. Es Guadalupe diciendo lo que la madre no puede decir. Se puntea algo de esto e intervengo diciendo: "Parece que para quedar bien en tu casa hay que hablar mal de tu padre", enojada la paciente refiere que yo no entiendo nada, que su padre le fue infiel a su mamá, y que entre sus padres no pasa nada, que su madre solo está con él por cuestiones económicas y que ella le insiste que separen." ¿Para que quieres un tipo así?". Se comienza a trabajar la idea de que ella no puede controlar todo, que esos son problemas de sus padres, que ella no

puede decidir por su madre, que evidentemente su madre en algún punto elige estar con él, aunque ella no lo comprenda. Le manifiesto que impresiona que su madre siempre logra todo lo que quiere y la paciente dice: “a pesar de todo lo que vos decís de mi mamá, ella es la única que nunca me deja sola” le pregunto qué es lo que yo digo de su madre y dice: “que mi mamá es una manipuladora”, me sonrío y le manifiesto que yo nunca dije eso, que en todo caso es ella la que está diciendo eso.

Al mismo tiempo la exigencia y el control son temas que rondan las entrevistas, “tengo miedo de volver a sentirme exigida, acá me siento tranquila”, la paciente en un primer momento relaciona la exigencia al estudio, trabajando sobre esto, vira a la exigencia a su familia por la comida. La paciente refiere que discutió con su madre, algo muy poco habitual, cuando le pregunto la razón, refiere: “ella siempre quiere más, a ella no le alcanza, en vez de decir que voy bien, me dice *comé más*”, intervengo diciendo: claro, tu mamá te exige mucho, la paciente dice: “si pero yo lo único que quiero es que ella esté bien, yo tengo mamiis.” Se comienza a indagar sobre esto y la paciente refiere querer evitar que su madre se angustie, ubica que para ella su padre le genera disgustos a su madre, y que tiene la esperanza de que con su tratamiento, su estadía en el hospital su padre cambie. ¿Vos estás acá para que tu papá cambie y tu mamá no se angustie?, la paciente refiere con firmeza que Si!. Guadalupe ha ido subiendo de peso y al mismo tiempo se le ha disminuido la alimentación por sonda, logrando que comience a alimentarse por sus propios medios. Luego de una reunión interdisciplinaria donde se decide que seguirá con la sonda al menos por una semana más, la paciente comienza a llorar y muy angustiada dice: “quiero que me saquen la sonda, no la aguanto más” le pregunto si es eso lo que la tiene tan angustiada y dice “es que no quiero volver a mi casa”, la paciente comienza a esbozar algo de la paradoja, quiero pero no quiero, quiero que me saquen la sonda, pero no quiero ir a mi casa. ¿Podríamos pensar que se comienza a construir algo del orden sintomático? ¿El síntoma como solución de compromiso? ¿Se puede pensar que algo de esta paradoja enuncia la posición de la paciente en su familia?

Al reflexionar sobre la familia M. Recalcati (2015) hace un recorte que considero que puede pensarse en el caso de Guadalupe, donde la madre cocodrilo indica la anulación de la mujer en la madre, es la madre-toda-madre (la paciente refiere en varias ocasiones mi mamá es 100% mamá), donde el deseo femenino se reduce a ocuparse del niño elevado a falo imaginario. El padre-norma que es el que encontramos en los dichos de la paciente, un padre que pretende encarnar la ley, es el padre escrupuloso, dedicado al trabajo, severo, metódico en la aplicación de la regla. Pero esta encarnación burocrática de la Ley no puede sino resultar formal y vacía. Es por esto que la hija anoréxica puede dirigir su provocación y su desafío mortal “¿Hay corazón en la máquina de la ley?”. Recalcati plantea que lo que se verifica en la clínica es la tendencia de estas familias a funcionar según el principio superyoico de la disyunción entre deseo y ley. Donde la anorexia comete la hazaña de sostener – en una familia no deseante- el deseo vivo y permanente sobre ella. ¿Cómo construir otro modo de vehiculizar el deseo en esta familia? ¿Cuál es el trabajo posible para que la paciente tenga otro lugar en la dinámica familiar?

El final antes del inicio

A la paciente se le ha quitado la sonda, ha incrementado su peso a 44 Kg (IMC= 18.08) y de a poco se piensan las coordenadas para un alta. La paciente ya no es la misma, independientemente de su aumento de peso, Guadalupe es una joven sonriente, comunicativa, comienza a vestirse de un modo más adolescente, a maquillarse, otorga su opinión y su “mamiis” ya no la arrasa subjetivamente además comienza a restablecer sus vínculos amistosos. Por cuestiones institucionales comenzará un tratamiento individual con otra analista, parece ser el final de un inicio, da la sensación de que ahora hay un sujeto presente, con la posibilidad de trabajar vía la palabra.

Conclusión

Teniendo en cuenta el desarrollo y las particularidades del caso clínico presentado, en el cual se intenta transmitir el trabajo analítico en un dispositivo de internación, se puede presentar a la clínica de la anorexia como un fenómeno donde las herramientas habitualmente usadas por los analistas cobran una dimensión diferente, donde a la par de la invención subjetiva de la anorexia por salvar al sujeto de la catástrofe de su anulación, debe estar la invención analista, el cual trabajara con un sujeto que no es sujeto, donde el no querer saber no es lo que está en juego.

Es por esto que me pregunto cómo y con qué herramientas analíticas introducir el enigma del síntoma en un discurso que tiende a aplastarse en una nominación cerrada como la “anorexia”.

BIBLIOGRAFÍA

- Recalcati, M. (2004) “La última cena: Anorexia y Bulimia”, Editorial Cifrado.
- Recalcati, M. (2013) “Escritos sobre la anorexia”, Editorial Los Robles.
- Recalcati, M. (2015) “Clínica del Vacío. Anorexias, Dependencias y Psicosis”, Editorial Síntesis, España.