



Revista Latinoamericana de Psicopatología
Fundamental

ISSN: 1415-4714

psicopatologiasfundamental@uol.com.br

Associação Universitária de Pesquisa em
Psicopatologia Fundamental
Brasil

Jonckheere, Paul

El cuerpo rehen de si mismo. Aspectos fenomenológicos de la anorexia mental

Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental, vol. VII, núm. 2, junio, 2004, pp. 11-28

Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental

São Paulo, Brasil

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233017780002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

El cuerpo rehen de si mismo. Aspectos fenomenológicos de la anorexia mental*

Paul Jonckheere

El análisis fenomenológico de la anorexia mental muestra que este proceso puede desarrollarse en el seno diversas estructuras. Así siendo se describe: la estructura antagonista en la cual madre-hija se oponen; la forma feminista donde la anorexia se presenta como una particular forma de rechazo no sólo a la desigualdad física – fundamentalmente de “inegualdad radical de los sexos” – sino también de rechazo a la condición de la existencia femenina vivida como injusta; la estructura ascética, de rebelión contra el ser-en-el-mundo actual; la forma sacrificial; la forma existencial etc. El eidos, en el sentido de Husserl, de la anorexia mental, común a las diferentes formas clínicas residiría en tomar a su propio cuerpo como rehén. La paciente emprende una lucha porfiada no sólo contra la hybris paterna, contra la ansiedad materna sino también contra los esfuerzos de los terapeutas.

Asimismo se presentan modalidades ligeras y fugaces. Pero hay veces que es el hecho mismo de la existencia lo que provoca la rebelión: incapaz de sustraerse a la doble violencia, la violencia de los otros y aquella de la existencia, en casos graves la paciente mantiene su cuerpo como rehén para oponerse a esta vida con la cual no quiere construir su historia.

Palabras clave: Psicoanálisis, cuerpo, anorexia mental, violencia

* Revisión y ampliación de una conferencia dada en 1995 en Riobamba (Ecuador) en la Fundación Familia que dirige el Dr. M. Cardoso. Traducción de la Sra. Lozano y revisión de la Prof. Dra. M. Lucrecia Rovalletti (Argentina).

Mi agradecimiento a la Prof. Dra. Rovalletti, a la Sra. Lozano y también a mis colegas M. van den Bosch, G. Flipot y E. Tilmans, y a los profesores J. A. Serrano y A. Roelands por sus instructivas discusiones.

Mi madre en medio de las nubes
y la lluvia me habían concebido,
para verme vagar como las nubes
para verme llorar como la lluvia

Has nacido en la cuna del martirio
me dijo en su dolor,
y al envolverme en los panales
como río en crecida sollozo

Es imposible que conozca el mundo
un ser tan desdichado como yo
Maldita sea para siempre
la noche aquella en que nací

(*Mi madre*, poema quechua anónimo).

12

Este poema evoca de manera conmovedora la vivencia de dos de mis pacientes que sufren de anorexia mental, particularmente en su forma existencial. Pero este texto no revela toda su belleza sino al escucharlo en su versión original. Allí la lengua quechua nos deja atónitos al hacer aparecer – de manera sorprendente – la rebelión contra el peso de una existencia penosa. Sin embargo el brillo de las vocales – casi aéreas – revela mas allá de la tristeza, la permanencia de la esperanza: la danza de las “a” y de las “i” evoca en nosotros la trascendencia del dolor:

MAMAYRI

Nanay kirawpin yurinki	Mana pachas rigsinquachu	
Mamayri runayawasqua	mamayqa niwargamari,	ñuquay jina wagchataga.
para phuyug sungullanpi	p'intuy kullawag rispari	Jaquay qurisquay tutaga
phuyu jina muyunaypag,	nayu jiamir waquarqan	wi ñaypag ñakasqa kachun. ¹
para jina waganaypag.		

La dificultad de la joven anoréxica para vivir – llevada al paroxismo – nos muestra esa incapacidad de pasar de la adolescencia a la adultez. Rehusándose a

1. Poema indígena quechua, anónimo, post-incáico, retomado por José-Armando Méndez, reproducido por Jesús Lara, citado en: *Poesía quechua*. Trad. esp. I. Sighra, Trad. franç. N. Priolland Patino, Genève, p. 90-91, 1990.

actualizar las potencialidades inscritas en el *Dasein*, la anoréxica suspende su deseo y confina su tiempo en la sala de espera de la vida. La misma etimología de la palabra “anorexia” mas que sugerir una ausencia de hambre, dice referencia a una suspensión del deseo: “orao” en griego indica *ver, llevar su mirada, tender a*.

De este modo, la anorexia mental se presenta como una forma particular de utilización neurótica del cuerpo, tal como se da también en otros síndromes (histeria, patomimia o automutilación). En el sujeto “normalmente neurótico”, el cuerpo y el yo no forman sino una unidad. El cuerpo, soporte de la existencia, es un medio de expresión y de seducción, herramienta de toma e influencia sobre el mundo y sobre los otros (Flores, Pfeiffer, 1994). Gracias al cuerpo, el *yo totalitario* del que habla Levinas (1974, 1980) puede satisfacer su deseo de conquista. Pero la anorexia no puede arriesgarse a la mirada del otro, no puede arriesgarse al juego del amor, si no está sostenida desde su cuerpo.

En la hipocondría o en la histeria, el cuerpo se convierte en medio de expresión y de presión de diversos fantasmas de seducción, de agresión o de regresión. En la anorexia también se encuentra esta utilización patológica del cuerpo, pero aquí el proceso se hace fuera del tiempo y fuera del mundo. Mientras el sujeto hipocondríaco y el histérico viven un proyecto y de manera apasionada, en la anoréxica todo proyecto está en suspenso. Sólo vive en las fronteras del mundo: “maldita sea para siempre la noche aquella en que nací ...”.

Del mismo modo Ellen West, la paciente de Binswanger, no siente mas su vida como una duración, no constituye una tarea continua a realizar (Heidegger) sino un intervalo de tiempo anónimo destinado al olvido. En su diario ella escribe: “Para qué todo esto; si no es solamente para encontrar finalmente el olvido en la tierra por un corto lapso de tiempo” (Binswanger, 1945). Por ello mismo, un paciente decía “Yo no tomo mi vida en serio”. Nos preguntamos entonces ¿por qué esta rebelión, esta lucha contra el cuerpo, por qué tal suspensión del tiempo vivido, del tiempo de la vida?

Este trabajo toma como base un análisis fenomenológico de 17 casos de anorexia mental (11 jóvenes entre los 14 y los 27 años, un hombre de 38 años, 5 mujeres casadas) estudiados con el método *daseinsanalytique* descrito por Binswanger (1970, 1971), Kuhn (1963) y Boss (1954, 1971, 1975). Ocho pacientes llevaron a cabo una terapia; los otros pacientes fueron examinados dentro del cuadro de una consulta. Se trata, para la mayoría, de casos graves. Varias pacientes evolucionaron de modo favorable, otros se volvieron crónicos; y dos pacientes conocieron un fin trágico y se suicidaron.²

2. Por otra parte, algunos testimonios vienen de otros pacientes tratados por la señora M. Van den Bosch.

Sabemos que en su primera fase – la *fase prodrómica* – la anorexia se desencadena por factores superficiales y anodinos: coquetería, burla de los compañeros de clase, escaramuzas con la madre. Más tarde en la *fase de estado*, el bloqueo del impulso vital revela una alteración de la estructura del ser-en-el-mundo. Para ello se cuenta de varias patografías y de algunas autobiografías notables. Finalmente, en una *tercera fase* la evolución es variable: cura, paso a la cronicidad, complicaciones somáticas, evolución hacia un estado psicótico, fase depresiva pudiendo terminar en suicidio.

Modalidades existenciales en la anorexia

1. Es bien conocido el problema del “antagonismo” entre madre e hija que por distintos motivos, según sean los casos, comienzan una lucha encarnada. La insistencia de una no hace sino reforzar la resistencia de la otra (Lasègue). Así al inicio de una terapia familiar, la madre de una paciente declaraba de entrada dice “yo sé bien que esta enfermedad es un asunto entre ella y yo”.

Esta modalidad antagonista se presenta especialmente en el plano *espacial*. En efecto, los padres les dejan poco espacio a sus hijos, no sólo en sentido físico sino también metafórico. Así en una sesión de terapia familiar, yo me encontraba frente a unos padres que no sólo por su sobrepeso ocupaban una buena parte de mi consultorio, sino que también con su voz tan fuerte llenaban el espacio a tal punto que hacían que yo retrocediera mi silla automáticamente. Ante esto elevaban aún mas la voz acercando su silla a la mía; de este modo mientras yo retrocedía, ellos avanzaban, volvía a retroceder nuevamente hasta que llegué finalmente a la pared. En esta vivencia comprendí que la delgadez de la joven, es decir el mínimo espacio que tomaba su cuerpo constituía fenomenológicamente la única manera de sobrevivir sin ser aplastada.

En las sesiones familiares, también se revela hasta qué punto el dolor de un padre, sus humillaciones o sus duelos pueden determinar el destino de una joven. Así, cuando por un fracaso conyugal se enuncian bruscamente deseos de muerte frente a la paciente, llenan de dolor a una sesión. Tal es el caso de esa primera consulta en que la madre declara, con un tono que no admite objeción: “Me arrepiento de haberme casado. De todas maneras, *un* hijo habría sido suficiente (la paciente presente en la sesión, es la tercera de la familia). Cuando mi hija mayor se casó – me dije – ésta es su condena a muerte”.

Ante una paciente que sabía del comportamiento seductor de su padre pues le había descubierto múltiples infidelidades, un colega afirmaba que con las conductas de los padres especialmente violentas “era como si ellos necesitaran que la joven muriera para que no quedaran huellas de su fracaso conyugal”. No

estoy haciendo totalmente responsables a los padres, porque sería dejar de lado que sus quejas también expresan – en buena parte de un modo inconsciente – su propio dolor (“me dijo en su dolor...”).

Debemos a Herman Lang (1986) una interesante relectura de Ellen West. Esse autor sugiere que el antagonismo madre-hija se remonta a los primeros años de vida de la niña. Ser alimentada, succionar el seno de su madre, representa en los inicios un modo de relación natural, en este caso nutricia. Pero la niña muy rápidamente, vive esta situación a otro nivel: ser alimentada es también ser deseada y reconocida, es ser recibida dentro de una red de comunicación, es hacer su ingreso a una comunidad. La alimentación, es entonces el paso del ser nutrido al ser deseado, de la naturaleza a la cultura. Más aún, siguiendo el aforismo de Heráclito, es el paso del mundo privado al mundo común, del *idios cosmos* al *koinos cosmos*. Remontándonos a los análisis de Binswanger, Lang sitúa el inicio de esta patología a los nueve meses, cuando Ellen rechazaba la leche de su madre. Fue una “etapa perdida”: *ella permaneció entre el no-ser-más de la misma naturaleza del instinto, y el todavía-no de una integración completa dentro de un orden sostenido por la comunicación simbólica*.

El fracaso de esta primera relación hará que mas tarde la niña presente una desviación en las relaciones de modalidad amorosa. Si como dice Heidegger el *Dasein ist Mitsein* (la existencia es ser-con), la posibilidad original de ser-con-alguien se encontrará gravemente comprometida, lo que llevará a buscar otras formas de relación con el mundo, refugiándose como en un ideal de grandeza “pretencioso” como en Ellen o en una vida ascética.

2. Un segundo tema muy difundido es la *rebelión feminista*. A menudo se ha subrayado que la niña anoréxica no acepta la sexualidad, ni la feminidad, ni la maternidad. Interpretación que evoca la tesis freudiana de la histeria: la joven histérica sufre de celo fálico. Así al inicio, la anorexia de Ellen West estaba animada por el deseo imperioso de ser un niño. Su lema era: *aut Cesar, aut nihil* (o ser César, o no ser nada). Tanto en la anorexia mental como en la histeria, lo que se juega esencialmente es el fundamento mismo del ser-mujer-en-el-mundo. En efecto, la diferencia anatómica, la sumisión sexual, la carga de la maternidad son vividas como tantos otros signos de desigualdad, signos que muestran además una desigualdad más profunda que hace que la mujer se siente marcada, en su carne, por la ley de la conservación de la especie.

Paul Eluard dice: “Sólo por completa ausencia es que tengo sentidos”. La mujer más que el hombre, siente que está destinada a desaparecer, siente que ella está atada bastante más que él a esta ley biológica. Ella carga, en el sentido propio como figurado, con el mayor peso. En fin, ella experimenta más pronto que él la fugacidad de las cosas (*Vergänglichkeit*): “el tiempo que viven las rosas, es el espacio de una mañana”.

Desde esta perspectiva, tanto la anorexia mental como la histeria, se presenta como una forma particular de caída (*Verfall*) y de rechazo ante una existencia vivida como fugaz e injusta. No sólo por la ausencia del pene (Freud) o del ser incompleto (Israél, 1980), sino también a nivel de la desigualdad entre los sexos, tal como se plantea en la filosofía de la naturaleza desde Aristóteles hasta Buytendyk (1958).

En fin, es sobretudo bajo la forma feminista que se revela la sed de poder de muchas anoréxicas. Algunas prefieren más bien arriesgarse a la muerte tomando el cuerpo como rehén, que vivir el *Mitsein* bajo el sello de la desigualdad.

3. Una tercera vía de comprensión corresponde a la perspectiva del *sacrificio*. Las investigaciones sistémicas y las terapias familiares han mostrado como la jovencita llega, como Ifigenia, a sacrificar su cuerpo sobre el altar del *hybris*, del orgullo paterno o, como lo han dicho a menudo, sobre el altar de la reconciliación familiar. A menudo se constata que las sesiones de terapia familiar llevan a uno de los padres a iniciar terapia individual. Otras veces se toman decisiones significativas como la de aquel padre que inicialmente y por razones de sordera no participaba, poco tiempo después buscó adquirir un aparato auditivo.

Toda *toma de rehén* connota un sentido. En la joven anoréxica se da la defensa de una causa, ya sea la de uno de sus padres, o la de un hermano o de una hermana, o el derecho a la diferencia como la causa de la mujer. Es la emotividad de este sacrificio lo que hace tan a menudo que los límites entre la víctima, la heroína y la santa sean borrosos.

4. También la anorexia puede organizarse alrededor de una *estructura ascética* del ser-en-el-mundo. Lo vemos en esos discursos patéticos – a veces ingenuos pero auténticos – con los cuales la niña rechaza toda comida pues simboliza para ella el espíritu materialista, el fruto de la ganancia, de la sociedad de consumo. Al mismo tiempo, la anorexia muestra que la riqueza y la obesidad de los padres la hacen vomitar. Ya en su época los Griegos decían *oi pacheis* (gordos, gruesos) para designar indiferentemente los gordos y los ricos...

Una paciente, Isabel, estaba totalmente dominada por el tema de la humildad, del ascetismo. Su padre, alto magistrado, exigía de cada uno de sus siete hijos un diploma universitario. Los cuatro primeros se plegaron a sus exigencias, los dos siguientes presentaron un episodio psicótico. La última, una fase anoréxica.

En otro paciente, era difícil distinguir la anorexia del ideal religioso: se trataba de un rabino que oponía a toda tentativa terapéutica, frases del tipo: “no puedo vivir sino para Dios”. Su esposa, angloparlante, alegaba que a él no le gustaba sentirse *lleno*: “para enseñar el Tora, hay que estar liviano y vacío”.

El análisis que nos propone Medard Boss de una de sus pacientes, la señora K., constituye un ejemplo de la estructura ascética. Boss escribe:

Como sucede a menudo, la anorexia mental de nuestra enferma comenzó en una época en donde la joven acaba de menstruar por primera vez. Sin embargo, el primer síntoma en esta época no fue la delgadez en sí misma, sino un horror repentino frente a la obesidad de su madre. En cuanto a ella, su principal preocupación consistió primero en impedir una maduración femenina de su cuerpo. De la misma manera, comprimió su pecho naciente tanto como le era posible. En el curso del análisis un recuerdo reapareció muy preciso: su tristeza, su desesperanza surgían en el momento en que comprendía que no podía seguir siendo una niña. Los cuerpos grandes de los adultos le inspiraban repugnancia. De la misma manera, su propio cuerpo le parecía un instrumento de opresión diabólica. Su madre la espantaba con sus propósitos: no se casaría jamás, no tendría nunca hijos con tal de no multiplicar esa carne innoble. Cuanto más se volvía pesada, mayor era el sentimiento de pecado y de suciedad.

En revancha, adelgazando a fuerza de privación, sentía su cuerpo ligero como pureza, y se llenaba de alegría. Un largo ayuno la envolvía en una euforia embriagadora en donde todas las cosas a su alrededor se volvían etéreas, fugitivas, transparentes, de una ligereza divina. Para ella los ángeles debían conocer un estado de ánimo parecido. Sus sueños de entonces la hacían volar o planear casi todas las noches. Pero si ellos comenzaban bien terminaban aun peor. Al principio, ella no veía jamás la tierra bajo sus pies, por así decirlo. Casi siempre, planeaba por encima de dulces vapores azulados o de un mar de bruma difusa, con reflejos blancuzcos. Después, de un momento a otro, la fuerza que la mantenía en el aire la abandonaba. Atravesaba el velo atmosférico y se acercaba a un peligro mortal: una inmensa tormenta nauseabunda y de un horrible negro grisáceo. A veces lograba reunir sus fuerzas y lanzarse de nuevo por encima de las nubes. Pero lo que sucedía más a menudo era que se ahogaba cuando era inminente el despertar.

Tanto por su vida de vigilia como por sus sueños, en el umbral de su pubertad esta jovencita nos revela de manera emocionante el tormento de su anorexia mental. Su existencia se centra completamente en un punto: defenderse contra las relaciones vitales terrestres, eróticas. No quiere saber nada de la carne. Ni de la suya, ni de la de los otros. Porque la tierra, la materia, no se le presenta a su "Dasein" sino como una tormenta pútrida y ahogante.

En razón de su estado de ánimo existencial; esta vida consiste en una suspensión infantil y angélica por encima de las aguas. (Boss, 1954)

Este mismo combate es el que persigue la paciente de Binswanger, Ellen West, dividida entre el mundo terrestre y el mundo etéreo. Si la alimentación, el hecho de engordar y la corporalidad en sí misma son el objeto de una preocupación tan obsesiva, es porque el cuerpo es sentido como un obstáculo repugnante e insuperable con la esperanza de alcanzar el mundo etéreo

(Binswanger, 1974, 1958). Obsesión que hace recordar a la de la Grecia antigua. En el *Fedro*, Platón escribía “nosotros mismos somos puros y exentos de los estigmas de ese peso que llevamos sobre nosotros, que llamamos cuerpo y en donde somos prisioneros como la ‘perla en su concha’”.

A. de Waelhens habla de una *trascendencia anquilosada por la facticidad*. Esta dualidad es sentida por las pacientes como un peso insostenible. Ni ángel ni bestia, ellas se arriesgan al preferir ser puro espíritu. Evoquemos al sacrificio de la joven africana beatificada por el Papa Juan Pablo II: mejor la muerte que un cuerpo que carga las marcas de los apetitos terrestres. En definitiva se trata de la misma violencia: la del violentador, la de la existencia misma vivida también como el efecto de la facticidad. Una y otra, la anoréxica y la beata están dispuestas a sacrificar su cuerpo.

He aquí el drama antiguo de Fedra, heroína de Eurípides y de Racine: ella duda entre la vida y la muerte. Como en el caso de Ellen West y el de la señora K., la vida está simbolizada por el vuelo en un mundo etéreo, por encima de la tierra, lejos de los compromisos de los hombres. Este dilema es el que comenta el coro cuando le presta sus propias palabras a Fedra: “Como quisiera sumergirme en el fondo de abismos insondables, o bien, que un Dios, dándome alas, me uniera al mundo de los pájaros. Ah! Si pudiera planear por encima de las olas del mar!”.

Sabemos que la obra de Eurípides contiene varios temas feministas. Por ejemplo, Fedra exclama: “¡Sal de las mujeres! destino cruel! vida dolorosa! ¿Traicionadas en nuestros proyectos, qué recurso tenemos en adelante para romper el nudo que nos aprieta?”

5. La *forma existencial*, es cercana a la precedente. Lo que provoca la rebelión no es solamente el ser mujer en el mundo, ni el estar ligado a la facticidad. Aquello que es objeto de repulsión es la existencia misma, es el ser arrojado (*Geworfenheit*) lo que provoca la rebelión. La joven anoréxica vive en su carne el tema universal de la ambivalencia frente al ser arrojado, ambivalencia mezclada de impotencia y de esperanza frente a la madre que suscita a la vez rebelión y admiración secreta. Esto se muestra con emoción en el poema *yaylli* “Mi madre”:

*Jaquay qurisquay tutaga
wiñaypag ñakasqa kachun.
Maldita sea para siempre
la noche aquella en que nació*

Sin embargo, en esta enfermedad más allá de la amargura, no presenta verdaderamente un deseo de muerte. Más adelante, se verá cuán erróneo sería interpretar la anorexia como una forma lenta de suicidio. Al contrario, los

sentimientos de rebeldía, tan vivos en la forma existencial, se convierten en una palanca para la terapia.

6. La *forma perversa*. Crabbé (1985) analiza de manera notable esta modalidad frecuente en la anorexia mental. Inspirándose en Piera Aulagnier, considera a la anorexia como una estrategia perversa frente a la dialéctica del deseo y de la ley. Impotente para superar la angustia de castración, el sujeto perverso niega la diferencia de sexos; de la misma manera la jovencita anoréxica tiene su cuerpo atado y asexuado. Sin embargo con ello no logra calmar su angustia, pone entonces en obra un escenario sadomasoquista infligiéndose los sufrimientos de la humillación y del hambre, y de este modo su cuerpo se mantendrá débil, feo y frágil.

Para Christine Crabbé se asiste aquí a una repetición de la escena imaginaria de castración de la madre: la anorexia se identifica a la vez con el sujeto castrador y con el sujeto mutilado. He aquí la paradoja común de los sujetos perversos: ser mutilado/a – o mutilar – para gozar. De allí la hipótesis que la anoréxica haya interiorizado, por un sorprendente clivaje entre el cuerpo y el espíritu, una y otra pareja de una relación sadomasoquista.

7. También un elemento ostentatorio interviene en algunos anoréxicos. Dentro de esta *forma paródica*, la ironía macabra con la cual el paciente exhibe su cuerpo descarnado evoca los esqueletos del pintor belga James Ensor. Pero como en las formas precedentes, no podemos hablar de una real atracción por la muerte. Sin embargo, al referirnos a la interpretación heideggeriana del ser-hacia-la-muerte, constatamos que la muerte está despojada de su carácter de señal y de arbotante para la vida. Ahora bien, evacuar la muerte, convertirla en objeto de humillación, no reconocerla como mía e inaccesible, implica la misma consideración por mi vida, al que se le añade el rechazo a toda asistencia terapéutica.

8. El tema *conjuratorio*. En algunas mujeres jóvenes seductoras o coquetas, la anorexia se deriva, en parte, de una conjuración de la “fugacidad del tiempo” (*Vergänglichkeit*). Ellen West temía envejecer, volverse fea y sentir que su espíritu se debilitaba. Del mismo modo, una de mis pacientes al término de un largo análisis se dio cuenta que para ella alimentarse significaba envejecer: la alimentación evocaba, no tanto las formas femeninas o maternas, sino más bien el hecho de tener que mantener un cuerpo, implicaba que éste perdurara, que envejeciera y connotara también la muerte. Se llega a la paradoja que el alimento elemento de vida, se convierta en signo de muerte. Un malentendido tan radical puede llevar finalmente a ciertas pacientes a rechazar toda exploración psicoterapéutica. Hay aquí una cierta analogía con el sujeto psicótico: si en éste tipo de paciente toda tentativa de aproximación y hasta gesto de amor

son considerados como signo de odio o de agresión, en aquella alimentarse es morir.

9. Finalmente, algunas anoréxicas mentales se reducen a una forma particular de *neurosis de abandono*. En efecto, la neurosis o la psicopatía de abandono puede conducir a cuadros clínicos muy variados tales como estados depresivos, distimia, bulimia afectiva, conductas psicopáticas, alcoholismo y por último anorexia.

Anorexia y tentativas de suicidio

Frecuentemente se ha afirmado que la anorexia constituye una lenta tentativa de suicidio. Esta interpretación sólo puede ser válida en la fase suicida, pero fuera de ella sería prematuro decir que la paciente “desea morir lentamente”. Muchas pacientes flirtean con la muerte durante años, mucho antes de conocer una fase realmente suicida. Antes de ésta, la anoréxica no desea la muerte sino que rechaza la vida. Lejos de una atracción por la muerte, su actitud revela su vacilación frente a esta etapa de la vida, esa etapa ante la cual las familias burguesas de antaño se referían como un “hacer su entrada en el mundo”.

Esta interpretación me permitió aplazar tal tipo de conducta. Se trataba de dos mujeres casadas con cronicidad en sus afecciones, que con sus estrategias buscaban desbaratar la vigilancia de las enfermeras, irritando a los médicos responsables de los Servicios de Medicina Interna que decían: “¡Pues bien! ya que quiere suicidarse ¿para qué afanarse?; ¡la vamos a dejar morir gentilmente!”. A lo cual les insistía que este tipo de pacientes no *eran suicidas*, que *no deseaban morir* sino que *no se arriesgaban a vivir*.

Es verdad que algunas anorexias pueden evolucionar hacia una fase suicida. En estos casos no hay suspensión sino detención del tiempo vivido. La muerte ya no es eludida, es esperada, deseada y evocada activamente. En toda tentativa de suicidio hay una sobre-determinación: un estado *depresivo*, un sentimiento de *culpabilidad* y dudas de *venganza*. En algunos casos se suman un colorido romántico y aspiraciones místicas. Ellen West siempre se siente como “una cáscara vacía, abandonada, astillada, inútil”, piensa encontrar en la muerte ese renacimiento, esa vida nueva que sentía al inicio de su enfermedad cuando le pedía al Creador: “Retómame, créame, para hacerme mejor de lo que soy ahora”.

Ante este tipo de situación, el peligro es ceder frente al discurso frecuente de nuestra época que apunta a *despsiquiatrizar*, a *despatologizar* el proyecto suicida. Fenomenológicamente, el suicidio surge fuera de toda lógica de vida, se

inscribe dentro de una *patología*, dentro de una lógica de sufrimiento. Y bien sabemos que no hay sufrimiento mas grande que aquel que es callado, o negado por el sujeto.

Como todo síntoma, el suicidio es una palabra que no pudo ser dicha o que no fue escuchada. En esta fase de la enfermedad, el terapeuta deberá entonces aumentar su disponibilidad y deberá prever a veces una hospitalización.

Hacia el “eidos” de la anorexia mental

Estas observaciones nos permiten considerar – en primera instancia – a la suspensión ansiosa y obstinada del proyecto existencial como el *eidos* (Husserl), como el núcleo común de la anorexia mental. Esos pacientes se colocan implacablemente al borde del mundo, en un lugar indeterminado, que aparece a veces como una sala de espera de la vida, y otras como una antesala de la muerte.

Ser y tiempo, la obra maestra de Heidegger, nos ofrece en este sentido un excelente marco conceptual. El *Dasein* se mueve constantemente entre el proyecto y la huída. Aunque es convocado a la doble tarea de la *preocupación* (*Fürsorgen*) y al *cuidado* (*Sorge*), es decir a la reflexión, al testimonio del Ser, y al compartir, al compromiso con la alteridad con frecuencia, es muchas veces tentado a la *huída* (*Verfall*) en la habladuría y al quehacer meramente cotidiano. Mas allá de estas sollicitaciones, la existencia está subterrida por el espíritu de “resolución” (*Entschlossenheit*), esa tensión que impulsa a la existencia desde el nacimiento a la muerte. Gracias a esta resolución es que el *Dasein* no está separado del mundo, o como dice Heidegger que el sujeto no se “reduce a un Yo flotando en el aire”. Es esta resolución que precisamente vuelve el *Dasein* libre para la preocupación, para el mundo y para los otros.

Ahora bien, en la anorexia esta estructura fundamental del *Dasein* está desarticulada. Toda veleidad de la huída a la cotidianidad deja de ser reconocida como tal, y no hay ninguna ventaja en invertir en la “preocupación”, ni en la alteridad. Si bien es cierto que algunos pacientes desarrollan intensamente algunas actividades intelectuales, artísticas o carismáticas, esta conducta constituye más bien un profundo malestar que una adhesión: al hacerlo estas pacientes no dan la impresión de desarrollarse, sino de *consumirse*; sus esfuerzos, por ardientes que sean, aparecen como irrisorios y estériles. Algunos autores presentan a Antígona o Simone Weil como ejemplos de anorexia mental. Aunque tal aproximación presente un gran interés desde el punto de vista didáctico, desde el punto de vista fenomenológico constituye un contra-sentido, pues se corre el riesgo de confundir patología y heroísmo, síntoma y santidad.

La elección del término “*anorexia*” traduce una notable intuición, al menos si nos referimos a su origen etimológico: *an-oraô* (no deseo). La anoréxica tiene una mirada ausente, no ve más las cosas de este mundo con la tensión, la avidez, el deseo de los sujetos sanos. Pero esta an-orexia no es nada pasiva, sino que se presenta de una manera deliberada, ansiosa y con saña, desligándose de las tareas y de las posibilidades inscriptas en el *Dasein*.

Distingamos pues en el deseo, entre su esencia y sus aspectos, digamos, funcionales. El deseo se caracteriza por la tensión hacia un objeto. Una de las tareas del sujeto consiste en constituirse en un sujeto deseante y en descubrir, elegir, investir los objetos que se lo ofrecen. Pero desear significa además, y mas fundamentalmente, estar en estado de desear, estar en tensión, estar atormentado por un sentimiento de a-videz y de falta. Es la diferencia entre *querer* y *desear*, entre *désir* y *désirance* en francés, entre *lieben* y *mögen* en alemán.

Poetas y romanceros, textos místicos y sagrados nos indican que amar es amar, amar, es querer amar: en todos ellos se canta el gozo de la posesión del objeto y el gozo de amar. Freud mismo cita al apóstol Pablo cuando exclama “sin amor no soy nadie”. En cuanto al célebre tratado de Ibn’ Arabi “el amor del amor (hubb-al-hubb) es estar preocupado por el amor al punto de olvidar aquel del que estamos enamorados”. Allí se cita al poeta Quays exclamándole a su bien amada: “¡desaparece de mi vista, que el amor que siento por ti me solicita hasta tal punto que te descuido!”. Y comenta Ibn’ Arabi: “un estado tal es el más delicioso y el más fino que podamos sentir en el amor”.

Si volvemos a la diferencia entre *querer* y *desear*, entre *lieben* y *mögen*, entre *désir* y *désirance*, pueden ser aclaradas algunas dudas en el campo de la psicopatología. Veamos las diversas afecciones que surgen de una *patología del querer*. Mientras el sujeto sano – el “normópata” (Jean Oury) – se mueve en los discretos encantos de la represión neurótica ordinaria, los pacientes histéricos, obsesivos o perversos se ven obligados a recurrir a estrategias para diferir, evitar o pervertir su deseo. El histérico trata el objeto con *desprecio*: “¡Lo amé demasiado para no detestarlo!”. El obsesivo *evita* al objeto al incorporarlo a un ritual complicado, frío y aséptico. El perverso *elude* el objeto acudiendo al engaño, al fetiche, moviéndose al pasaje el acto pedofílico o sadomasoquista. Todas estas conductas están ligadas, bien se sabe, a las vicisitudes edípicas y sobre todo a una angustia de castración agobiante.

Existe por otra parte una *patología del desear*. La psicosis, la melancolía y precisamente la anorexia, revelan un trastorno mas profundo, *ontológico*. El sujeto psicótico, al no poseer una clara concepción de su cuerpo, de su sexo, de su identidad, no puede desear porque no pudo constituirse en sujeto deseado.

El melancólico no puede desear más porque vive un tiempo desarticulado: ya no vive en el impulso, ya no está fascinado sino aplastado por el futuro. En la joven anoréxica, todo proyecto está comprometido, ya porque su deseo está suspendido ya porque no desea todavía.

A esta altura, se puede decir que el *eidós* de la anorexia mental es la *suspension del desear* o, en términos heideggerianos, la *parálisis del Entschlossenheit*. Suspensión o parálisis, que tiene además como característica, por una parte, el ser voluntaria al punto de evocar en las formas graves, *una especie de automutilación existencial*.³ Utiliza para ello diversos medios, así la mano puesta sobre el cuerpo manifiesta la tendencia a reducir los aportes calóricos, o a desocupar cada vez más su cuerpo de su propia sustancia por medio de vómitos o por medio del abuso de diuréticos o laxantes.

A pesar de las distintas modalidades estudiadas anteriormente, quisiera insistir sobre ese núcleo común: el encarnizamiento de las pacientes a vivir en condición de suspenso, confinado a su cuerpo a un espacio irrisorio. Se asiste entonces a una lucha empecinada ya sea contra la ambición del padre, ya sea contra la ambición de la madre o incluso, contra el deseo del terapeuta. Estas presiones y fuerzas son sentidas como efecto de una violencia exterior. Pero ¿qué sentido tiene mantener tal lucha si se arriesga a perder la vida? Precisamente, en los casos graves es la vida la que está en cuestión. Más allá de la rivalidad maternal, del Edipo, del poder fálico o de la problemática perversa, lo que está en juego en esos casos extremos es el ser-arrojado en cuanto es vivido como violencia. Violencia porque se impone a un sujeto que hubiera deseado ser el único que domine su destino, o un sujeto como en la forma ascética que hubiera deseado liberarse del cuerpo para no ser sino pura trascendencia. De ahí la toma del *cuerpo como rehén*: incapaz de sustraerse a la doble violencia – la violencia de los otros y la de la existencia – la paciente toma su cuerpo como rehén para oponerse a esta vida con la que ella no quiere hacer su historia.

Afortunadamente la situación no siempre es tan dramática. El furor no es siempre tan vivo; la toma de rehén puede simplemente apuntar a obtener que la madre sea un poco menos intrusiva, que uno de los padres deje de beber o que inicie él mismo una terapia.

Isabel, la joven paciente con quien sus los padres eran muy exigentes y autoritarios al punto de exigirle a cada hijo obtener uno diploma universitario,

3. En 1978, Lavever habla de “una amputación radical de su ser psíquico” (*een radicale psychische zelfamputatie*)

me preguntaba en su primera consulta, si podía “faltar al colegio”, pues ella quería pasar algunas semanas en la casa de una tía en las Ardenas para poder pasearse con su perro... Yo negocié este favor con la madre explicándole que la niña tenía el sentimiento de desvanecerse, de sofocarse. Indudablemente era un riesgo dejar ir a las Ardenas a esta jovencita, muy delgada, y ciertamente no era la manera mas clásica de iniciar una terapia diciéndole a la paciente que podía irse! Pero las cosas sucedieron bien. Iniciada la terapia con una intervención permisiva y desdramatizante, ésta se desarrolló de entrada de manera favorable y con los años, fue excelente.

Contratransferencia y espíritu de resolución

Ante la copiosa literatura sobre diferentes aproximaciones terapéuticas de la anorexia mental, quisiera terminar esta exposición con una experiencia personal.

Mis colegas en las Clinicas Universitarias, utilizan un abordaje siempre sistémico y familiar. El interesante modelo de intervención de Jorge Serrano y de Micheline van den Bosch, se basa en dos principios: la oportunidad de incluir la familia dentro del proyecto terapéutico, y la necesidad de instaurar una estrecha y franca colaboración entre el paciente, la familia, el médico general y el medico internista al negociar un contrato. El *médico internista determinará los criterios* (peso, electrolitos etc.) que permitirán ya sea de continuar la terapia de manera ambulatoria, ya sea de ordenar una hospitalización y tiene como tarea tomar los diferentes parámetros a intervalos regulares.

Tomo en consideración las historias clínicas de 17 pacientes, a las que traté individualmente o dentro del cuadro de una terapia familiar como co-terapeuta. Pongo el acento particularmente en dos pacientes en las cuales la terapia no tuvo el más mínimo éxito, comparándolas con otras tres pacientes que parecían mejor haber evolucionado.

A) Evolución problemática

Así una de las pacientes que había comenzado en buenas condiciones su terapia en el hospital, parecía curada y había retornado a su casa. Posteriormente, yo la evalué algunas veces en la consulta y fue entonces que aparecieron signos de tensión conyugal. Como yo no trabajaba entonces en el equipo de terapia familiar, no advertí de contactarme con el marido y abordar el problema de pareja. Algunas semanas mas tarde, la paciente se suicidó. Es posible que ella haya sentido que el terapeuta no sopesó totalmente la gravedad de su decepción conyugal.

Otra paciente interrumpió su terapia familiar desde el segundo encuentro y no volvió jamás. A la distancia, me parece que no logramos establecer una buena transferencia con la madre, quien después de dos sesiones, continuaba muy inquieta, hasta profundamente amargada.

B) Otras pacientes evolucionaron de manera positiva

La primera, Isabel (ya citada) era hija del alto magistrado. Como factores favorables en esta terapia, pueden señalarse los excelentes contactos con los padres, y la decisión aunque un poco riesgosa de permitirle unas vacaciones en las Ardenas.

La segunda adolescente (una de mis primeras pacientes) fue tratada de manera empírica. Gracias a la amabilidad de un colega ginecólogo y amigo, pude hospitalizarla durante seis semanas... en una habitación contigua a la maternidad. Pude tener varias entrevistas con los padres, con los que pude iniciar – al modo de Jourdain – una terapia familiar no orthodoxa, pero útil.

La tercera joven fue tratada desde el inicio con terapia sistémica. Al principio la terapeuta familiar Van den Bosch y yo estábamos muy desconcertados, pues la madre al poner a dura prueba nuestra contra-transferencia, resultaba profundamente antipática. Después supimos de algunas situaciones dramáticas que ella había tenido que padecer, entonces nuestra irritación se fue modificando en una simpatía profunda. El marido, por su parte, pudo iniciar una terapia individual, mientras la hija abandonó sus conductas anoréxicas.

No resulta fácil interpretar estos casos; se podrían estudiar desde el plano técnico-analítico pero también sería importante hacerlo brevemente desde el plano ético. De este modo, a la parálisis del *Entschlossenheit*, del espíritu de resolución de la paciente, el terapeuta debe oponer su resolución, su compromiso. Entre los dos primeros casos y los tres últimos, hay una diferencia fundamental. En las primeras pacientes, esta resolución, esta estima, ese deseo de su deseo no pudo ser actualizado por razones diversas y no fue probablemente suficientemente percibido ni por la jovencita, ni por su entorno. Por el contrario en las tres últimas, ello fue posible: esta estima, este deseo fueron plenamente percibidos tanto por la joven como por su familia. Creo que no se trata de mera coincidencia sino que la terapia tuvo una mejor evolución.

En resumen, se puede decir que el éxito en la terapia dependen no sólo de la técnica sino también del deseo, de la decisión, del *Entschlossenheit* del terapeuta de comprometerse sin cesar en la terapia. Claro está que la tarea no es fácil frente a una paciente que quiere implacablemente mantener el poder, y oponerse a su propia vida.

Referencias

- AULAGNIER, P. La perversion comme structure. *L'Inconscient*, n. 2, p. 11-41, 1967.
- BAUERSFELD, K. H. Vegetalidad (*Pfanzlichkeit*). In: FÉDIDA, P. *Phénoménologie, psychiatrie, psychanalyse*. Paris: Echo-Centurion, 1986. p. 41-5.
- BINSWANGER, L. *Psiquiatría existencial*. Santiago: Ed. Universitaria, 1962.
- _____. El caso de Lola Voss. Análisis existencial. In: *Psiquiatría existencial*. Santiago: Ed. Universitaria, 1962a.
- _____. Análisis existencial y psicoterapia. In: RUITENBEEK, H. M. *Psicoanálisis y filosofía existencial*. Buenos Aires: Paidós, 1965. p. 37-42.
- _____. *Discours, parcours et Freud*. Paris: Gallimard, 1970.
- _____. El caso de Ellen West. Estudio antropológico-clínico. In: MAY, R. et al. *Existencia*. Madrid: Editorial Gredos, 1977. p. 288-434.
- _____. La locura como fenómeno biográfico y como enfermedad mental: el caso Ilse. In: MAY, R. et al. *Existencia*. Op. cit.
- _____. *Analyse existentielle et psychanalyse freudienne. discours, parcours et Freud*. Paris: Gallimard, 1981. Traduction et avant-propos de R. Lewinter; préface de P. Fédida. Se tienen cuenta: "Analyse existentielle et psychoterapie", 1954. p. 115-20.
- _____. *Le cas Suzanne Urban. Étude sur la schizophrénie. Image Mundi*. Brionne: Gérard Monfort, 1988.
- BOSS, M. (1954). *Psicoanálisis y analítica existencial*. Barcelona: Editorial Científico-médica, 1958.
- _____. *Introduction à la médecine psychosomatique*. Paris: PUF, 1959.
- _____. Análisis del "Dasein" y psicoterapia. In: RUITENBEEK, E.A. *Psicoanálisis y filosofía existencial*. Buenos Aires: Paidós, 1965. p. 93-100.
- BRÜCH, H. *Les yeux et le ventre*. Paris: Payot, 1975.
- BUYTENDYK, J.J. *De vrouw* (La mujer). Utrecht: Het Spectrum, 1958.
- CRABBÉ, Ch. *Anorexie mentale: une reprise de la question*. 1985. Tesis Faculté de Psychologie. Univ. Catholique Lovaina, Lovaina-la-Nueva.
- ELLENBERG, H. E. Introducción clínica a la fenomenología psiquiátrica y al análisis existencial. In: MAY, R. *Existencia*. Madrid: Editorial Gredos, 1977. p. 123-60.
- FLORES, L. H. Ensayo de una semiótica fenomenológica del cuerpo. In: ROVALETTI, M.L. (comp.). *Psicología y psiquiatría fenomenológica*. Op. cit., p. 131-5.
- HEIDEGGER, M. *Sein und Zeit*. Tübingen: Niemeyer, 1979.
- IBN' ARABI. *Traité de l'amour*. Traducción al francés de M. Gloton. Paris: Albin Michel, 1986.
- ISRAEL, L. *L'hystérique, le sexe et le médecin*. Paris: Masson, 1980.
- JONCKHEERE, P. Le corps otage de soi. *Acta psychiatr. Belg.*, p. 105-16, 1988.
- _____. The body as a hostage of the self. *Psychiatr. Hungar* (Budapest), v. 15, n. 5, p. 511-21, 2000.
- KUHN, R. Zur Daseinsanalyse der Anorexia Mentales. *Nervenartz*, n. 22, p. 11, 1951.
- _____. Zur Daseinsanalyse der Anorexia Mentales. *Nervenartz*, n. 24, p. 191, 1953.
- _____. Daseinsanalyse und Psychiatrie. In: _____ *Grundlagen und Methoden der*

- Klinische Psychiatrie, Psychiatrie der Gegenwart*. Berlin: Springer, 1963. p. 853-902.
- LANG, H. Réflexions sur la structure de l'anorexie mentale d'après le cas exemplaire d'Ellen West. In: FÉDIDA, P. *Phénoménologie, psychiatrie, psychanalyse*. Paris: Écho-Centurion, 1986. p. 47-54.
- LAFEVER, C. *Anorexia nervosa*. Leiden Staflev's wetensch: Uitgev, 1971.
- _____. *Primaire anorexia nervosa. Klinisch-psychiatriasche aspekten*, expuesto en la Studiedag Primaire Anorexia Nervosa, Nymegen, 1973.
- LASÈGUE, Ch. De l'anorexie hystérique. *Arch. gén. méd.*, n. 1, p. 835-403, 1873.
- LEVINAS, E. *Totalité et infini*. La Haye: Nijhoff, 1992.
- MAY, R., ANGEL, R. y ELLENBERGER, H.F. (eds.). *Existencia*. Madrid: Gredos, 1977.
- MINUCHIN, S. *Psychosomatic families. Anorexia nervosa in Context*. Cambridge: Harvard University Press, 1978.
- PFEIFFER, M. L. La condición corporal. In: ROVALETTI, M.L. *Psicología y psiquiatría fenomenológica*. Op. cit., p. 145-52.
- RAIMBAULT, G. y ELIACHEFF, C. *Les indomptables. Figures de l'anorexie*. Paris: Odile Jacob, 1989.
- ROVALETTI, M. L. (comp.). *Psicología y psiquiatría fenomenológica*. Buenos Aires: Cátedra de Psicología fenomenológica y existencial de la Facultad de Psicología-UBA-Editorial Biblos, 1994.
- _____. Ascética y anorexia mental: del rechazo a la reconciliación. *Anuario de Psicología*, Secretaría de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la UBA, n. 6, p. 289-390, 1998.
- _____. La platonización del cuerpo en la experiencia anoréxica. *Vertex*, Buenos Aires, v. X, n. 38, p. 254-61, Diciembre de 1999-Enero Febrero 2000.
- RUITENBEEK, H.M. *Psicoanálisis y filosofía existencial*. Buenos Aires: Paidós, 1965.
- SELVINI, M. (1963). *Self Starvation*. London: Human Context Books, 1974.
- SERRANO, J.A., JETTEN, P., CORNU, G., CHARLIER, D. Prise en charge intégrée des adolescents et des jeunes adolescents anorexiques. *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.*, v. 44, n. 8, p. 352-61, 1996.

Resumos

A análise fenomenológica da anorexia mental mostra que este processo pode desenvolver-se no meio de diversas estruturas. Assim, descreve-se a estrutura antagonista na qual mãe e filha se opõem; a forma feminista na qual a anorexia é apresentada como uma maneira particular de retorno não só à diferença física – fundamentalmente de “diferença radical dos sexos” – mas também de retorno à condição da existência feminina vivida como injusta; a estrutura ascética, de rebelião contra o ser-no-mundo atual; a forma sacrificial, a forma existencial etc. O eidos, no sentido de Husserl, da anorexia mental, comum às diferentes formas clínica residiria em tomar seu próprio corpo como refém. A paciente empreende uma luta obstinada não só contra a hybris paterna, contra a ansiedade materna, mas também contra os esforços dos terapeutas.

Também são apresentadas modalidades passageiras e fugazes. Porém, às vezes o próprio fato de existir provoca a revolta: incapaz de esquivar-se da dupla violência, – a violência dos outros e a de sua existência – em casos graves a paciente mantém seu corpo como refém para opor-se a essa vida com a qual não quer construir sua história.

Palavras-chave: Psicanálise, corpo, anorexia mental, violência

L'analyse phénoménologique de l'anorexie mentale révèle que ce processus peut se développer au sein de structures diverses. L'auteur décrit la structure antagoniste, qui oppose mère et fille; la forme féministe, où l'anorexie apparaît comme une manière particulière de retour non seulement à l'inégalité physique – fondamentalement l'inégalité radicale entre les sexes – mais aussi à la condition de l'existence féminine vécue comme injuste; la structure ascétique, de révolte contre l'être-au-monde actuel; la forme sacrificielle, la forme existentielle, etc. L'eidos, au sens de Husserl, de l'anorexie mentale, commun aux différentes formes cliniques, consiste à prendre son propre corps en otage. La patiente poursuit une lutte opiniâtre tantôt contre l'hybris paternelle, tantôt contre l'anxiété de la mère, ou encore contre les efforts du thérapeute.

Certaines formes sont légères et fugaces. Mais c'est parfois le fait même d'exister qui provoque la révolte: incapable de se soustraire à la double violence – la violence des autres et celle de son existence – la patiente, dans les cas graves, garde son corps en otage pour s'opposer à cette vie dans laquelle elle ne veut pas construire son histoire.

Mots clés: Psychanalyse, corps, anorexie mentale, violence

From a phenomenological point of view, Anorexia nervosa could be elaborated on around severed themes, such as the antagonism between mother and daughter, feminist rebellion (not only because anatomical differences but, on a more essential level, against sexual submission, against deeper inequalities and against the feminine condition); rebellion against being-throw-into-the-world, ascetic structure, existential themes, and so on.

The eidos, in the sense used by Husserl, in anorexia mental, common to its various clinical forms, resides in the patient's taking her own body hostage. She rises in rebellion against the hybris of the father, the anxiety of the mother and sometimes, even against the therapist's efforts.

Some cases are mild and transient, but other patients feel existence as violence. Unable to avoid this double violence: the fact of the existence and obstinacy of others who are trying to help her, they take their own bodies hostage in order to delay moving into existence.

Key words: Psychoanalysis, body, anorexia nervosa, violence