

Clínica del objeto: la anorexia

GLORIA ELENA GÓMEZ B.

LA ANOREXIA: ¿TEMA DE MODA, PROBLEMÁTICA ACTUAL, TRASTORNO DE LA CONDUCTA, SÍNDROME, SÍNTOMA?

En sentido amplio, el fenómeno que se conoce como anorexia no parece ser nuevo. Disciplinas y prácticas como la religión, la medicina, la psiquiatría, la sociología, se han ocupado a lo largo de la historia de manifestaciones que en mucho se aproximan a lo que a partir de finales del Siglo XIX adquirió estatuto de cuadro clínico, y que desde hace unos cincuenta años, dicen los epidemiólogos, viene en aumento, al punto de hablarse de epidemia de las sociedades industrializadas. La modernidad de la anorexia radicaría, entonces, no en lo que tiene de fenómeno, sino en tanto trastorno delimitado por la psiquiatría del Siglo XIX, y cuyo carácter se consolida definitivamente a mediados del Siglo XX, al punto de ser hoy un término que sirve a algunos sujetos para hacerse representar, donde encuentran una identidad: soy anoréxico (a). La anorexia, la toxicomanía, la ludopatía, la bulimia, son significantes del discurso que ordena nuestra época, que delimitan conjuntos que funcionan dentro de la lógica de estandarización y segregación de las formas modernas de goce.

La inapetencia se reseña ya en los antiguos textos médicos. Tanto Galeno (129-200 a.C.), como Hipócrates (460-377 a.C.), los dos médicos más importantes de la antigüedad, usan el término *asitia* o *inedia* para definir la abstinencia alimenticia. Galeno, comentando a Hipócrates, dirá¹:

Los que rehúsan el alimento o no lo absorben son llamados por los griegos *anorektous* o *asitous*, que significa, los que carecen de apetito o evitan el alimento. Aquellos que después de haberlo ingerido muestran disgusto o aversión se denominan *apositous*.

¹ Cfr. NICOLAS CAPARROS e ISABEL SANFELIÚ, *La anorexia, una locura del cuerpo*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1997. Este texto sirve de guía para la breve mirada histórica descriptiva que viene a continuación.

En Hipócrates (460-377 a.C.) la palabra anorexia como tal no aparece; habla sí de “abstinencia de alimentos”, que asocia a síntomas tales como las cefaleas, la epilepsia, la tisis y la gastritis.

De Avicena (980-1037), el destacado médico y filósofo musulmán, se conserva la descripción del tratamiento de una joven princesa que padecía de falta de apetito dentro de un estado depresivo.

Ahora bien, fuera del campo de la medicina, el ayuno, como actividad opuesta a la ingesta, ocupa un lugar relevante en la historia de las religiones. En la antigüedad, el ayuno hacía parte de las prácticas religiosas y su razón de ser variaba de acuerdo con los casos y las épocas. Durante la baja Edad Media, por ejemplo, el ayuno aparece ligado a las prácticas místicas: toda la población, laicos o clérigos, hombres o mujeres, letrados o analfabetos, podían disfrutar potencialmente una experiencia mística, pensada ella como un don divino de carácter personal, y por completo independiente del rango social o del nivel de educación, pues era indescriptible, irracional y privada.

De los siglos XI al XVII datan las descripciones de más de 250 religiosas que hacían ayunos acompañados de otras prácticas, todo esto dentro de un ideal de pureza y ascetismo. Jovencitas con estas características llegaron a ser santificadas por la Iglesia católica, única institución europea con carácter universal durante la Edad Media. Como santa de la época medieval se destaca, en el siglo XIV, Santa Catalina de Siena², que en carta dirigida a su confesor –quien le había aconsejado pedir a Dios para que le devuelva el apetito– responde:

Y a vos digo Padre y lo digo delante de todos los modos posibles que me obligo una o dos veces al día a consumir alimento. He rogado y ruego continuamente a Dios que me otorgue la gracia de comer como a las demás criaturas, si ésa es su voluntad.

Sobrevenida la disolución del mundo medieval, y establecidas las bases de la edad moderna, el tratamiento de la inapetencia por parte de la medicina se abre paso. La anorexia pasa del Otro de la religión al Otro de la ciencia³.

En el Siglo XVII se destaca el médico y religioso Richard Morton, que en su libro *el Tratado de las consunciones*⁴ (1694), describe dos casos de “una enfermedad debilitante” de origen nervioso, a la que denomina “consunción nervosa, atrofia nervosa o tisis nervosa”, y que describe así:

Consunción del cuerpo sin fiebre, tos o disnea, acompañada de pérdida del apetito y de malas digestiones, de ella se deriva languidez corporal y un adelgazamiento día a día.

² W. VANDEREYCKEN R. VAN DETH, “*Dalle sante ascetische alle ragazze anoressiche*”, Milano, Scienza e Idee, 1995. Citado por Nicolás Caparros e Isabel Sanfeliú, *op. cit.*

³ ALEJANDRO DE TRALLES (525-605), uno de los médicos griegos que sostuvo la antigua tradición médica en Constantinopla en medio de la creciente decadencia moral, la superstición y el estancamiento de la Edad Media, señala que en la “perianorexia”, es relevante que la anorexia deriva de una disrescía (alteración del equilibrio humoral) o de un exceso de humores en el estómago. Precisa cambiar la composición de dichos humores o eliminarlos mediante el vómito o la evacuación intestinal. Para lo primero prescribe eméticos y beber agua templada y si los humores son muy fuertes, recomienda administrar pociones diluyentes o purificantes. Sus recetas aperitivas a base de pimienta, canela y menta, serán recogidas por los tratados medievales.

⁴ Consunción: acción y/o efecto de consumir o consumirse. Enflaquecimiento.

Un caso es el de un muchacho de diecisiete años cuya enfermedad tiene como causa, según dice Morton, “demasiado estudio”, y que trató, al comienzo, con fármacos que resultaron inútiles, y luego le prescribe abandonar el estudio, tomar aire puro, pasear a caballo e ingerir dieta láctea, con lo cual mejoró:

Tras excesivo estudio hacia los diecisiete años cae gradualmente en la inapetencia casi total y después en una “atrofia universal”, durante dos años y siempre con mayor gravedad, sin tos, fiebre u otro síntoma de enfermedad pulmonar o de cualquier otra víscera, tampoco diarrea o diabetes o cualquier otro signo de colicua-ción o inanición prenatal. Juzgando así que esa consunción fuese nerviosa, insita en el interno del habitus corporis y originada en el sistema nervioso morbosamente alterado.

El otro caso corresponde a una joven de veinte años:

Se interrumpen sus menstruaciones y comenzó con una multitud de cuidados y pasiones de su alma, pero sin ningún síntoma de enfermedad. Para esa época el apetito principió a abatirse y su digestión se tornó dificultosa y su carne también empezó a mostrarse flácida y emaciada, esta pálida... Era requerida por sus estudios y se exponía todo el día y toda la noche a las injurias del aire. No recuerdo haber visto en mi práctica nada igual... Llegó a un alto grado de consunción, como un esqueleto solo cubierto de piel. Sin embargo, no tenía fiebre sino, por el contrario, frialdad en todo el cuerpo. Rehusó la medicación que le ofrecí: combinación de sales, aguas y tinturas. Tres meses después comenzó con desmayos y murió.

La noción de *atrofia* o *tisis nerviosa* tendría en Morton su referente en la obra del romano Aulo Cornelio Celso (30 a.C.-40 d.C.) quien a su vez se apoya en la tradición médica griega. Se atribuye al mismo Morton haber sido el primero en trazar las coordenadas clínicas de la anorexia tal como más tarde habrá de conocerse al diferenciarla de otras alteraciones del mismo tipo. Para Morton, son las violentas pasiones de la mente, la bebida desordenada y el aire malsano, la causa del mal; anotando que al comienzo la enfermedad halaga y seduce al paciente. Nótese que la descripción de Morton circunscribe una enfermedad que no tiene causa orgánica conocida: el adelgazamiento no es de origen orgánico.

En el Siglo XVIII, el estudio de la inapetencia, por fuera de una casualidad orgánica, prosigue su camino. En la obra de François Boissier de Sauvages, *Nosologia Metódica* (1736), la anorexia toma el nombre de *anepithymiae* y el cuadro se aborda desde unas coordenadas novedosas: aquellos casos en que se extingue el deseo sexual y/o alimenticio. Describe trece clases de anorexia (dentro del espíritu clasificatorio de su época), algunas relacionadas con trastornos gástricos, otras con la melancolía y final-



mente la “*anorexia mirabilis*”. Boissier de Sauvages propone una doble perspectiva de gran interés: una puramente psicogénica y otra orgánica.

De 1750 data la descripción de una *enfermedad de las vírgenes*, con amenorrea, trastornos mentales y disminución del apetito, conocida como *clorosis*, enfermedad de las adolescentes caracterizada por empobrecimiento de la sangre, palidez del rostro, palpitaciones, etc. Hay una velada alusión al sexo que hace pensar en las primeras descripciones freudianas sobre la angustia. En 1774, Djerine se refiere al rechazo de los alimentos con origen psíquico, describiéndolo separadamente de otros trastornos orgánicos. Estamos aquí ante la futura anorexia mental. En 1789 Naudeau, médico francés, relaciona la inapetencia con la histeria. Al parecer, será el primero en relacionar ambas cuestiones.

Pero es a finales del Siglo XIX que la anorexia mental o nerviosa se consolida como entidad clínica. En 1873, C. Lasègue en París y W. Gull en Londres, refieren la anorexia a la histeria y a un problema del tracto digestivo. La apepsia histérica de Gull se transforma, ante la ausencia de pepsina gástrica, en anorexia nerviosa, y la anorexia histérica de Lasègue en anorexia mental. La anorexia entra así al dominio psiquiátrico. Tales autores señalan, entre otras cosas, la importancia del entorno familiar de las pacientes en la enfermedad; en esta línea, Charcot abogará por la conveniencia de separarlas de su familia. Más tarde, Guilles de la Tourette retoma las formulaciones de Lasègue y Gull, agregando que en la anorexia mental no se trata de una falta de apetito sino de un rechazo del alimento. Quince años después de Lasègue, encontramos las primeras referencias de Freud a la anorexia como síntoma histérico, idea que mantendrá a lo largo de su obra.

Entrado el Siglo XX, en 1932, aparece la primera fotografía de una mujer anoréxica en el *New England Journal of Medicine*. Y, es después de la Segunda Guerra Mundial que la anorexia deviene objeto de un minucioso estudio por parte del discurso médico-psiquiátrico⁵.

ENTRE TRASTORNO Y SÍNDROME

Esta presencia de la anorexia queda confirmada por quienes en su práctica se ven confrontados a menudo, o incluso a diario, en los servicios médicos de las instituciones de salud, en la consulta privada, y más aún, en los centros de atención especializada en trastornos de alimentación –que crecen al ritmo del fenómeno, con un incremento de los casos que, en los últimos años, son de personas con desarreglos en la alimentación: poco comer y/o exceso en el comer, y de aquellas para quienes la preocupación por la imagen corporal es relevante. La mayoría de estos casos corresponde a lo que el discurs-

⁵ “Todo cuerpo representado, toda figura todo rostro, de hecho, toda imagen y toda forma, estarían atravesados hoy, de una manera o de otra, por los cuerpos liquidados de Auschwitz”. Gerard Wajeman, “l’art, la psychanalyse, le siècle”, en “*Lacan. L’écrit, l’image*”, Paris, Flammarion, 2000, pág. 34. Más allá de la curiosidad que la anorexia produce en los discursos médico y religioso de cada época, se reseña la presencia de sujetos anoréxicos en los espectáculos: se registra, en el siglo XIII, el cuerpo de un sujeto de nombre Claude A. Seurat, que era presentado en las ferias como esqueleto vivo. De comienzos del siglo XX, durante la Primera Guerra Mundial en Europa, al menos cinco cabarets presentaban a hombres esqueléticos a los que se denominaba artistas del hambre.

so médico-psiquiátrico denomina *anorexias purgativas*, que utilizan el vómito, los diuréticos y los laxantes para perder peso. Estas anorexias acompañadas de tales prácticas no parecen corresponder a anorexias en el sentido literal del término, como falta de apetito, pues se mezclan con bulimia: primero, atiborramiento de comida y luego, por miedo a engordar, provocación del vómito. Se dice que este tipo de anorexia no era tan frecuente hace algunos años, mientras que hoy llena la consulta: pacientes con pérdida significativa de peso, conductas purgativas de vómitos, laxantes, diuréticos, y comida compulsiva. Entretanto, el verdadero cuadro anoréxico de antes, las “anorexias puras”, reacias al tratamiento, no parece haber sufrido variaciones significativamente importantes.

Desde 1980, los epidemiológicos afirman que la bulimia es el trastorno de la alimentación que más ha aumentado. ¿Cómo diferenciar, entonces, anorexia y bulimia? No resulta fácil encontrar pacientes que llenen los criterios estrictos de anorexia. En la mayoría de los casos se trata de trastornos de alimentación incompletos: Un 50% de los pacientes con anorexia nerviosa presenta síntomas de bulimia nerviosa, mientras que en la bulimia sólo un pequeño porcentaje de pacientes llega a presentar anorexia en sentido estricto. Se desconocen las razones, hecho que daría lugar al diagnóstico establecido por el DSM-IV, de trastorno de la conducta alimenticia no específico. Por otra parte, la pérdida de peso y la amenorrea no siempre se presentan. El índice de masa corporal (IMC) resulta cuestionable como elemento determinante para hacer el diagnóstico de anorexia nerviosa. Por lo pronto, destacaremos la nada de cuerpo en la anorexia y el cuerpo perfecto de la bulimia⁶.

El último estudio llevado a cabo en Colombia sobre los llamados trastornos de la alimentación, fue presentado a comienzos de este año por el programa “Salud mental de las mujeres” de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. Dicho estudio señala que gran parte de la población de esta región del país, en su mayoría mujeres adolescentes, está en riesgo de padecer trastornos de la alimentación, y que su porcentaje viene en aumento de manera llamativa en los últimos años: de 0,1 a 1,0% para la anorexia y de 1,0 a 3,5% para la bulimia, con una tasa de mortalidad que alcanza el 8%. Realizado entre 972 alumnas de cinco colegios de Medellín, los resultados arrojados fueron: al 77% de las jóvenes encuestadas les aterraba la idea de engordar, el 41% tenían atracones (comer desafortadamente) y un 33% experimentaba culpabilidad después de comer, mientras que un 8 % había recurrido al vómito después de haber comido⁷.

Para el discurso médico-psiquiátrico actual, la anorexia nerviosa es un trastorno específico de la conducta alimenticia que lleva a un acentuado adelgazamiento debido a las dietas extremas y al exceso de ejercicio. Se presenta con mayor frecuencia en

⁶ Cfr. “Anorexia y bulimia”, en *Cuadernos de psicoanálisis*, núm. 16, Barcelona, Ediciones Eolia, 1997. Los criterios para el diagnóstico de bulimia nerviosa, establecidos por el DSM-IV son:

- A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por: (1). ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias. (2) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).
- B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces por semana durante un período de 3 meses.
- D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia.

⁷ Cfr. “La delgada línea humana”, en *El Tiempo*, Bogotá, 16 de marzo de 2003.

adolescentes, especialmente mujeres. Muchos pacientes con anorexia, nerviosa quizás, nunca acuden al médico, por lo que no se conoce con exactitud la frecuencia de aparición de la enfermedad.

Dentro de dicho discurso hay acuerdo en que está descartada su asociación con una enfermedad orgánica, aunque afecte el organismo e incluso llegue a producirle daños irreversibles en los casos graves y de larga duración: alteraciones metabólicas y hormonales, e inmunodepresión con aumento del riesgo de infecciones; y además, según las estadísticas, aproximadamente entre el 5 y el 18% de los casos muere por desnutrición. Las anorexias aparecen con frecuencia acompañadas de bulimia, consistente en la ingestión de grandes cantidades de alimentos seguida de la provocación del vómito, para asegurar la figura delgada, acto que al repetirse durante un período de tiempo prolongado, llega a alterar el equilibrio hidroelectrolítico y produce, generalmente hipopotasemia, que afecta el funcionamiento cardíaco.

El término nerviosa o mental que acompaña el diagnóstico de anorexia, indicaría que no se está ante un trastorno alimenticio con una definida base orgánica, por ejemplo, el hipotiroidismo, o frente a alteraciones del apetito sucedáneas a procesos orgánicos.

El DSM-IV que sirve de guía a los profesionales de la hoy denominada salud mental: psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, ocupacionales... dietistas, tiene en cuenta cuatro características para el diagnóstico de anorexia nerviosa: 1. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del mínimo normal, de acuerdo a la edad y la talla. 2. Miedo intenso a ganar peso o a volverse obeso, a pesar de que su peso esté por debajo del peso normal. 3. Alteración significativa de la percepción del peso o forma del cuerpo. 4. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea, por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. La tríada amenorrea-adelgazamiento-anorexia descrita por Lasègue a finales del Siglo XIX, orienta hoy el diagnóstico del trastorno.

El mismo DSM-IV distingue dos tipos de anorexia nerviosa: *restrictiva*, cuando el paciente pierde peso a través de dietas estrictas y ejercicio físico intenso, y *compulsiva purgativa*, cuando el paciente se purga constantemente y se provoca el vómito después de comer pequeñas cantidades de comida.

Por su parte, desde una perspectiva psicopatológica clásica, la anorexia no es una entidad nosológica con una etiología definida. La mayoría de los profesionales que se ocupa del problema está de acuerdo con que la anorexia no puede explicarse por causas orgánicas. La tendencia actual es a tomarla como un síndrome: un conjunto de manifestaciones clínicas, cuya causa se desconoce. Por tanto, no existe



dentro del campo de la salud mental un tratamiento único aceptado para ella; con bastante frecuencia se la asocia con depresión y baja autoestima.

LA ÉPOCA

“La vieja afirmación de que la nerviosidad era un producto de la civilización tiene, por lo menos, una parte de verdad. La educación y el ejemplo sitúan al individuo joven ante las exigencias culturales”

FREUD, *Múltiple interés del psicoanálisis*, 1913.

“Plan valores: Cuando antepones tus valores a tu propia satisfacción, vales más”.

MENSAJE PUBLICITARIO

Una de las ideas que más circula entre la opinión pública, y en ello los medios informativos tienen su parte, es que el incremento de las anorexias está relacionada con factores socio-culturales. Existe consenso en que en la anorexia, además de las determinaciones individuales de cada sujeto, se dan factores culturales que predisponen, facilitan su aparición. El DSM-IV indica:

“La anorexia nerviosa parece ser más prevalente en las sociedades industriales, en las que abunda la comida y en las que estar delgado se relaciona estrechamente con el atractivo (especialmente en las mujeres)”⁸.

Es un hecho que los ideales estéticos exigen hoy un cuerpo delgado. Para alcanzar o mantener esta figura ideal, el sujeto somete su cuerpo a dietas, pequeñas o grandes, al ejercicio, a la cosmética, a medicamentos, cuando no a la cirugía estética... Las modelos *tops* se han convertido en el ideal, al que particularmente las mujeres jóvenes tienden a ajustarse⁹.

Las explicaciones culturalistas comportan una parte de verdad: época de la imagen, culto al cuerpo, mas, ¿son suficientes los ideales y exigencias de la época, respecto a la estética corporal, para dar entera cuenta del fenómeno? ¿En qué medida la época participa o cómo llega a determinar su aparición e incremento? ¿Cómo se articula la determinación social con la causalidad psíquica de quienes lo padecen? En otras palabras, ¿en qué sentido la anorexia como síntoma privado tiene que ver con las condiciones culturales, con la anorexia como síntoma de la época?¹⁰.

Estas preguntas no hacen más que particularizar una cuestión de carácter más general y crucial para el psicoanálisis desde Freud, quien a partir de 1930 y después de

⁸ Cfr. *“Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV”*, Asociación Americana de Psiquiatría, Barcelona, Masson, 1995, pág. 556.

⁹ La gerente de una prestigiosa casa de modelaje colombiana, declara: «Hacemos énfasis en que las niñas se acepten como son, eleven su autoestima, pues la anorexia y la bulimia empiezan por ahí. Es lógico que a veces tenemos que pedirles que bajen unos kilos, pero en forma sana”. Cfr. “La delgada línea humana”, en *El Tiempo*, *op. cit.*

¹⁰ ¿Qué es el síntoma social en tiempos del capitalismo? Desde Lacan, es que todo individuo es un proletario, es decir, que no tiene sino su cuerpo, su fuerza de trabajo, como instrumento para poner en la máquina productiva, retomando a Marx. Lacan dice: todo individuo, no todo sujeto, y con ello apunta al sujeto completado por el más de goce: es un proletario, porque el más de goce de los tiempos modernos no se extrae del lazo social, como ocurría dentro del discurso del amor antiguo. El discurso capitalista inscribe una multitud de cuerpos ligados a un más de goce y no a un partenaire. Colette Soler, “Incidencia política del psicoanálisis”, en *Uno por Uno*, Boletín de la Escuela de la Orientación Lacaniana y de la Escuela Europea de Psicoanálisis, núms. 23/24, Barcelona, y Buenos Aires, 1992. Colette Soler, “*El psicoanalista y el sujeto contemporáneo*”, notas del seminario dictado en Medellín, el 28 de mayo de 2003.

cincuenta años de práctica privada y reflexión dedicada a los síntomas de cada sujeto, introduce su tesis sobre el malestar en la civilización: los síntomas más peculiares de cada cual tienen en la civilización una parte de sus condiciones. Con su tesis, el Otro interviene en la constitución del sujeto; Freud borra la diferencia entre la psicología de las masas y la individual.

Freud introdujo la idea de una historicidad del síntoma: determinado por algo peculiar al sujeto y por el Otro social. Doble condición, entonces: depende de cada sujeto, de sus exigencias pulsionales, y de las exigencias que la civilización impone a dichas pulsiones. Freud señalaba que la civilización producía cada vez más síntomas, y denominó a esta exigencia renuncia pulsional. Primero con Freud y luego con Lacan, el psicoanálisis ha consolidado una teoría sobre la tensión existente entre las tendencias pulsionales del sujeto y la renuncia pulsional exigida por la civilización¹¹. Esta tesis abre una salida al *impasse* que subyace en las argumentaciones sobre la determinación múltiple, tan en boga y de tanta acogida, que entre tanto se quedan cortas a la hora de dar cuenta de los modos como los diferentes factores llegan o pueden entrelazarse. Para el caso de la anorexia, así ocurre. Se arguye que resulta de la interacción de diferentes factores: disposición biológica a la enfermedad, presión social, patología familiar, obsesión por la figura, problemas psicológicos como baja autoestima, inseguridad, traumatismos...

Nuestra época exige figuras delgadas, pero, ¿de qué manera este ideal estético deviene *pathos*? A golpe de vista no parece ser más problemático que la figura delgada sea un ideal de nuestra cultura, si se lo compara, por ejemplo, con el ideal del cuello largo, signo de elegancia entre las mujeres que habitan en los estados Chan del sur de Birmania, en Asia, que para lograr tal estiramiento portan collares de latón, de creciente número de aros¹². En cada caso, estaríamos ante dos acuerdos sobre la satisfacción posible de ser extraída del cuerpo. El argumento según el cual la época exige figuras delgadas, precisa ser hilado más finamente con miras a justificar de qué manera y por cuáles vías las leyes regulan los modos del goce corporal de nuestra sociedad, al tiempo que empujan a un más allá del principio del placer. El cuerpo anoréxico parece mostrar de una manera cruda la otra cara del ideal, su aspecto siniestro.

Ahora bien, el cuerpo es el escenario donde tiene lugar la anorexia; el psicoanálisis no cesa de mostrar cómo el inconsciente incide sobre el cuerpo. Los llamados trastornos psíquicos pueden aparecer como alteraciones de las funciones corporales, no sólo bajo la forma de la clásica conversión histérica. La anorexia constituye un caso particular de la serie de trastornos, posibles de ser reseñados, de las distintas funciones corporales: excretoras (enuresis, encopresis), respiratorias (asma, ahogos), alimenticias (anorexia, bulimia).

¹¹ Lo que con Lacan se denomina el discurso, es lo que Freud llamaba la civilización. Así, el discurso implica no sólo lo que se dice, lo que se habla, sino que concierne a los modos de arreglo particulares al interior de un grupo social: dispositivo de lenguaje para ordenar el goce de cada uno y la convivencia de los diversos goces individuales.

¹² En otras latitudes, en otras formas organizativas, encontramos prácticas, costumbres diferentes a las que dominan hoy en el mundo occidental. Casi todas las tribus africanas adornan sus rostros y cuerpos con cicatrices (escarificaciones) y tatuajes. No son raras las deformaciones del cráneo, del cuello, de las orejas, los labios, o aún, las perforaciones de las alas de la nariz, el tabique, los labios, con objetos metálicos, huesos, plumas, para citar las prácticas del cuerpo, que tiene valor de precepto en dichos grupos sociales, y que resultan más enigmáticos para la mirada occidental. En algunos pueblos de Oceanía, se practica el estiramiento, hasta los hombros, de los lóbulos de las orejas. En pueblos de África, se produce el alargamiento del cráneo, mediante tablillas a la manera del antiguo Egipto.



Para gozar, para satisfacer la pulsión hace falta un cuerpo, señala Lacan. Pero el discurso exige cuerpos que gocen de acuerdo con las formas aceptadas por el conjunto social. La formulación, *el cuerpo es un acontecimiento de discurso*, desarrollada por C. Soler, condensa esa doble cara del síntoma: el cuerpo es un acontecimiento del *discurso que ordena el entramado social* que se caracteriza por estandarizar. Pero también, el cuerpo es un acontecimiento del *discurso del inconsciente*, como entramado peculiar a cada sujeto, que se configura con su historia, pero una que no proviene del otro.

Dos cuerpos: un cuerpo civilizado y otro sintomático. El primero, cuerpo producto, efecto del discurso que organiza el grupo social al cual el sujeto pertenece y que exige al sujeto y su cuerpo cumplir roles sociales, adoptar imágenes estandarizadas. Este pedido es alcanzado y mantenido vía el lenguaje, las identificaciones, los modelos corporales que ofrece, las normas de conducta que imparte, la repetición. Cada cultura construye una idea propia acerca del cuerpo: cómo vestirlo, con qué alimentarlo, cómo cuidarlo, cómo moverlo, qué hacer con él, en definitiva, cómo tratarlo. Este cuerpo obedece al discurso y busca sus modos de satisfacción, de goce placentero o ligado al sufrimiento, entre las opciones posibles y admitidas por el conjunto social en un determinado momento.

El segundo, el cuerpo sintomático, no se ciñe a los estándares propuestos, o aun, exigidos: es el cuerpo que se resiste a la colectivización, a obedecer al discurso, tiene algo de rebelde en su modo de gozar. Implica un goce disidente frente a los goces normalizados, a los goces estándares; su paradigma lo constituye el cuerpo histérico. El síntoma como verdad no se puede colectivizar. Es un opositor, como dice Lacan; se opone al orden del discurso.

Es esta dimensión del cuerpo la que parece estar comprometida en la cuestión de la disolución de las identidades y la realidad, de las cuales se habla en las ciencias sociales: la modernidad está definida por el intento de construir la identidad por fuera de lo colectivo, apreciación que, afinada con los hallazgos del psicoanálisis, significa que el sujeto se hace hoy un lugar en el mundo, mas bien con su más de goce que con sus ideales, de donde, quienes tienen una misma manera de gozar, pretenden a la vez una misma identidad. En lo que hace a lo oral, se crean colectivos que responden a coordenadas como: los que quieren adelgazar, los fumadores de tabaco, los amantes de la buena mesa, del vino. El ideal que podría tratar el objeto del goce no parece funcionar más. Los ideales no son, hoy, vías para tramitar la satisfacción posible de ser extraída del cuerpo¹³.

Con el fin de avanzar en la cuestión, plantearemos estas preguntas: ¿qué elementos se juegan en el actual mundo globalizado para que su ideal estético incida en la producción del fenómeno anoréxico? ¿Participa en ello la superproducción de objetos

¹³ Cfr. MANUEL ALONSO, "Crisis de la política, exclusión social e individualismo", ponencia en el I Encuentro Latinoamericano de la Internacional de los Foros del Campo Lacaniano, Medellín, julio 2003. (M. Alonso es Director del Instituto de Estudios Políticos de la Universidad de Antioquia). Cfr. Colette Soler, "El cuerpo acontecimiento de discurso", en *Letrazas*, Foro del Campo Lacaniano de Bogotá, núm. 3, Bogotá, 2003.

que mueve a los sujetos a un vínculo peculiar con los mismos? ¿Incide el tratamiento que nuestra época hace de la pulsión oral, su satisfacción y regulación, en el denunciado incremento de los casos de anorexia? ¿En qué medida y cómo las variaciones estéticas, el ideal estético, que se ven reflejados en el cuerpo como imagen, se articulan con lo oral?

Con la teoría de la pulsión podemos pensar que los cambios en la estética del cuerpo marchan de la mano de los cambios en la oralidad. Se trata de pensar que la anorexia en tiempo del capitalismo no es ajena a los cambios en los modos de satisfacción pasional que ha producido el discurso capitalista. Las modificaciones en las costumbres, las ideas sobre la satisfacción oral y todo lo que de aquí se deriva, modifican los recorridos de la satisfacción pulsional¹⁴.

Mundo inundado de objetos, oferta permanente y desbordada de objetos supuestamente necesarios y que proporcionarían la anhelada satisfacción. La abundancia, la diversidad y la producción industrial de objetos definen el último siglo: objetos en serie, desechables, efímeros. Nunca antes en la historia habían sido creados tantos objetos, y entre ellos, los ligados a lo oral no son despreciables. La oferta de alimentos es copiosa, variada y novedosa: alimentos sintéticos obtenidos por procedimientos industriales, transgénicos, orgánicos, comida rápida, chatarra, vegetariana, productos *gourmet*, de otras regiones y lugares del mundo... y alrededor de esto, incremento en la variedad y novedad en la oferta para el consumo y el cultivo de la pulsión oral: lugares para comprar alimentos, festivales gastronómicos, publicaciones, programas televisivos, cursos, dietas. Las anorexias modernas aparecen como desfallecimiento del apetito en época de abundancia de comida. Cuando hay demasiada comida el apetito se retira.

NECESIDAD, DEMANDA Y DESEO: SU OBJETO

La trilogía necesidad, demanda y deseo es el resultado de la reformulación de la pulsión freudiana por parte de Lacan. Tiene la virtud de mostrar los avatares de la relación con el Otro implicados en la pulsión.

La necesidad define la falta de los elementos necesarios para la conservación de la vida. El cuerpo como organismo vivo requiere entre otros, comer, respirar, dormir... La necesidad de nutrientes se colma con el alimento, no se satisface con un objeto diferente, por ejemplo, con dormir, si bien el sueño es el objeto que cubre la necesidad de reposo.

La necesidad, que a primera vista parece natural, se halla desvirtuada en los humanos, ha sido arrancada de su dimensión instintual –según la cual se comería sólo para satisfacer la necesidad de alimentarse–, desde el mismo momento del nacimien-

¹⁴ Cfr. Anorexia y bulimia, *op. cit.*



to, por el hecho de tramitarse y satisfacerse vía un Otro que habla, en primera instancia la madre, por solicitarse con palabras y tener que pasar por las palabras del Otro, esto es, por la idea que este Otro tiene sobre lo que hace falta, lo cual se revierte sobre el objeto y la satisfacción. La consecución del alimento se busca y alcanza en medio de la dialéctica de pedido a un Otro y su don por parte del mismo: tiene hambre, no tiene hambre, o tiene sueño, tiene frío, algo le duele, quiere que lo alcen, dice la madre a propósito del llanto de su bebé.

El lenguaje precede al cachorro humano que llega al mundo, cuyo grito es interpretado por el Otro como un pedido, un llamado. Esta interpretación constituye ya una respuesta del Otro, que determina que lo natural que pueda haber en el grito se vea inscrito en el campo del lenguaje, elevado a la condición de significante, esto es, metaforizado por la trama significante.

Pero la frustración de ese objeto real que es la comida constituye un tiempo lógico necesario para que se esboce una demanda. Es condición que el objeto pueda faltar, que la falta sea puesta de presente para que este objeto pueda ser elevado a la condición de un don, para que la comida, más allá de su valor habitual de uso, devenga para el niño una función simbólica, enmarcada en el sistema cultural al que él pertenece.

La demanda define todo pedido que se dirige al Otro, está configurada con aquello que de la necesidad pasa a la cadena significante. Es por el hecho que el hombre habla, pide, que Lacan hace de la palabra una demanda que implica pedir una satisfacción al Otro.

Se distinguen dos tipos de demandas: *demanda transitiva*, pedido de algo, que corresponde a las demandas en plural, relacionadas con las faltas que reclaman el objeto de satisfacción. *Demanda intransitiva*, en singular, que no pide un objeto determinado sino que pide nada específico, una demanda con valor de prueba de amor: un gesto, un detalle, una mirada, un beso, que nos presten atención, que se ocupen de nosotros, como bien lo dice el discurso corriente.

Estos dos tipos de demandas envuelven dos aspectos del Otro: el Otro que tiene –Otro de los bienes– y el Otro que no tiene –Otro del amor–. *La demanda transitiva* surge de la necesidad y se dirige al Otro en tanto la puede colmar, en tanto que tiene, y *la demanda de amor* se dirige al Otro en tanto no tiene, de acuerdo con la definición de amor que Lacan propone: dar lo que no se tiene, o lo que es lo mismo, dar prueba de su falta, falta en la cual, en primera instancia, el niño pequeño puede venir a alojarse como objeto en el Otro.

De una manera ejemplar, la demanda de amor pone de presente el modo como se impone para el sujeto el campo del Otro. Aquí, el objeto real de la necesidad,

que se reclama o que se brinda, no es lo fundamental, lo que realmente interesa es quién lo da y el hecho de que éste puede darlo o negarlo.

Esta dialéctica de la demanda y el don del amor, más allá del pedido y el don del objeto de necesidad, así como el hecho de que se come por amor a la madre, al otro (una cucharada por papa, otra por mamá, otra por...), y que se alimenta con y por amor, es ilustrada bien por una publicidad de cereales infantiles que dice: "Receta Tricereal para crecer. Ingredientes: besos, caricias, ternura, comprensión, amor...mucho amor. Preparación: revuelva los ingredientes con cariño, agregue Tricereal infantil de piña, canela, fresa o vainilla; hasta alcanzar la alimentación adecuada de sus hijos. Sírvalo como colada, refresco o puré".

De esta manera, un rasgo esencial de la demanda es ser siempre demanda de amor, demanda de una presencia incondicional de este Otro, encarnado en un primer tiempo por la madre. Lacan articula toda respuesta a la demanda en la dimensión de la prueba de amor, en la cual la particularidad del objeto de la necesidad resulta abolida, suprimida. El amor toma entonces esa dimensión de trampa en la neurosis: ser demandado es para el neurótico el índice mismo del amor del Otro, un Otro que el sujeto supone responder según su capricho, su antojo, o no responden a causa de su impotencia, pero nunca porque la respuesta a la demanda es imposible. El neurótico prefiere el capricho o la impotencia del Otro, antes que saber algo sobre la falta de este Otro.

El deseo: la demanda siempre es demanda de algo más allá de la satisfacción solicitada. El más allá de la demanda significa un más allá de la satisfacción de la necesidad. Pero existe también un más acá de la demanda, por el hecho de que la demanda debe ser articulada en términos significantes, de donde resulta un espacio virtual entre la demanda de satisfacción y la demanda de amor, espacio donde el deseo surge y se aloja en una posición siempre doble, siempre más acá de la necesidad y siempre más allá de la demanda.

Es el deseo el que conduce al sujeto a formular su demanda cada vez más allá: cuando el sujeto pide algo y se lo otorgan, pide otra cosa. Las demandas de los niños lo muestran claramente. El deseo se ubica entre estas dos modalidades de la demanda: "El deseo se produce en el más allá de la demanda...pero también se ahueca en su más acá"¹⁵. El deseo no es el apetito de la satisfacción, ni la demanda de amor, sino la diferencia que resulta de la sustracción del primero a la segunda; el fenómeno mismo de su hendidura.

El deseo nombra la incidencia de la demanda sobre la necesidad. El deseo resulta de la incidencia del significante sobre la necesidad: "El deseo se esboza en el margen donde la demanda se desgarra de la necesidad", dice Lacan.

¹⁵ JACQUES LACAN, *La dirección de la cura y los principios de su poder*, en *Escritos I*, México, Siglo XXI Editores, 1972.



Así las cosas, las anorexias dan prueba de que el alimento es más que un objeto de la necesidad; es cuando la demanda se presenta como satisfecha, que puede aparecer la anorexia invocando la falta.

Al tratar la falta de apetito del sujeto anoréxico como un trastorno de la alimentación, el discurso médico-psiquiátrico desconoce la diferencia entre necesidad, demanda y deseo. El psicoanálisis, por su parte, no aborda la anorexia como una patología de la conducta alimenticia sino de la demanda y el deseo, que no es deseo de ningún objeto y por tanto no podría ser colmado: es deseo de deseo.

Desde esta perspectiva, no toda negativa a comer sería propiamente una anorexia; lo es cuando el rechazo de la comida toma el lugar del deseo, cuando se rechaza el objeto comida porque lo que se prefiere es nada, como algo que equivale a la comida pero en negativo.

SÍNTOMA

Decir que la anorexia es un síntoma, implica afirmar que se trata allí de un mensaje y un goce pulsional. Vista desde su dimensión significativa, la anorexia corresponde a un mensaje cifrado del sujeto que busca decirse por tal vía, que se dirige a Otro, que es la expresión de un deseo que no logra articularse en un discurso, pero que puede llegar a ser decodificado vía la palabra. Mas al afirmar que la anorexia es un síntoma de la oralidad, se pone el acento en su carácter pulsional: el síntoma anoréxico en cuanto proveniente de lo real se opone al acuerdo del ser social; es una manera singular de gozar. El goce pulsional oral sería la manifestación del resto de goce que el sujeto no alcanza a tramitar vía la sublimación, estándar o no.

Examinar las anorexias en tanto cuerpo sintomático significa explorar los significantes que marcan sus cuerpos como goce y que no provienen del discurso del Otro sino del discurso del inconsciente, de los encuentros traumáticos, de la *tuché*.

Para ilustrar cómo la determinación del goce viene de lo real podemos tomar como ejemplo el valor del significante *rata* del paciente de Freud conocido como *el hombre de las ratas*: El significante rata no alcanza a descifrarse con la historia de este sujeto; ésta se queda corta para explicar cómo la rata se convierte en el signo de su goce, aunque dé cuenta de muchas de sus conductas sintomáticas. La rata no viene del Otro, no es un significante programado en el Otro, más bien aislado, extraído, elegido por el sujeto del relato del capitán cruel, y que toma en su caso función traumática¹⁶. Vista de este modo, la anorexia no puede explicarse sólo como manifestación definida con los elementos proporcionados por el Otro de la época, sino también y particularmente con los elementos de goce de cada sujeto, en este caso, goce oral.

¹⁶ Cfr. COLETTE SOLER, "El cuerpo acontecimiento de discurso", *op. cit.*

LA NADA: DESEO Y GOCE

La anorexia nerviosa como trastorno fijado desde los criterios de anorexia, amenorrea y alteración de la imagen corporal, desde “las tres A”, como se conoce, no parece apto para dar cuenta de los fenómenos anoréxicos en la infancia: los contratiempos, los dramas que tienen lugar con la alimentación de los niños. Según el DSM-IV, la anorexia como trastorno de la conducta alimenticia irrumpe en la adolescencia. Es la anorexia nerviosa en las jovencitas la que da hoy tanto de qué hablar.

Desde el DSM-IV la anorexia nerviosa no existe en la infancia. Y por tanto, la anorexia como fenómeno bajo la forma de falta de apetito y rechazo sistemático de la comida es un hecho relevante de este momento de la vida. La familia, los responsables de los restaurantes escolares, testimonian de las dificultades encontradas a diario con la comida de los pequeños: no come, come poco, come sólo algunas cosas, quiere sólo galguerías, pica fuera de las horas establecidas de comida, se indigesta... Aún no se habla de niños anoréxicos sino de niños que no comen o que comen mal, y la falta de apetito es tratada, en primera instancia por la medicina, con medicamentos: estimulantes del apetito y suplementos vitamínicos.

Con Lacan se abre paso la posibilidad de repensar la anorexia nerviosa, que la psicología y la psiquiatría definen como un trastorno de la conducta alimenticia y que tratan bajo el presupuesto de una relación natural entre la necesidad de comer y el alimento, no tomando en cuenta el hecho que el lenguaje interviene sobre la necesidad separándola de su objeto natural. Reducen el objeto del deseo, de la demanda a la pura necesidad, al objeto que satisface la necesidad vital de alimentarse.

Más allá de lo fenomenológico, se trata de argumentar que con la anorexia estamos ante un síntoma y en particular ante el más dramático síntoma de lo oral. La anorexia muestra de manera paradigmática que la necesidad de comer se halla distorsionada como efecto del lenguaje, que está ligada al objeto oral, a la demanda oral, al deseo y a la satisfacción pulsional:

“...la anorexia mental no es un *no comer*, sino un *no comer nada* (...) Nada, es precisamente algo que existe en el plano simbólico. (...) Este punto es indispensable para comprender la fenomenología de la anorexia mental. Se trata, en detalle, de que el niño come nada, algo muy distinto que una negación de la actividad”¹⁷.

La negativa a comer aparece aquí como falsa negatividad. El sujeto anoréxico sí come, come algo: come nada. La nada resulta del vaciamiento del objeto oral, como objeto de la necesidad. Pero, ¿por qué come nada? Para responder a esta cuestión, Lacan da como marco la diferencia entre la suposición de saber en el Otro y la suposición de *un deseo* de saber en el Otro, es decir, la distinción entre histeria y el caso anoréxico.



¹⁷ JACQUES LACAN, *El Seminario, Libro 4: La relación de objeto*, Barcelona, Paidós, 1994, pág. 187.



Esta tesis de Lacan da pie para pensar que el fundamento de la anorexia, al menos uno de los más determinantes, hay que buscarlo en la infancia y, específicamente, en la relación primordial del niño con la madre: en los primeros encuentros del niño pequeño con el Otro que le proporciona el alimento se instala la dialéctica del pedido y el don; tiene lugar el paso del objeto de la necesidad al objeto como don; allí surge el deseo.

“... si el Otro, que a su vez tiene sus ideas sobre las necesidades, se entromete, y en lugar de lo que tiene, lo atiborra con la papilla de lo que tiene, es decir, confunde sus cuidados con el don de su amor.

Es al niño al que alimentan con más amor el que se niega a tomar la comida y juega con su rechazo como con un deseo...”¹⁸.

La madre confunde la comida, en cuanto objeto de la necesidad, con el amor como objeto que circula en la demanda, al interior del vínculo establecido en el acto de ser alimentado y dejarse alimentar. La madre del niño anoréxico confunde el objeto de la necesidad con el objeto de amor, con el don. El niño con su posición rechaza el alimento y juega con dicho rechazo como con un deseo: se sitúa en un lugar desde el cual pueda defender su deseo, preservar su deseo del Otro materno de saciar. El sujeto anoréxico domina la situación, no es un sujeto pasivo respecto a la satisfacción oral en juego. Los equipos tratantes dan testimonio de impotencia, de incapacidad para hacer ceder a algunos pacientes anoréxicos en su posición. Estos libran una lucha por el deseo que en muchos casos gana la pulsión.

Las técnicas de tratamiento utilizadas por los equipos interdisciplinarios que se ocupan hoy de las anorexias pasan por el uso de medicamentos, nutrición intensa, dieta balanceada y reeducación alimenticia (todo dentro de una apuesta por la vida), entrando en la misma lógica del imperativo iniciada por el Otro materno: ¡come!

En el texto *La dirección de la cura y los principios de su poder* (1957), no se trata todavía para Lacan del objeto en su dimensión real, como objeto de goce, sino del objeto que toma su valor de la cadena significante, del objeto que funciona dentro de la dialéctica con el Otro: el seno, el excremento, el falo, objetos de la demanda. La voz y la mirada no aparecen todavía en la serie de objetos parciales. Si en el Seminario IV (1956-1957), esto es, un año antes de *La dirección de la cura y los principios de su poder*, Lacan ya habla de la nada como lo que come el niño que no toma el alimento; sólo hasta *Subversión del sujeto y dialéctica del deseo*, (1960), hace de ella un objeto:

¹⁸ JACQUES LACAN, “*La dirección de la cura y los principios de su poder*”, en *Escritos I*, op. cit., pág. 259.

“...el objeto que describe la teoría analítica: pezón, escíbalos, falo (objeto imaginario), flujo urinario. (Lista impensable, si no se le añade con nosotros el fonema, la mirada, la voz, -la nada)”¹⁹.

Se perfilan en este mismo texto dos formas de la nada: una referida al niño que no come y otra al caso conocido como *el hombre de los sesos frescos*: sujeto que, en su análisis, se queja de carecer de ideas propias y sentir un impulso a plagiar las de los otros. Lacan toma este caso como una anorexia mental, haciendo equivaler la nada de ideas a la nada de comida; en ambos casos es la cuestión del deseo la que domina. Que Lacan haga de este síntoma una anorexia mental no es ajeno a dos hechos: de un lado, a que Melitta Schmideberg, primera analista de este paciente, se refiera al mismo en un artículo al que titula: *Inhibición intelectual y trastornos del comer* (1934) y que luego, el mismo paciente, en un segundo análisis, con Ernest Kris, se dirija a un restaurante para comer su plato preferido, sesos frescos, luego de salir de una sesión de análisis donde no es propiamente al deseo a lo que ha apuntado la interpretación del analista a propósito del plagio. *El hombre de los sesos frescos*, dirá Lacan, no es que no robe, sino que roba nada. La anorexia es en este caso mental, no en el sentido clásico de falta de apetito en el comer, sino en el sentido literal de la palabra mental: falta de ideas²⁰. Tanto en el caso del niño anoréxico como el caso del *hombre de los sesos frescos*, se trata de preservar el deseo.

Un poco más adelante, en el seminario *Los cuatro conceptos del psicoanálisis* (1964-1965), Lacan brinda herramientas para pensar la anorexia a partir de las operaciones de alienación al Otro y separación del Otro, que dan nacimiento al sujeto: en las anorexias más accesibles al tratamiento, la posición subjetiva se deduce de la cadena significativa, de la función de alienación al Otro, mientras que los casos más reacios al tratamiento, “*anorexias puras*”, se pueden pensar a partir de la función de la separación.

Y es que desde el punto de vista fenomenológico, la clínica muestra que los casos de anorexias parecen repartirse en dos categorías: anorexia fáciles y anorexias difíciles. ¿Cómo explica el discurso médico-psiquiátrico este hecho? Más allá de reseñarlo y cuantificarlo estadísticamente, no puede decir mucho, a falta de las coordenadas teóricas que expliquen por qué hay pacientes que responden mejor al tratamiento y se curan más fácilmente, mientras otros se mantienen en una negativa tal al alimento que a veces se los lleva a la muerte, casos que Lacan, ya en 1936, relaciona con un “apetito” de muerte²¹.

Desde la operación de alienación, la anorexia se lee como una enfermedad del deseo: el rechazo a la comida viene a ocupar el lugar del deseo; se rechaza el objeto

¹⁹ *Ibid.*, pág. 329.

²⁰ Cfr. GUY CLASTRES, “Comentario de la dirección de la cura”, en *El hilo de Ariadna*, Asociación del Campo Freudiano de Colombia, Medellín, 1984.

²¹ Cfr. JACQUES LACAN, “Intervenciones de Lacan en la S.P.”, en *Jacques Lacan. Intervenciones y textos II*, Buenos Aires, Ediciones Manantial, 1988.

comida para sostener el deseo. El sujeto anoréxico se encuentra perturbado por no saber cómo colocarse bajo la significación fálica. En esta dirección, resulta significativo el uso del término anorexia para definir la situación de quienes no quieren comer, cuando la palabra anorexia en su raíz griega (anorexia) evoca el deseo, no la ingesta. El término está compuesto de un prefijo negativo (*an*), correspondiente al grado cero de la negación, y del verbo (*orexis*), que significa: tender, alcanzar, tomar consigo, encargarse de, ofrecer, tocar, extenderse, expandirse de gozo, desear a alguien²².

Por su parte, desde la operación de separación, la anorexia deja ver de qué manera, frente al enigma que representa para el niño, para el sujeto, el deseo del Otro, aquel responde con la propia pérdida, con su propia desaparición, con el fantasma de su muerte, en tanto primer objeto a poner en juego en esta dialéctica. Ciertas anorexias estarían determinadas por lo que se jugó en este momento lógico de constitución subjetiva. Se deducen de aquí las dificultades que ciertos casos representan para su tratamiento, para la instalación de la transferencia²³.

Así la cuestión, el sujeto anoréxico no sólo dejaría ver en el registro de lo oral la falta que constituye el ser y que precisamente le ha faltado, sino que encarna en su ser el goce ligado a ese objeto oral.



²² Cf. G. BARAVELLE y COLS, *Anorexia. Teoría y clínica psicoanalítica*, Barcelona, Paidós, 1993.

²³ Cfr. NIEVES SORIA, *Psicoanálisis de la anorexia y la bulimia*, Buenos Aires, Tres Haches, 2000, pág. 33.

■ Remedios Varo 1910-1966

