



ANOREXIA-BULIMIA:
DESEO DE NADA

Marcelo Hekier
Celina Miller

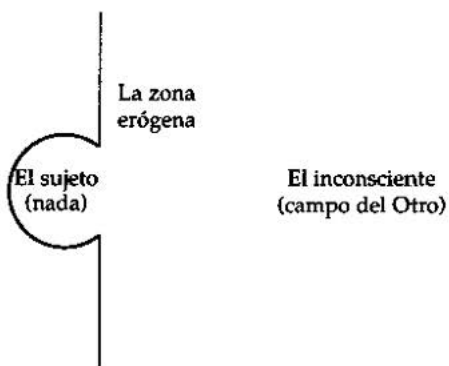
Paidós Psicología Profunda



**ANOREXIA-BULIMIA:
DESEO DE NADA**

Marcelo Hekier
Celina Miller

ANOREXIA-BULIMIA: DESEO DE NADA



PAIDÓS
Buenos Aires
Barcelona
México

Cubierta de Gustavo Macri
Motivo de tapa: Croquis de Marcela Morilla

1a. edición, 1994
1a. reimpresión, 1995
2a. reimpresión, 1996

Impreso en la Argentina - Printed in Argentina
Queda hecho el depósito que previene la ley 11.723

© Copyright de todas las ediciones en castellano by

Editorial Paidós SAICF
Defensa 599, Buenos Aires

Ediciones Paidós Ibérica S.A.
Mariano Cubí 92, Barcelona

Editorial Paidós Mexicana S.A.
Rubén Darío 118, México D.F.

La reproducción total o parcial de este libro, en cualquier forma que sea, idéntica o modificada, escrita a máquina, por el sistema "multigraph", mimeógrafo, impreso por fotocopias, fotoduplicación, etc., no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

ISBN 950-12-4181-5

ÍNDICE*

A modo de presentación.....	11
Prólogo.....	13
1. Clínica del hacer - Clínica del decir (Acerca del abordaje), <i>Marcelo Hekier</i>	19
Primera puntuación.....	29
Segunda puntuación.....	30
Tercera puntuación.....	34
Apéndice.....	37
Referencias bibliográficas.....	43
2. ...“Con oferta he creado demanda”: Del S ₁ al a, <i>Marcelo Hekier y Celina Miller</i>	45
Límites prácticos.....	49
Referencias bibliográficas.....	53
3. Acerca de lo imposible, <i>Marcelo Hekier y Celina Miller</i>	55
Referencias bibliográficas.....	64
4. Un particular estrago: “Tú eres el deseo” / “Mata el deseo” (Puntuaciones teórico-clínicas, <i>Marcelo Hekier</i>	65
I. El encuentro del sujeto con el Otro: el sujeto....	65
II. El encuentro del sujeto con el Otro: el Otro....	77
Referencias bibliográficas.....	84

5.	Hacer(se) un nombre: "Anorexia"- "Bulimia", <i>Marcelo Hekier</i>	87
	Referencias bibliográficas.....	97
6.	Un viraje: ...del "Soy Bulímica" al "¿Quién soy?", <i>Marcelo Hekier</i>	99
	Referencias bibliográficas.....	108
7.	"El cuerpo, lo bello y la muerte", <i>Celina Miller</i>	111
	Referencias bibliográficas.....	120
8.	"Buscad el Reino de Dios". El cuerpo y lo bello, <i>Celina Miller</i>	121
	1. De lo erótico a lo estético.....	123
	2. Del deseo al goce.....	126
	3. Del espacio materno al espacio paterno.....	127
	Referencias bibliográficas.....	131
9.	El historial de Rosalía o "Una flor que no marchita" (Un caso de anorexia mental), <i>Marcelo Hekier y Celina Miller</i>	133
	Momentos de una entrevista familiar posterior ...	139
	Puntuaciones teórico-clínicas del historial	147
	Referencias bibliográficas.....	154
	A modo de conclusión, <i>Marcelo Hekier y Celina Miller</i>	155

—*Intenta, pues —repuso Sócrates—, responder a propósito del Amor. ¿Es el Amor, amor de algo o de nada?*

[...]

...Cualquier otro que siente deseo, desea lo que no tiene a su disposición y no está presente, lo que no posee, lo que él no es y aquello de que carece. ¿No son éstas o cosas semejantes el objeto del deseo y del amor?

...¿No es el Amor en primer lugar amor de algo y en segundo lugar de aquello de que está falto?"

PLATÓN, *El banquete*

A MODO DE PRESENTACIÓN

Este libro nace de la conjunción de una experiencia de trabajo compartido. Es la clínica —tanto institucional como privada— la que nos orientó en nuestro recorrido, siendo su sustento teórico el pensamiento de Freud y de Lacan.

Desde las inferencias que se fueron delineando en la clínica —del uno por uno— es que intentaremos hacer un aporte acerca de padecimientos sobre los que se suele sostener que el psicoanálisis está contraindicado.

El eje temático que atraviesa la presente publicación está centrado en *anorexia* y *bulimia*, significantes que —en la actualidad— circulan socialmente con insistencia y a los que el sujeto se adhiere para nominarse.

Paralelamente a la práctica clínica que acerca de este tema se lleva a cabo desde 1988 en el Centro de Salud Mental N° 3 “Dr. Arturo Ameghino” y al dictado del Seminario “Anorexia-Buli-

mia: posición subjetiva”, que desde 1991 realizamos anualmente, se fueron plasmando diferentes escritos.

Éstos han sido expuestos en distintos ámbitos psicoanalíticos: congresos, jornadas, ateneos, conferencias y publicaciones en revistas especializadas.

Del interés surgido en los seminarios y de quienes se acercaron para requerir el material escrito, encaramos la idea de editarlos. Ése fue el germen de esta publicación. En él se conserva la secuencia de la producción en su correlación temática.

PRÓLOGO

...Y una vez más, nos encontramos escribiendo al final lo que se lee al comienzo.

Esta publicación surge por el deseo de dar cuenta de nuestra práctica clínica. Práctica que incomoda, como toda clínica que bordea límites.

Se insiste en que el abordaje en "bulimia" y "anorexia" debe estar centrado en una clínica-de-la-mirada y del acallamiento del síntoma. Se "debe ser" rápido, eficiente y eficaz. Discurso amo.

Nuestra propuesta en tanto psicoanalistas es sostener una clínica centrada en la escucha, y posibilitar así el pasaje de una boca forzada a comer o a restringirse, a una boca urgida a poner en palabras el sufrimiento del sujeto. Articulación que intenta intercambiar goce por significante.

La particularidad de estos padecimientos radica en su dimensión de actos irrefrenables y de los riesgos físicos que acarrearán. En la bulimia son el atracón y los mecanismos compensatorios pos-

teriores, que implican la articulación compulsión-impulsión. En la anorexia están centrados en la restricción alimentaria que sostienen, la que no está exenta de crisis de orden bulímico.

El sujeto queda así por fuera de la cadena significativa; se torna esclavo de su no-decir y, por ende, de la pura mudez pulsional. Convoca al profesional a que su padecimiento sea sostenido y abordado como una *adicción*.

Algunos abordajes psicológicos toman como eje lo que la medicina denomina “enfermedades del siglo XXI”, como si fueran adicciones sin droga, más precisamente como una adicción a la comida.

A partir de las enseñanzas de Jacques Lacan, no se trata *del objeto-comida* —en su sustancia— sino de la crisis en relación con lo imposible de decir, vinculada a las *patologías del acto*.

Los abordajes centrados en el síntoma son intentos de poner una barrera al incremento de un goce que, por estructura, es autoerótico y está sometido como tal a la repetición.

En esta dimensión, el sujeto encuentra una respuesta que le otorga consistencia y, por ende, no erige barreras de contención ante la irrupción imperativa del goce. Esto tiene su lógica, lógica que es preciso poner a trabajar.

Esta caracterización está vinculada a un modo de presentación en la clínica: gira en torno a un peculiar discurso, los pacientes son expertos en todo tipo de conocimientos acerca de temas referidos a la alimentación y a los cuidados del cuerpo, y construyen una serie de “creencias” que intentan

—desesperadamente— sostener a toda costa..., y a cualquier costo.

Llegan a la consulta con el psicoanalista —la mayoría de las veces— con un largo entrenamiento en tratamientos de todo tipo, pero férreamente sostienen *uno, el propio*, el que consideran el mejor para *ellos*: comer y vomitar, o su contrapartida: no comer.

“... Ellos” por cuanto, si bien existe una preponderancia en mujeres, hemos tenido experiencia con pacientes varones. El caso Eduardo será presentado en el capítulo 5.

Si bien el discurso con el que llegan parece inmovible, en las entrevistas preliminares debe posibilitarse que el sujeto logre “incluirse en sus propios decires”, situando así su “localización subjetiva”, requisito indispensable para la entrada en un análisis.

La dimensión del acto del analista cobra aquí todo su valor. Deberá articular su estrategia, su táctica y su política en relación con la dirección de la cura e intentar contrarrestar el rechazo “a saber” del analizante. El deseo del analista ocupará allí un lugar central, ya que determina una lógica y su ética.

Deberá operarse un viraje que implique el pasaje de una problemática supuestamente referida al cuerpo para lograr la convicción de existencia del inconsciente y fundar así una dimensión específica, la del *amor al saber*.

Es un momento privilegiado en la cura cuando el paciente descubre —asombrado— que su angus-

tia no está referida a la comida, aunque a ella la anude.

Portan una respuesta y hasta un nombre acerca de su ser. No hay interrogación alguna.

Tal como Lacan lo articula en el *Seminario 8, La transferencia* (clase del 15 de marzo de 1961), cuando cita a Freud:

El médico no puede ahorrarle al analizado esta fase de la cura, debe hacerle vivenciar nuevamente —etimológicamente del alemán *Wiederleben*— cierto fragmento de su vida olvidada, y debe velar por que quede conservada una medida de superioridad, en virtud de la cual la realidad aparente sea no obstante siempre reconocida de nuevo como reflejo de un pasado olvidado.

A manera de prólogo podemos afirmar que la *anorexia es un síntoma de deseo*, de un deseo particular del que, siguiendo a Lacan, podemos afirmar es un *deseo de nada*.

En la negativa a comer hay una verdad en juego, una relación constante de lo vacío y lo lleno, donde incorporar para expulsar, mascar para escupir y muy particularmente comer *para vomitar* se tornan vaivenes de la pérdida y reencontro con el *objeto a*. Reencontro con el objeto o su evitación en tanto movimientos que se conjugan en el recorrido pulsional, en sus tiempos gramaticales.

Es así que al vomitar no buscan expulsar para no engordar, sino que incorporan y expulsan —una y otra vez—, dramatizando la pérdida y el reen-

cuentro con el objeto a. Secreta motivación inconsciente confesada penosamente en sus fantasmas en el transcurso del análisis, "...buscar lo primero". Esto está desarrollado exhaustivamente en el capítulo 3.

De lo primero comido —en la ingesta— a lo primero de un objeto primordial de amor, en tanto desecho, dimensión de lo real que conmueve y nos lleva a pensar diferentes estrategias en la transferencia.

Haremos referencia a ciertos *impasses* clínicos en los que fue preciso indicar la interconsulta médica, dado el estado de riesgo vital en el que se encontraba el paciente.

En el caso Rosalía, desarrollado en el capítulo 9, haremos referencia al lugar del psicoanalista en el marco de un abordaje interdisciplinario.

El eje que atraviesa el material contenido en esta publicación es el de las dificultades del acceso al deseo y su articulación con las estrategias en la transferencia.

Si la anorexia y la bulimia se han convertido en una patología paradigmática de nuestro tiempo es porque, predominantemente, nuestra cultura está objetalizada. Se intenta responder a un ideal de completud, abundancia y progreso a través de una economía de mercado planetarizada, donde el valor de intercambio es aquello que cubre el orden de la necesidad, pero no aquello que responde al orden del amor.

Malestar en la cultura: confusa yuxtaposición entre necesidad, demanda y deseo en la que el

sujeto es degradado a ser un objeto, reducido a valor de intercambio.

C.M. y M.H.

1. CLÍNICA DEL HACER -
CLÍNICA DEL DECIR¹
(Acerca del abordaje)

Marcelo Hekier

*El dolor físico hace que el sujeto olvide sus
otros infiernos.*

R. KIPLING

Es sabido que la cría humana al nacer se encuentra en un estado de desamparo inicial que hace que su supervivencia dependa exclusivamente de un otro. Un Otro a quien el niño deberá modular pedidos a través del llanto y del grito para obtener la satisfacción de sus necesidades. Pero ese Otro es un ser parlante, está inserto en un sistema simbólico y obligará al *infans* a expresar en significantes sus propias necesidades.

Exigencia de incorporación al código lingüístico

1. Este capítulo data de 1989 y es el resultado de los primeros años de investigación teórica y clínica. Fue escrito en colaboración con las licenciadas Cristina Califano y Rita Sánchez —en aquel momento integrantes del Área de Bulimia y Anorexia del Centro de Salud Mental N° 3 “Dr. Arturo Ameghino”. Fue presentado en diferentes encuentros y editado en publicaciones especializadas.

En la revisión del material, en 1993, se han conservado e intercalado nuevas puntuaciones, que figuran al pie de página y que se desarrollan en los sucesivos capítulos.

para que, con los elementos de este código, ponga en palabras aquello que es del orden de las necesidades, que pida, que demande.

Orden biológico y orden simbólico no son homologables, no toda necesidad puede ser transformada en demanda.

En esta hiancia abierta entre demanda y necesidad se ubicará el deseo, margen de no satisfacción. Por este atravesamiento del orden significativo en la cría humana, las funciones biológicas se verán conmovidas.

Precisamente bulimia y anorexia² aparecen como paradigmas de la alteración de la función alimentaria por el atravesamiento del deseo.

¿Cómo abordar a un paciente que trae a la consulta este cuerpo sufriente, sangrante, emaciado, destruido, al que alimenta o restringe más allá de la necesidad? Un cuerpo al que dice no soportar.

Dolor, castigo, agresión vuelta sobre sí mismo y donde parece haberse imposibilitado abrirse interrogante alguno. Sujetos que bordean la muerte, ¿viven para sufrir, sufren para vivir...? Un acontecer que implica puro goce,³ sufrimiento que mueve a la consulta a algunos, y en otros, el ser llevados por los familiares. Y ahí detienen su andar, su decir.

Un paciente bulímico realiza su ritual en soledad y silencio. No hay testigo de su sufrimiento. Pero en algún momento la situación ya no se

2. Véase el "Apéndice" al final del presente capítulo.

3. Véase el capítulo 5.

sostiene, la culpa se acrecienta, la sensación de desesperación posingesta se vuelve intolerable. Con la creencia angustiante de mantener una relación anormal con la comida, el paciente decide quebrar su secreto con la convicción de que así no puede seguir viviendo.

Habitualmente, lo que se arriesga en este padecer es la vida misma y no solamente el vivir social, laboral y familiar. Las alteraciones que provocan la anorexia y la bulimia afectan el cuerpo biológico, la salud orgánica. Hay, así, un punto de urgencia clínico que no puede soslayarse.

Un paciente que consume basura o alimentos crudos, que se autoprovoa vómitos constantemente, que ha hecho de las anfetaminas, diuréticos y/o laxantes una ingesta habitual, que vive para la comida y por ella, que ha decidido no comer o que ha concluido que una salida posible es el suicidio, es un paciente de alto riesgo. Por eso la necesidad de una atención especializada, interdisciplinaria precisamente, por cuanto estos padecimientos conllevan complicaciones riesgosas.

Éstas abarcan desde diarreas, pancreatitis y cólicos biliares como consecuencia del atracón, hasta gastritis, esofagitis, síndrome de Mallory Weiss, vómitos con sangre, erosión y pérdidas de las piezas dentarias, deformación de la glándula parótida como consecuencia de la autoprovocación de vómitos.

En la bulimia, la muerte puede producirse por ruptura gástrica (por dilatación que ejerce la gran cantidad de comida ingerida), por hemorragia

digestiva o incluso por ataque cardíaco; mientras que en la anorexia el índice de mortalidad —mayor que en la bulimia— tiene como principales causas la inanición e infección (véase la bibliografía complementaria).

Y aunque no siempre estas entidades clínicas presentan tal gravedad, de todas formas estos “desórdenes alimentarios” ponen en juego una modalidad comportamental muy peculiar que engloba toda la vida del paciente. Esta se halla totalmente alterada; las actividades que realiza suelen ser interrumpidas bruscamente por la emergencia de una crisis.

En ellas el fenómeno se sitúa en el propio nivel del pensamiento, que es sustituido por una actividad incoercible. Se manifiesta entonces una detención en el proceso asociativo.⁴

En plena crisis, cleptomanía y prostitución serían dos efectos posibles que denotarían la dificultad en el control de los impulsos.⁵

Comienzan a llevar una vida dual; por un lado, mantienen lazos sociales habituales y, por otro, viven su “adicción” —como suelen decir los pacientes— en secreto y en silencio porque sienten que establecen una relación morbosa con la comida que es necesario ocultar. Llevan a cabo la ingesta compulsiva exclusivamente cuando se hallan solos.

Mantienen un ritual, que desconocen los fami-

4. Esta puntuación está desarrollada en los capítulos 3 y 9.

5. Algunos pacientes han referido el hecho de haber robado dinero, vendido joyas e incluso ejercido la prostitución, con el fin de conseguir recursos para darse el “atacón”.

liares con los que conviven o con su complicidad, y es como si de eso la familia nada supiera.

Están atrapados en una trama discursiva de la fantasmática familiar, y es en este punto donde se hallan aprisionados. Son palabras de mandato las que gobiernan su vida, y de ello nada saben.⁶

Así es como responden a una orden oracular, y al intentar alejarse de su articulación es cuando más la concretan.

El sujeto se niega a tener en cuenta el oráculo⁷ pero es evidente que el inconsciente sí lo hace. El mito familiar es, por lo general, algo que el sujeto conoce: lo inconsciente es la identificación narcisista.

Clínicamente, estas familias muestran: negación (no ven lo evidente, por ejemplo, el cuerpo emaciado del paciente) o protección del síntoma ("Cuando madure se va a curar").

Con su complicidad se sostiene el síntoma, ya que permite estabilizar patológicamente al grupo familiar. El paciente, con su padecimiento, condensa una historia de varias generaciones, siendo depositario y centinela de su repetición.

Este padecimiento está implícita o explícitamente articulado en el discurso familiar. Sosteniendo la clínica del uno por uno, deberá evaluarse la conveniencia de incluirlo en el marco del abordaje. Conforman un discurso construido con significantes y códigos idiosincrásicos que sujetan al

6. Véase, en el capítulo 6, el concepto de "injuria".

7. Véase en el capítulo 4 la referencia acerca de "relación estrago."

paciente a un mito familiar, a un lenguaje de tres o más generaciones, que hace eclosión en él. Ello puede ser la expresión de lealtad hacia ese mito o bien la única manera de diferenciarse de él.

Freud en *El malestar en la cultura* sostiene:

Tal como nos ha sido impuesta la vida nos resulta demasiado pesada, nos depara excesivos sufrimientos, decepciones, empresas imposibles. Para soportarla, no podemos pasarnos sin lenitivos (no se puede prescindir de las muletas, nos ha dicho Theodor Fontane).

Los hay quizá de tres especies:

- distracciones poderosas que nos hacen pequeña nuestra miseria;
- satisfacciones sustitutivas que nos la reducen;
- narcóticos que nos tornan insensibles a ella. (1)

Y esto lleva a preguntar si en estos pacientes darse el atracón o restringirse se constituyen en un *atenuante del dolor de existir*.

Existe entre el sujeto bulímico, el anoréxico y el alimento un vínculo de sujeción. Sujeción que es sometimiento. Sujeción que es esclavitud; como un lazo, un vínculo especial, intenso y exclusivo, amoroso y a la vez despótico entre el sujeto y aquel que él considera su objeto; objeto deseado y temido, idealizado y siniestro.

Precisamente es en este punto donde ambas entidades convocan a ser pensadas como *adicciones*, y precisamente sobre esta base se sustentan ciertos abordajes terapéuticos.

Etimológicamente, "*adicto*" significa *esclavo*; también significa lo *no-dicho*, y es desde esta

última acepción que se sostiene teóricamente nuestra práctica analítica.

Centrar la clínica abordando anorexia y bulimia como “adicciones”, necesariamente conlleva suponer que la temática está centrada en el objeto-comida. Desde nuestra óptica es la *dimensión del acto* lo determinante y, por ende, la articulación compulsión-impulsión, más precisamente las llamadas patologías del acto.

Lo no-dicho del sujeto se vincula al peculiar modo de presentación clínica: las crisis excluyen la dimensión discursiva y se resumen en una acción bien definida y separable del orden signifiante. Ahí donde impera el acto, en tanto pasaje, el sujeto queda entre paréntesis.

El discurso que prevalece puede ser rotulado como un decir que gira en torno al *apilamiento de las crisis*:⁸ un suceder que puede ser pensado como un proceso incoercible y de origen inconsciente, a través del cual el sujeto se ubica en situaciones penosas, limitándose a repetirlas sin recordarlas, con la convicción de que son plenamente motivadas por situaciones actuales.

Esto es lo que me lleva a pensar dicho apilamiento en el registro de la compulsión de repetición.

Re-petición: tentativa de re-ligar lo que no fue ligado en otro momento..., registro de la demanda

8. “Apilamiento de crisis” es un término mencionado por J. D. Nasio (comp.), en su libro: *En los límites de la transferencia* (2).

al Otro donde debería separarse de la necesidad del alimento.

La dimensión del acto (comúnmente llamado “atracción”) inhibe la evocación de lo ausente por su presencia permanente.

Las crisis implican un lenguaje sin mediación de la palabra, en tanto lo rechazado de la palabra aparece en otro campo: ser en un objeto, realización en un objeto.

El sujeto se encuentra lanzado al objeto en el intento vano de ser, y en ese preciso pasaje al acto “fallido”⁹ queda entre paréntesis.

Una paciente solía decir: “Por más que quiera no puedo parar de comer... Comer no me llena, pero no puedo dejar de vomitar... Incluso parece que comiera para hacerlo”.

En cambio, en el síntoma encontramos el significante en acción, o sea una escenificación simbólica sostenida por una fantasía.

Si la operación de “nombrar” falla, el sujeto buscará un movimiento para sustituirla, y es precisamente el pasaje al acto —en tanto pasión de ser— el que denotará la angustia en juego.

Planteado así, el paciente responde en el dominio de la necesidad; confunde el registro del deseo con el de la necesidad y bloquea —de este modo— la dialéctica del deseo.

Las crisis, en tanto iterativas, implican: “No pienso, sólo soy esa marca”.

9. Véase el capítulo 5.

Chantall Maillet enuncia una hipótesis de trabajo que propone que “al escuchar la bulimia como un síntoma neurótico nada parece desplazarse en ella, por qué no desplazar entonces la referencia teórica y considerar a las crisis como una de las formaciones del objeto a”. (2)

Concebir las crisis de bulimia o de anorexia como modalidades de presentación del objeto a me conduce a sostener que el deseo no buscaría su satisfacción con significantes sino con objetos. Aquí el cuerpo goza de otra manera que cuando se trata de un síntoma conversivo.

El sujeto caerá en un círculo de repeticiones mortíferas, sin voluntad propia, totalmente alienado en una relación que no puede quebrantar, como respondiendo a un mandato superyoico. La comida, las dietas, el cuerpo, el peso parecieran ser los ejes sobre los que se debate la vida del paciente. Sentirse bien o mal anímicamente estaría anudado a ello.

Se torna evidente la imposibilidad de abstenerse de iniciar la ingesta o de detenerse una vez que ésta ya ha comenzado. “Necesito la compulsión”, decía una paciente cuando llegaba a su casa y no sabía qué hacer. “Por lo menos cuando como soy comida, soy grasa”, parafraseando “por lo menos soy eso”, como si su propia identidad dependiera de ese impulso. Doble angustia: en principio, una sensación expectante del impulso por venir y luego del acto, la angustia generada por el reconocimiento de haber caído una vez más en el vínculo humillante. Así es como sobreviene la

desesperación posterior al rapto bulímico, al acto compulsivo (el “atracción”).

Las crisis obstaculizan la labor analítica, puesto que el paciente puede no querer saber nada de sí, ya que ha encontrado una salida en la comida. Esto genera un falso saber en tanto concentra, desvía e impide el discurrir del habla:

—... cuanto más como menos hablo...; cuanto menos como, más historia me hago, como si el comer no me dejara pensar.

Y esto se vuelca en una pregunta insistente a quien hace de la escucha una práctica: ¿cómo abrir interrogantes a quien ha encontrado una respuesta que lo afirma?

¿Cómo tratar a un sujeto que encuentra la solución a sus dilemas en un acto reiterado, logrando borrar cuanta pregunta se asoma?

En lo referido al paciente con anorexia, la demanda gira en torno a la aspiración de que el cuerpo desaparezca, para que el deseo como tal subsista.

En la negativa a alimentarse —en su particular “huelga de hambre”— sostiene su deseo, defiende un derecho que férreamente insiste en pertenecerle.

Por lo tanto, la anorexia —en este contexto— es el único modo que el paciente pesquisó para llegar a surgir como sujeto deseante fuera del deseo de la madre.

Esto evidencia que el desarrollo vital de estos

pacientes condensa la dimensión de un drama, por cuanto el malentendido en la relación con el Otro es radical.

Constituye una constante que el *decir* y el *actuar* ubique a la muerte como el significante que posibilita articular interrogarse acerca de su ser: "Necesito morir para saber; ¿quién soy? Después de muerto quiero ver qué pasa con ellos...". "Si pierdo mi enfermedad, no sé qué hago, ¿qué soy?".

El padecimiento surge, de este modo, como significante del deseo.

En lo referente al abordaje psicoanalítico haré puntuaciones: la primera de ellas en lo atinente a la dirección de la cura, y la segunda y tercera referidas a ciertos *impasses* clínicos.

PRIMERA PUNTUACIÓN

En lo atinente a la dirección de la cura, es de fundamental importancia —a lo largo de las entrevistas preliminares— inferir la estructura psicopatológica del consultante, pero sin dejar de lado la sintomatología clínica que presenta.

Para que un análisis sea posible, tiene que existir el paciente.

Será el médico especialista en nutrición el que se hará cargo de abordar la sintomatología clínica, intentando encauzar al paciente en los parámetros vitales.

Haré alusión al interrogante explicitado al comienzo del presente trabajo “—¿Viven para sufrir, sufren para vivir...?”—, al que correlacioné con “un acontecer que implica puro goce, sufrimiento que mueve a la consulta en algunos, y en otros el ser llevados por los familiares. Y ahí detienen su andar, detienen su decir”.

Retomo este párrafo a los fines de hacer referencia a ciertos *impasses* clínicos que suelen presentarse tanto en las entrevistas preliminares como en el transcurso del análisis.

Además de los acontecimientos significantes transferenciales, en la clínica notamos la presencia de otras manifestaciones que están más allá de la matriz del lenguaje (3). Para responder a esta matriz inferimos a partir de lapsus, asociaciones, sueños, etc..., pero, “¿cómo entender la transferencia cuando se presenta más allá del decir, más precisamente, en el hacer?”.

Nasio formula el siguiente interrogante: “¿Cómo se actualiza la transferencia cuando estamos frente a formaciones psíquicas más cercanas al hacer que al decir, a la pasión que al amor?” (3). A lo que yo agregaría: “Un hacer que puede acarrearle al paciente la pérdida de la vida misma”.

El decir del sujeto en análisis anuda al analista y al analizante, y así posibilita el deslizamiento significativo, suponiendo el Saber a un Sujeto. En cambio, el *hacer* del sujeto suelda la relación, y lo

que emerge es la detención. No hay articulación posible; hay suspensión de la acción significativa.

En este hacer, la transferencia se resume y tanto analizante como analista quedan "suspendidos".

Una parte del cuerpo actúa, padece, y el sujeto nada puede decir sobre este punto. Cuando lo que irrumpe en el análisis es una formación que no es significativa, todo parece subsumido, concentrado, encapsulado, enquistado en un solo foco.

Estamos entonces en la dimensión del hacer (del hacer-mención) y esto remite la transferencia a un hecho heterogéneo respecto de los significantes: las *formaciones del objeto a*.

Éstas, a diferencia de las del inconsciente, son terminales: el psicoanalista frente a ellas queda en suspenso. El modo de re-instalarse en el lugar del que fue desalojado —el del Sujeto Supuesto Saber— es transformar el silencio del objeto en un enigma y relanzar el trabajo asociativo.

El hacer de estos pacientes es una constante en ciertas etapas del tratamiento, y el *decir* hace referencia casi exclusiva —en las etapas iniciales— al cuerpo, la comida, el peso, las dietas, la balanza, etcétera.

Una forma de "hacer" en sesión es el hacer-silencio, que coincide con etapas de crisis (apilamiento de crisis) en las que el paciente muestra ante los ojos del otro —por ejemplo, el analista— su cuerpo deformado, sufriente, debilitado, llevado al límite del sufrimiento en el breve intervalo entre una sesión y otra.

Estos *impasses* clínicos me fueron dando la idea de incluir en la sesión el uso de ciertos materiales (sólo en determinados casos): papel, lápices de colores y pasta para modelar.

Sostengo teóricamente esta práctica desde los aportes de Françoise Dolto, quien aseveraba que “estas producciones —se refiere al dibujo o al modelado del paciente— son auténticos fantasmas representados, desde los cuales se pueden descifrar las estructuras del Inconsciente” (4).

Cuando las asociaciones se detienen y un gran montante de angustia impide el devenir del habla, el hacer del paciente en sesión (ya sea un dibujo con lápiz, pasteles de colores o modelar con arcilla) posibilita que a lo largo de la producción o al concluir, el sujeto articule un decir “soporte de sus fantasmas y fabulaciones en su relación de transferencia”.

Es precisamente la imagen del cuerpo la que se proyecta en toda representación, cualquiera que sea. “Es así como un dibujo o modelado de cosa, vegetal, animal o humano es a la par imagen de aquel que dibuja o modela e imagen de aquello a lo que dibuja o modela” (4).

La imagen del cuerpo no es precisamente la dibujada o modelada sino la que se revela en el diálogo analítico. La imagen del cuerpo es siempre una imagen potencial de comunicación en un fantasma.

No existe ninguna soledad humana que no esté acompañada por la memorización de un contacto

pasado con un otro antropomorfizado, ya que no real. Un niño solitario siempre está presente para sí mismo a través del fantasma de una relación pasada, real y narcisizante, entre él y otro (4).

Cuando en la sesión irrumpe el hacer-silencio, el sujeto se ha perdido a sí mismo y establece consigo un código de lenguaje delirante para los demás (por ejemplo, el paciente emaciado que habla de su gordura), mientras que para él este código presta sentido a lo que vive.

La imagen del cuerpo es lo que se proyecta en toda representación y está edificada en la relación de orden lingüístico con el Otro.

Estos abordajes posibilitan un movimiento: de la *clínica del hacer* a una *clínica del decir*.

En los momentos en que reconocieron la inminencia de una crisis (sensación de aura), sugerí que "hicieran algo" con elementos que tuvieran a mano y después escribieran acerca de lo que fueron asociando. Esta indicación surtió el efecto de evitar, aminorar o distanciar las crisis que se sucedían intermitentemente. Modelar y/o escribir respondía —en todos los casos— al uno por uno.

En el paciente con anorexia, la indicación era que, de ser necesario, escribiera entre sesión y sesión acerca de lo que le sucedía. No se le sugería que modelara (fuera de sesión), por cuanto lo hacía precisamente para evitar alimentarse. Lo erigía como una forma "de lucha" contra la sensación de hambre. En cambio, escribir le posibilitaba poner en palabras su padecimiento psíquico.

Ambas modalidades de intervención facilitaron que paulatinamente cediera la dificultad de poner en palabras las crisis en sí, logrando entrar en el dispositivo y así pasar de la pura mudez pulsional al discurrir discursivo: pasaje de la acción al significante.

Dolto sostiene que "las palabras, para cobrar sentido, ante todo deben tomar cuerpo, ser al menos metabolizadas en una imagen del cuerpo relacional". Esto me llevó a pensar que tanto los pacientes con bulimia como con anorexia precisamente evitan metabolizar no sólo los alimentos sino las palabras.

Actúan con las palabras de la misma manera como con el alimento: devoran sin degustar así como escuchan sin oír —se restringen, mastican, vomitan, evacuan alimentos, así como palabras.

TERCERA PUNTUACIÓN

La referimos a la trama discursiva de la fantasmática familiar en la que estos pacientes están atrapados, y de la que podemos inferir que su desarrollo vital tiene la dimensión de un drama, por cuanto el malentendido en su relación con el Otro es radical.

El padecimiento mismo es vivido como un mandato mudo y el develamiento de lo no-sabido sólo puede hacerse en el curso de la relación analítica. Esto hace que el abordaje de estas patologías —ateniéndose a la clínica del uno por uno— deba

incluir la terapéutica familiar y/o vincular ensamblada al tratamiento individual.

Sólo así podrá reaparecer en el discurso lo que hasta entonces permanecía sustraído a toda articulación simbólica.

La estrategia de la dirección de la cura en el historial de Sandra servirá de ejemplo de cómo se articularon entrevistas vinculares en el marco de las entrevistas preliminares, y sus sucesivas transformaciones permutativas que luego desembocaron en la entrada en análisis.

El narcisismo como articulador es capaz de promover tanto vida como muerte y, en el nivel del grupo primario se expresa en mitos, ideales, nombres propios, etcétera.

Su correlato es la estructura familiar inconsciente y, como tal, puede constituirse en una apertura que implique discriminación, desarrollo, crecimiento y, por ende, la exogamia.

Algunos pacientes están confrontados a un narcisismo-callejón sin salida que los conduce, como única alternativa familiar —en el sentido de *Unheimlich*, o sea alienación, indiscriminación y sujeción— a un mandato de aniquilación. En otras palabras, en una trampa mortal, ya que sus vidas son comandadas y nada pueden hacer “contra eso”.

Una paciente solía decir: “En el momento del ataque es como que soy otra, me siento manejada a hacer lo que no quiero”.

De lo que se trata es que la mostración, la puesta en escena, la actuación compulsiva ceda su lugar a la palabra. Sólo así podrá posibilitarse el

curso asociativo y el despliegue de una demanda de tratamiento analítico.

Al corresponder estos síntomas clínicos con una cierta cancelación del discurso en el que se pierde la dimensión interrogativa, nos encontramos ante un estrechamiento del registro simbólico y que —por ende— se manifiesta en un estrechamiento del campo del discurso en beneficio de la presencia del organismo, ya no del cuerpo en su articulación significante.

Intentando el reencuentro con el objeto imposible, el paciente vuelve a lo mismo sin variantes. Acude siempre a la misma cita. Va al encuentro de un objeto al que supone la posibilidad de colmarlo.

Vano encuentro... seguro desencuentro —se trata de lo imposible—. El sujeto deja de estar cautivado por el objeto, deja de estar anclado en él.

Del objeto-comida no se trata, entonces el sujeto puede abrir su discurso a otros dilemas, remitirse a otras escenas que hasta entonces dejó en suspenso añorando encontrarse con lo que nunca tuvo, con lo que nunca existió.

Evidentemente, se trata de un amor que no pudo ser.

DICIEMBRE DE 1988

REVISIÓN DEL TEXTO, 1993

A continuación se transcriben del *DSM IV* (próximo a publicarse) los parámetros en los que se basa la medicina para diagnosticar bulimia y anorexia. Desde el año 1980 a la fecha la clínica se centró en los criterios del *DSM III* y *DSM III-R*.

La inexistencia del sujeto del inconsciente es la marca de la psiquiatría, y su más claro exponente es el *Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales*, editado por la Psychiatric American Association. Conociendo su existencia y estandarizados sus criterios, sugiero estar al tanto de ellos... *sin hacerlos el eje de nuestra clínica*.

Criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa - DSM IV

A. Episodios recurrentes de voracidad [*binge eating*].

- 1) Comer en un corto período de tiempo gran cantidad de alimentos.
- 2) Falta de control de la alimentación durante el episodio.

B. Promedio de dos episodios de voracidad semanales durante 3 meses.

C. Autoevaluación "indebidamente" influenciada por la forma y el peso corporales.

D. Conducta compensatoria.

Opción 1: Vómitos autoinducidos, laxantes y/o diuréticos.

E. Formas clínicas:

- Purgativa (opción 1)
- No purgativa (opción 2).

Criterios diagnósticos para los trastornos en la alimentación [binge eating disorders (BED)], propuestos para su inclusión en el DSM-IV

A Episodios repetidos de “ataques de comer” caracterizados por:

- 1) Comer una gran cantidad de alimentos en un corto período de tiempo.
- 2) Sentir falta de control sobre la alimentación durante el episodio.

B. Durante la mayoría de los episodios de voracidad:

— se encuentran presentes por lo menos tres de los siguientes indicadores conductuales de falta de control:

- 1) desagradable sensación de plenitud;
- 2) comidas abundantes “sin hambre”;
- 3) comidas abundantes fuera de los horarios habituales;
- 4) comer a solas.

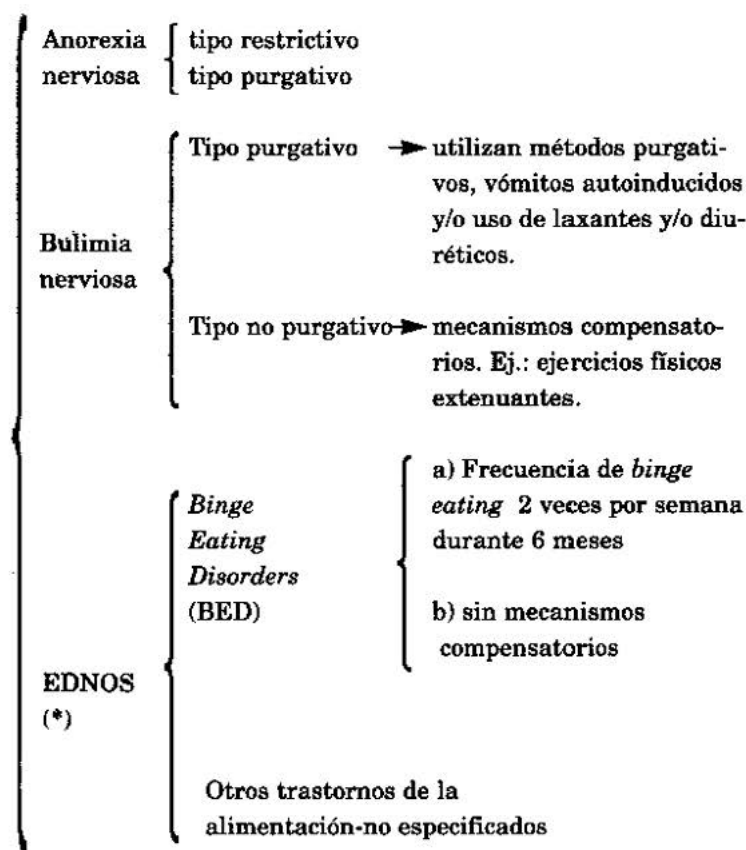
C. La voracidad se acompaña con marcado malestar.

D. Estos episodios ocurren en promedio por lo menos dos veces por semana, durante 6 meses.

E. No reúne los criterios diagnósticos de la

bulimia nerviosa, ya que estos pacientes no tienen conductas purgativas.

Clasificación actualizada de los trastornos de la alimentación



* EDNOS: Desórdenes alimentarios no especificados.

Epidemiología de la bulimia nerviosa

- 1) Relación hombre-mujer: 1/10.
- 2) Comienzo entre los 17 y 20 años.
- 3) Mayor incidencia en las clases medias y altas, aunque en la actualidad se extiende a las clases bajas.
- 4) Su aparición es más frecuente en países occidentales.
- 5) Presencia en la familia de casos de depresión, alcoholismo y desórdenes de la alimentación.
- 6) Aumento de la frecuencia en ciertos grupos especiales (azafatas, modelos, deportistas, bailarinas, etc.).

En las *estadísticas actualizadas* se observa:

- a) un marcado aumento de prevalencia de la bulimia con respecto a la anorexia;
- b) del 5 al 10 % de adolescentes recurren a diferentes estrategias para reducir su peso, sin constituir patologías alimentarias.
- c) 4 % de las mujeres jóvenes han tenido algún desorden en la alimentación.

Clasificación de Russell (1970)

Russell propone tres criterios para las bulimias:

1. Poderosos y no dominables impulsos a comer por atracones.
2. Evitación exagerada de los alimentos que consideran engordantes, induciendo vómitos o

tomando purgantes para expulsarlos, o recurriendo a ambos mecanismos.

3. Miedos enfermizos a engordar.

Nota. Si bien la clasificación de Russell podría considerarse como comprimida en relación con la anterior, es la que contiene los criterios típicos para el diagnóstico:

- a) deseos irrefrenables de comer
- b) desesperada búsqueda de delgadez
- c) estrategias para bajar de peso.

Según la medicina, actualmente no habría que esperar un descenso acentuado de peso (límite con la caquexia) para hacer el diagnóstico.

No obstante, como psicoanalista sostengo que lo central a tener en cuenta es la *connotación subjetiva* que le imprime el paciente al acto de comer y a la búsqueda de un cuerpo ideal.

Criterios diagnósticos para la anorexia

Los criterios para el diagnóstico de anorexia (según el *DSM III*, 1980) son los siguientes:

A. Miedo intenso a engordar, que no disminuye a medida que pierde peso.

B. Alteración de la imagen corporal.

C. Pérdida de al menos un 25 % del peso original. En los menores de 18 años, a la pérdida de peso inicial hay que añadir el peso que correspon-

dería ganar de acuerdo con el proceso de crecimiento y ver si entre los dos alcanzan el 25 %, ¹⁰

D. Negativa a mantener el peso corporal por encima del mínimo corporal, según edad y talla.

E. Ausencia de enfermedades somáticas que justifiquen la pérdida de peso.

A partir de la clasificación de Russell (1970), con posterioridad surgen los criterios del *DSM III*, *DSM III-R* y el *DSM-IV*.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) hace una clasificación cuya sigla es ICD 10 (Cuestionario sobre depresión e imagen corporal) que consta de 5 puntos:

I) Pérdida de peso significativa: en púberes que no pueden aumentar de peso, previo a la menstruación.

II) La pérdida de peso es autoinducida por medio de la evitación de los alimentos más algunos de los siguientes ítemes:

- vómitos
- laxantes
- exceso de actividad física
- diuréticos
- uso de anorexígenos.

10. En la actualización que de este criterio se realizó no se toma en cuenta la pérdida del 25 % de peso total sino el BMI (Body Mass Index), fórmula de la que se deduce un valor que aporta criterios diagnósticos. Se determina calculando el peso sobre la talla al cuadrado. Los valores de 17,5 % y 13,5 % o menos para las anorexias graves, hoy se consideran de riesgo médico.

III) Hay una psicopatología específica según la cual persiste una idea sobrevalorada e intrusiva de horror a la gordura y/o flaccidez.

IV) Trastorno que involucra el eje hipotálamo-hipofisario-gonadal que se manifiesta clínicamente como amenorrea.

V) Si la aparición es prepuberal, se retrasa o detiene la secuencia de acontecimientos (falta del desarrollo de los pechos, falta de la menarca, amenorrea primaria. En los varones, genitales sin desarrollo).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Freud, Sigmund: *El malestar en la cultura*, tomo III, Madrid, Biblioteca Nueva, 1967-8.
2. Nasio, J. D. (comp.): *En los límites de la transferencia*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1987.
3. Nasio, Juan David: *Los ojos de Laura. El concepto de objeto a en la teoría de J. Lacan*, Buenos Aires, Amorrortu, 1988.
4. Dolto, Françoise: *La imagen inconsciente del cuerpo*, Buenos Aires, Paidós, 1988.

Bibliografía complementaria

- Feinstein, S. y Sorosky, A.: *Trastornos en la alimentación*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1988.
- Duker, M. y Slade, R.: *Anorexia nerviosa y bulimia. Un tratamiento integrado*, México, Limusa. Grupo Noriega Editores, 1992.

2. ...“CON OFERTA HE CREADO DEMANDA”:
DEL S₁ AL a

Marcelo Hekier y Celina Miller

Cuando el enfermo es remitido al médico o cuando lo aborda, no digan que espera de él pura y simplemente la curación. Coloca al médico ante la prueba de sacarlo de su condición de enfermo, lo que es totalmente diferente, pues esto puede implicar que él esté totalmente atado a la idea de conservarla. Viene a veces a demandarnos que lo autentifiquemos como enfermo: en muchos casos viene, de la manera más manifiesta, para demandarles que lo preserven en su enfermedad, que lo traten del modo que le conviene a él, el que le permitirá seguir siendo un enfermo bien instalado en su enfermedad .

LACAN, J., *Psicoanálisis y medicina* (1)

A partir de esta cita, cabe inferir que no porque el paciente articule quejas, su intención sea —precisamente— desentenderse de aquello que lo motiva: se trata del *goce*.

De esta no renuncia —en el sentido de “totalmente atado a la idea de conservarla”— sostiene una posición subjetiva que conlleva las dificultades del acceso al deseo y al establecimiento de la transferencia.

No surge interrogante alguno, por cuanto encuentra en sí mismo —en su padecimiento— respuesta.

Ante lo imposible —de articular a nivel significativo—, impera el puro acto (*acting out*, pasaje al acto): “Me comí la vida”.

No se trata de “cuerpos hablantes” sino de ser “hablados por el cuerpo”: “Me moría de hambre... Mi cuerpo me lo pedía, no pude decir que no”. El sujeto sale de la escena, “bascula esencialmente fuera de ella” (2),¹ cediendo su lugar al organismo en tanto “puro ser viviente de secreción” (3).

De ahí que las entrevistas —y en ciertas etapas del tratamiento, “todo”—, giran en torno a un discurso circular, hermético, al que denominamos *discurso nutricional*. Su temática está centrada en la cantidad y cualidad de los alimentos ingeridos o evitados, el peso, las dietas, etcétera, y en algunos casos, en los mecanismos compensatorios (purgas a las que recurren después de la ingesta).

Una paciente decía: “Tengo que tener todos los espacios llenos; tener espacios vacíos me trae

1. “El sujeto, por así decirlo, se precipita desde allí donde está, desde el lugar de la escena donde sólo puede mantenerse en su estatuto de sujeto, como sujeto fundamentalmente historizado, y bascula esencialmente fuera de la escena. Tal es la estructura misma del pasaje al acto” (2).

angustias, síntomas...; ahí es donde empiezo a comer y comer...”.

El encuentro del sujeto con el a le otorga consistencia, coherencia; en cambio, el goce perdido —en tanto no-goce— “le brinda desamparo y soledad” (4) ... Es entonces que “a veces viene a demandarnos que lo autentiquemos como enfermo [...] lo que le permitirá seguir siendo un enfermo bien instalado en su enfermedad” (1).

He aquí que se constituye un encuentro que gira en torno a un malentendido: “coloca al médico ante la prueba de sacarlo de su condición de enfermo” (1). Ante un saber que promueve el *bienestar* —en él se funda—, se presenta la paciente con su queja: queja peculiar en tanto no se incluye en su enunciación. La resultante: la paciente *versus* el saber médico; el bienestar *versus* el goce: apuesta difícil... “hasta conmovedora”.

“Conmovedora” por cuanto la paciente, presa de su desesperación, “conmueve” al profesional que tiene frente a ella, llevándolo, incitándolo a instrumentar terapéuticas tendientes a acotar su sufrimiento.

Insistimos en decir “la paciente” porque —por lo general— estas patologías aparecen en el sexo femenino.

Podemos sostener que las afecciones dependen del imaginario que domina en cada época. Los modos de presentación de los pacientes se moldean con los tiempos: los hoy llamados por el discurso amo “trastornos en la alimentación” son la

modalidad con que ciertos padecimientos se presentan en la clínica.

En relación con el saber, la “apuesta histórica” no se ha dado por vencida; insiste e incita a poner a trabajar al Otro sin develar el objeto de su goce. Inventa un saber sobre el cuerpo y con él logra pesquisar la fisura, la falta en el Otro.

Organiza el soporte a-natómico de su lesión, cuyo cuerpo denuncia..., y es éste el brete que le constituye al Otro, logrando así doblegarlo.

La paciente no reconoce la escena que monta y de la que es artífice y personaje central: ofrecerse como objeto para que el otro “haga” sobre ella/con ella. El médico es invitado a intervenir sobre el organismo; manifiestamente de él se sufre. Lo que ambos ignoran es que del cuerpo —en tanto significativo— se trata.

Llega a la consulta con el psicoanalista —por lo general— luego de un largo “*training* terapéutico”, en pleno recorrido de consultas y en las que ha realizado un acopio singular de conocimientos dietéticos, orgánicos, nociones sobre la calidad de los alimentos (cuentacalorías)... y términos médicos: por ejemplo: “Soy bulimaréxica”.

Ésta es la forma de nominarse de una paciente en la primera entrevista, la que comienza con una singular pregunta dirigida al analista: “¿Qué tienen para ofrecerme?”, que le es respondida: “Escucharla”.

Sólo entonces articula “*Soy bulimaréxica*”, a lo que se interviene —poniendo especial énfasis y a la manera de una interjección— con un “¿*Qué?*”.

Intervención calculada a efectos de que emerjan otros significantes en ese preciso lugar.

Siendo su ética la del bienestar, el saber médico insistirá en que “hay-cosas-por-hacer”; mientras que el analista —desde su posición— sostendrá que “hay-cosas-por-decir”. Lo que no impide que, en situaciones límite —en pacientes con riesgo de vida— se requieran ambas modalidades.

Así como demanda y goce son conceptos que —por estructura— le son extraños al Discurso Amo (donde el saber médico se inscribe), también le es extraño al saber del psicoanalista en cuanto se refiere a un organismo en riesgo vital.

Al estar el organismo en situación límite... el sujeto está en el borde... borde que intentaremos tornar significativo.

“La acción de escuchar es la condición de la palabra” (5): el significante puesto en el lugar preciso descarga al sujeto de “cierto peso”.

La paciente antes citada trajo en su primera entrevista una circular de dos carillas de una institución, que les es entregada a los familiares al inicio del tratamiento. Transcribimos un extracto de ella:

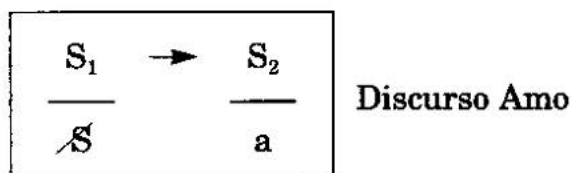
LÍMITES PRÁCTICOS

—*Prohibición de cocinar o estar en contacto con la comida:*

- Salvo casos especiales, el paciente tiene prohibido estar en la cocina, cocinar y opinar o elegir el menú.
- ...Las prohibiciones ayudan mucho a la recuperación, por lo que no debe permitírsele elegir.

- Seguramente tratarán de influir en su familia para comer exclusivamente lo que su enfermedad le dicte, quedando en nosotros evitarlo...
- Jamás debemos darle posibilidad de elección o anticiparle que compondrá el menú.
- Cualquier dificultad derivada de esto deberá ser informada al cuerpo médico...

El matema que se corresponde con el texto transcrito es:



Lo que se denuncia en esta práctica de discurso es la exclusión del deseo: su pretensión es “conocer” las pasiones en juego, precisamente para desbaratar sus efectos.

El deseo del médico tiene como objeto *la enfermedad*. Ella es la que lo constituye como tal: hace de la enfermedad su causa.

Según Leriche (6): “Si queremos definir la enfermedad, tenemos que deshumanizarla”.

Por lo tanto, el efecto: *el (hombre) enfermo*.

Prevalece “el enfermo”, quedando “el hombre” entre paréntesis.

Siendo el S_1 su Agente, el Otro (S_2) constituirá un discurso circular del que hará réplica sin tornarlo significativo. O sea que si lo normativo sólo proviene del organismo (cuantificaciones, mediciones, dietas, calorías, peso, etc.) y no del discurso,

el paciente se referirá a lo que este agente espera de él. Ése será su producto.

Si se aparta de su normatividad, es so pena de dejar de ser médico. Puede ser llevado o dejarse llevar —por el paciente— por lo que no es precisamente de ese orden: escuchar las insistentes quejas y desde su saber, intervenir con el objetivo terapéutico de lograr acallar el síntoma..., lo cual no implica que pueda sostener una posición de psicoanalista.

Jean Clavreul (6) sostiene: “El solo hecho de renunciar a medicalizar la demanda que le es dirigida, ya es prueba de una audacia poco común”: audacia que no está exenta de efectos, de costos para el paciente, para el psicoanalista y aun para el mismo médico.

Planteado en estós términos, el S_1 es el portador de la fórmula del buen vivir, del buen-hacer, del buen comer...

Pero de lo que no quiere saber es de su propia barradura, así es como por la impotencia de dirigir la cura en relación con el ser que ejerce el poder...; no es lo mismo intentar dirigir una cura que dirigir la vida del otro.

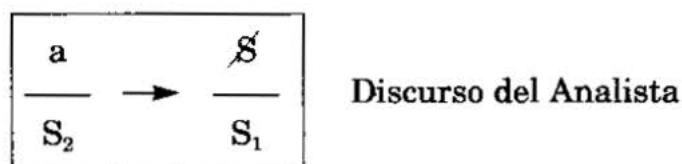
Una vez que un dispositivo hace agente de su discurso al significante Amo, alivia al sujeto que acepta alojarse bajo ese dispositivo del peso de goce que le impone su existencia.

Michel Silvestre (7) sostiene que “son numerosas las situaciones en las que algunos significantes elegidos ofrecen así su amparo a los humanos. La psicología de las multitudes encuentra aquí las

razones de su éxito”: grupos de autoayuda, etc. Y agrega: “Pero la relación analítica se diferencia de estas situaciones porque los significantes que en ella se repiten deben su promoción a los acontecimientos de la historia del sujeto”.

Lacan, en *El reverso del psicoanálisis* (8),² propone el Discurso del Analista: distingue al analista como el objeto a y al paciente como \mathcal{S} ; es decir que *reparte entre los dos el ser*: el paciente encarna la falta de ser; el analista, su complemento de ser... Relación disimétrica: oposición entre el que tiene y el que no tiene.

El matema que se corresponde es:



El discurso planteado en estos términos (siendo el a su Agente) pone a trabajar al \mathcal{S} , deslizando los significantes en los que se encuentra alienado —histerización del discurso mediante.

Es el discurso del analista, por su preciso modo de intervención, que pone tope al incremento cada vez más feroz del goce.

Así es como damos cuenta del porqué del nombre del Equipo que funciona en el Centro de

2. “El saber es lo que hace que la vida se detenga en un cierto límite frente al goce. Puesto que el camino hacia la muerte de eso se trata, de un discurso sobre el masoquismo, el camino hacia la muerte no es más que lo que llamamos el goce” (4).

Salud Mental N° 3 "Dr. Arturo Ameghino": es concretamente un intento de viraje del Discurso Amo al Discurso del Analista; de un "discurso nutricional" —estrategias transferenciales mediante— a abrirlo a otros dilemas. Es decir, de un discurso fijado a una satisfacción autoerótica, pulsional (*tyché*) pasar a un discurso regido por el *autómata*: por la cadena significativa. En tanto tránsito de un discurso a otro implica una *rectificación subjetiva*.³

Al ser nuestra clínica del uno por uno, en tanto nos atenemos a la singularidad del sujeto, "Bulimia y Anorexia" es un modo de ofertar escucha a pacientes que, en tanto significantes con los que se nominan, se aproximan y consultan.

Nuestra práctica clínica confirma que lo central no es el nombre del Equipo, sino el modo de operar del Agente del discurso que subyace. Por ello el título de este capítulo: "...con oferta he creado demanda": del S_1 al a.

OCTUBRE DE 1991.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lacan, Jacques: *Intervenciones y textos. Psicoanálisis y medicina*, Buenos Aires, Editorial Manantial, 1985.

3. "[...] esta rectificación en Freud es dialéctica, y parte de los decires del sujeto para regresar a ellos [...]" (5, pág. 581).

2. —: *El Seminario. Libro 10. La angustia*, inédito.
3. —: "Posición del inconsciente", *Escritos 2*, México, Siglo XXI, 1984.
4. Rabinovich, D.: *Una clínica de la pulsión: las impulsiones*, Buenos Aires, Editorial Manantial, 1989.
5. Lacan, Jacques: "La dirección de la cura y los principios de su poder", *Escritos 2*, México, Siglo XXI, 1984.
6. Clavreul, J.: *El orden médico*, Barcelona, Argot, 1983.
7. Silvestre, M.: *Mañana el psicoanálisis*, Buenos Aires, Editorial Manantial, 1991.
8. Lacan, Jacques: *El Seminario. Libro 17. El reverso del psicoanálisis*, Barcelona, Paidós, 1992.

Bibliografía complementaria

Gorog, F., Soler, C. y Laurent, E.: *La Antenne de Psychanalyse*, Buenos Aires, Malentendido nº 6, 1990.

3. ACERCA DE LO IMPOSIBLE

Marcelo Hekier y Celina Miller

“Por el efecto de la palabra, el sujeto se realiza cada vez más en el Otro, pero con ello sólo persigue una mitad de sí mismo.”

LACAN, J.

Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis.

“A la función de lo imposible hay que abordarla con prudencia, como toda función que se presenta en forma negativa” (1).

En relación con esta cita de Lacan nos detendremos para articular cuatro puntuaciones: función, lo imposible, abordar y prudencia.

Plantea allí que el nivel de la satisfacción de la pulsión es paradójico; ...interviene entonces la categoría de lo imposible, y como tal hay que abordarla con prudencia, como toda función que se presenta de forma negativa.

Sugiere, entonces, definir lo real como lo imposible.

Función se refiere a que se haga un lugar a lo Real.

Peculiar modo de presentación clínica: *impasses* que excluyen la dimensión discursiva para presentarse bajo una faz que lleva la impronta de una acción bien definida y separable del orden significante. Se trata de una acción cuyo correlato es la satisfacción de la pulsión.

Estos *impasses* dificultan y obstaculizan el establecimiento de la transferencia, puesto que el paciente puede no querer saber nada de sí, ya que en la comida (o en su evitación) ha encontrado “una salida”.¹ Esto genera un falso saber en tanto concentra e impide el eslabonamiento significativo, encapsulando su decir en torno a los episodios compulsivos que pasan a gobernar la vida del paciente.

Allí donde el acto impera —en el sentido de que se le impone coercitivamente—, no hay sujeto, en el sentido de sujeto representado por el significante. Entre sujeto y acto hay disyunción.

Es en el decir de los pacientes que podemos inferir la articulación, la solidaridad entre el cuerpo, el goce y la pulsión.

El cuerpo sufriente nos remite al goce en juego al que no puede renunciar y que funciona como un imperativo: como satisfacción de una pulsión. Retomando: “pulsión cuya satisfacción es paradójica”, ya que entra en juego la función de lo imposible.

1. Véase el capítulo 1.

En el mismo *Seminario* Lacan sostiene:

‘En cierto modo, al dar con su objeto la pulsión se entera, precisamente, de que no es así como se satisface... es justamente porque ningún *Not*, necesidad, puede satisfacer la pulsión [...] Aunque la boca queda ahíta, no se satisface con comida sino, como se dice, con el placer de la boca. (1)

Una paciente dice: “Vomité y me encontré [...] Cuando estoy subida, entregada al tren de la perdición, hasta que no completo el ciclo no paro [...] el ciclo de hacerme mierda [...] Por lo menos cuando como soy comida, soy grasa”.

“Vomité y me encontré”... por lo tanto, no se trata del objeto (en la pulsión, sea cual fuere, el objeto es indiferente) sino del acto (por ejemplo, vomitar) ...“en donde el sujeto se tomó como término, terminal, de la pulsión” (1). Disyunción en la cual el sujeto queda entre paréntesis.

Relata lo que llama “el atracón” del día anterior: “Comí primero galletitas negras, después marrones, después negras... hasta que vomité y entonces busqué lo primero que había comido”.

Es así como el sujeto intenta encontrarse precisamente donde no está. Se trata de un intento vano, desesperado, de *ser-ahí* donde encuentra, precisamente, su *des-ser*.

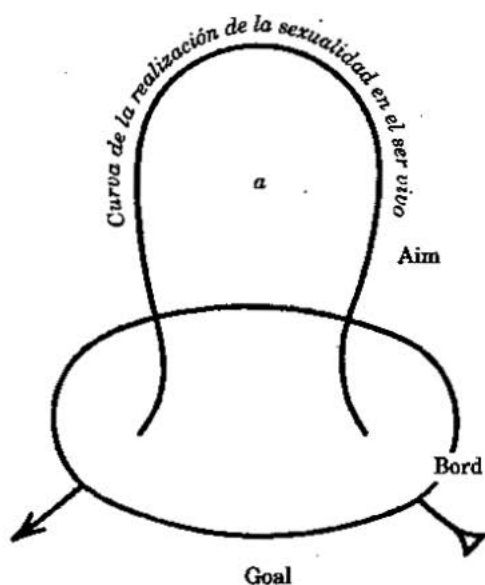
Este sujeto es caracterizado por Lacan en términos de una subjetivación acéfala, un ser sin yo que, al positivizarse, se presenta como característico del sujeto de la pulsión.

Su demanda es muda: particular posición sub-

jetiva frente al goce pulsional. Goce que es inseparable de la secuencia “acto-pasaje al acto-acting out”: formas en las que la pulsión se presenta en la clínica. Estos conceptos serán ampliados en el capítulo 5.

Retomando el decir de la paciente, “*Su-vida entregada al tren de la perdición*” hace referencia a la entrega de su ser a la pulsión de muerte.

“Hasta que no completo el ciclo *no paro*” —contrapunto a la articulación—. “Lo fundamental de



cada pulsión es el vaivén con que se estructura [...] no hay parte alguna del trayecto de la pulsión que pueda separarse de su vaivén, de su reversión fundamental, de su carácter circular [...] porque su meta —la de la pulsión— no es otra cosa que ese regreso en forma de circuito” (1).

En su decir, la paciente completa su ciclo, el circuito de la pulsión: “el ciclo de h(a)cerme mierda”.

Una manera de “frenar el tren de la pérdida”, a cada vuelta del circuito pulsional, es entregar-se —vía identificación a un objeto—, punto de encuentro con el límite, que hace tope (ilusorio) a la circularidad en cuestión, circularidad pulsional.

Si bien el “h(a)cerme mierda” de la paciente es un punto que denota la desesperación en la que está sumida, paradójicamente es un alivio, una posible estación del recorrido. Recorrido —no obstante— que puede continuar por varias estaciones más..., hasta tanto haya un viraje de la dimensión del hacer (del “*acting out* y del pasaje al acto”) a la de un-decir (deslizamiento signifiante).

Así es como el cuerpo es el punto de partida y el punto final de la pulsión: plena dimensión del *autoerotismo* en juego.

“El asceta que se flagela lo hace para un tercero” sostiene Lacan. (1) Y el decir de la paciente le hace contrapunto: “Es como si en el vómito no me cansara de decirle que necesito a mi mamá, quizá la mamá que tuve una vez... Son todos intentos fallidos de recuperarla, y me topo con que ella me muestra que no puede dar más”.

Es en este tercer movimiento de la pulsión donde está implicado el Otro, en el propio cuerpo.

El vomitar —en tanto repetición en acto—, tiene el estatuto de ser un llamado al Otro.

Esta interacción tiene un punto de anclaje: el imperativo de goce en juego. El acto se le impone coercitivamente al sujeto sin otra alternativa: se trata de las impulsiones (patologías del acto).

El sujeto dice o hace sin saber precisamente qué dice o qué hace. El hacer es la manifestación clínica que se presenta ante lo improferible del significante, ante la ausencia del significante inserto en la cadena. Estas manifestaciones clínicas llevan la impronta de una acción bien definida y separable del relato del paciente.

Prevalece entonces una parte del cuerpo que actúa o padece: lo que escapa al significante queda ligado a lo Real, que es separable, alojado en el cuerpo.

De ahí que las diversas irrupciones (atracción, purgas, etc.) tengan el carácter de lo imposible de ser incluidas en la cadena significante... vinculada a la desesperación del analizante (“No sé cómo parar estos ataques que me agarran”) y a la conmoción del analista ante la dificultad específica de estos análisis.

Parafraseando: del hecho (dimensión del hacer) al dicho (dimensión del decir) hay un cuerpo gozante.

El sujeto está en una cadena interminable de repetición (re-petición) —sin que surja interrogante alguno—, como en una ilusión-por-venir, de

encontrar/se, de re-hallar/se en “aquel” objeto. Objeto perdido por estructura y que precisamente es el que motiva la repetición (*tyché* o *autómaton*) e impulsa hacia el rehallazgo de aquello que nunca se tuvo.

Con este objeto perdido que organiza la búsqueda y que organiza la realidad, con este objeto, resto del proceso de división, el sujeto puede identificarse (2).

Y de ello da cuenta la paciente, sosteniendo: “Comí... hasta que vomité y busqué lo primero...”; “Por lo menos cuando como soy comida, soy grasa”.

La irrupción de las crisis se constituyen en un desafío para el analista, pues implica maniobrar estratégicamente en la transferencia a fin de lograr su re-posicionamiento en el lugar del Sujeto Supuesto Saber del que está caído (propio del pasaje al acto).

Se posibilita —de esta manera— el relanzamiento de la cadena asociativa.

Las crisis deben ser “invitadas” a pasar por los desfiladeros del significante (3), sabiendo que se arribará a un punto de imposible: no-todo puede ser dicho.

La posición de escuchar es la condición de la palabra: la presencia, el silencio y la interpretación son también modos posibles de intervención:

el analista da sin embargo su presencia, pero creo que ésta no es en primer lugar sino la implicación de su

acción de escuchar y que ésta no es sino la condición de la palabra (3).

El hecho de que se presenten riesgos físicos (por las complicaciones orgánicas que estas patologías conllevan) hace que la clínica a la que nos convocan deba ser pensada como una clínica de borde. Complicaciones que pueden acarrearle al paciente la pérdida de su vida.² En estos casos, la consulta médica (el abordaje interdisciplinario) se hace impostergable.

No obstante, nuestra apuesta es intentar ante las crisis una operación, su inscripción en la cadena significativa, y posibilitar así el intercambio de goce por significativo.

“Prudencia” es el término que Lacan, en su *Seminario 8. La transferencia*, articula, refiriéndose puntualmente a las intervenciones, a las interpretaciones en el nivel del registro oral:

‘La tendencia de esta boca que tiene hambre se expresa a través de esta misma boca, en una cadena significativa. [...] esta demanda se forma en el mismo punto, en el nivel del mismo órgano donde se erige la tendencia. Y es allí que yace el trastorno de la posibilidad de producir toda clase de equívocos al responderle. [...] De allí que la frustración compensada es el término de la intervención analítica (4).

Refiere entonces frustración y compensación: frustrar en el sentido de no responder y compen-

2. Véase el capítulo 1.

sar en el sentido de tener y tender a producir otro efecto.

La singular posición que el sujeto mantiene con respecto a la satisfacción pulsional es la que debe ceder su lugar para que se posibilite la entrada en análisis. Debe acontecer un viraje de una clínica del hacer —dimensión de la *tyché*— encuentro con lo imposible, topamiento del sujeto con el a —a una clínica del decir— dimensión del *autómaton*, del deslizamiento significativo.

Acudir a un analista y “pedir el alivio” de su sufrimiento no implica necesariamente que se trate de una demanda de análisis. Una pregunta debe inducir, empujar y conmover al sujeto..., de lo contrario el paciente acude a depositar en el otro su sufrimiento.

Dicho padecimiento puede no ser portador de sentido para el sujeto... se trata entonces de un depósito de saber (5).

El modo de intervención para que el sujeto advenga —estrategias de la transferencia mediante— hace que se sostenga el Discurso del Analista: único discurso que hace posible que, a partir de su Agente, el Otro se constituya, deslizando los significantes en los que se encuentra alienado. Así es como se posibilitará que la insistente queja se torne en una pregunta.

Una intervención diferente de la mencionada como, por ejemplo, tratamientos centrados en el síntoma, abordajes educativo-nutricionales, etc., haría sostener la ilusión de que la *educación* y la *governabilidad* del sujeto son posibles. Así se

lograría enajenarlo aún más de aquello de lo que padece y se facilitaría seguir sosteniendo al sujeto entre paréntesis.

Gobernar, educar y psicoanalizar: tres imposibles en los que Freud hizo hincapié. El Discurso Amo sostiene que los dos primeros son posibles —único modo con el que logra sostenerse—, siempre y cuando sea excluyendo el deseo en juego. Si de él intenta saber, es para desbaratarlo.

NOVIEMBRE DE 1991.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lacan, Jacques: *El Seminario. Libro 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, Buenos Aires, Paidós, 1987.
2. Rabinovich, Diana: *Una clínica de la pulsión: las Impulsiones*, Buenos Aires, Editorial Manantial, 1989.
3. Lacan, Jacques: "La dirección de la cura y los principios de su poder", *Escritos 2*, México, Siglo XXI, 1984.
4. — *Le Séminaire. Livre VIII. Le Transfert*, París, Editions du Seuil, 1991.
5. Silvestre, Danièle: *El significante de la transferencia*, Buenos Aires, Editorial Manantial, 1991.

4. UN PARTICULAR ESTRAGO:
"TÚ ERES EL DESEO" / "MATA EL DESEO" ¹
(Puntuaciones teórico-clínicas)

Marcelo Hekier

*Quiere el amante a sí reconocerse
en el amor, igual que en un espejo,
sin saber que él es otro espejo en manos
de otro amante, que a sí mismo se busca.*

*...busca otra soledad y no la encuentra,
porque es la soledad el amor mismo
disfrazado de carne y de caricia,
alzando su clamor en el desierto.*

ANTONIO GALA

I

EL ENCUENTRO DEL SUJETO CON EL OTRO:
EL SUJETO

En el año 1958, Lacan enuncia una premisa en la que sostiene: "Lo que escucho es de entendimiento" (1). Esta referencia opone *comprender* a *entender*.

El "comprender" estaría referido a la comprensión en el registro imaginario sostenido en la idea de ser un par con el analizante y, por lo tanto, en simetría con él:

1. "Tu es le désir" / "Tué le désir", son homófonos en francés, citados por Lacan en el *Seminario La transferencia*.

Se puede galopar leguas y leguas de comprensión sin que resulte de ello el menor pensamiento. (1)

En cambio, el “entender” se correspondería con el registro significativo y, por ende, con la lógica del discurso.

Si el significativo hace amarras al ser del sujeto, “la acción que va al corazón del ser” debe vehiculizarse vía significativo.

Entonces, “lo que escucho es de entendimiento” será el eje conceptual del que partiremos para luego hacer referencia a ciertos modos de presentación en la clínica y poder así entretejer la articulación teórica correspondiente:

Escucho a una paciente que dice:

— “Vomitó y me encontré...”

— “Cuando estoy subida, entregada al tren de la perdición, hasta que no completo el ciclo no paro... el ciclo de hacerme mierda... por lo menos cuando como soy comida...”

— “...lo que ella me dice [*se refiere a la madre*] me atraviesa totalmente.”

— “Es como que en el vómito no me cansara de decirle que necesito a mi mamá... la mamá que tuve una vez... son todos intentos fallidos de recuperarla y me topo con que ella me muestra que no puede dar más.”

Entiendo que la sujeto “se” encuentra en un

acto —en posición de “yo no pienso”—, más precisamente se encuentra “en el vómito”. Acto en el que el sujeto queda entre paréntesis:

- En ese acto su-vida entregada a la pérdida en un ciclo que debe, coercitiva, imperiosamente ser completado: “el ciclo de h(a)cerme mierda...”.
- La sujeto es eso, en un acto: ser y objeto. Ser en un objeto, ser en un acto.
- Mantiene una particular relación con el Otro —de la que dice estar “total-mente atravesada”—, intentando recuperar/la; mostrando ésta “que no puede dar más”.

Planteado en estos términos, podemos leer que el sujeto debate su ser clamando por un *más del Otro*.

Escucho a otra paciente que, en referencia a sus episodios de restricción alimentaria, sostiene:

— “Es un circuito que empieza de nuevo porque no tiene término para mí.”

— “Mi mamá me dice que mientras viva nada te va a faltar.”

— “Por más que quiera, mi única respuesta posible a todo es no.”

— “Ella siempre gastó a mi medida”, dice la madre en una entrevista. Y agrega: “Lo único que ella —su hija— necesita es comer más.”

Entiendo que “el circuito” que el sujeto inicia “no tiene término”...; término en tanto no tiene final (el comer o el restringirse se le impone como un acto incoercible, imperativo) y término en tanto significativo que nomine, nombre.

Nada falta si el Otro se presenta como aporte. Ambas, madre e hija, son la justa medida para el Otro. Si hay gasto, la referencia es el Otro... un gastarse por el Otro, un gastarse para el Otro.

Con este aporte que viene del Otro, precisamente, estalla el conflicto. El malentendido con el Otro es radical; la paciente se niega a alimentarse: “Ella insiste en que yo coma y yo no quiero comer”. En su negativa, maniobra con el fin de sostenerse como sujeto deseante.

“Mientras viva nada te va a faltar”..., peculiar construcción discursiva que denota el desalojo del deseo en el sujeto.

Planteado en estos términos, podemos inferir que la paciente con anorexia clama por un *menos del Otro*.

Intentaré articular este *clamor* del sujeto en relación con el objeto, objeto perdido por estructura y que precisamente es el que “invita” a la repetición, al rehallazgo de aquello que nunca se tuvo. Repetición que alude a sus modos posibles, *tyché*

y *autómaton*, a los que Lacan se refiere en el *Seminario, Libro 11* (2).

En la primera viñeta clínica sostuve que el sujeto debate su ser clamando por un más del Otro, lo que implica:

- que en el acto mismo, en su iteración (apilamiento de crisis), el sujeto intenta captar, recuperar, aquello que supone haber poseído alguna vez;
- que en su maniobra —dimensión del acto bulímico— intenta incluir al Otro para rehallar el objeto y, a su vez, objeto mediante, re-hallar al Otro;
- que incluye al Otro al insistir en *estar vacía*.

En cambio, la paciente con anorexia clama por un menos del Otro, lo que denota:

- que en su acto (restricción alimentaria) “maniobra” a efectos de excluir al Otro, logrando de esa manera salvaguardar su deseo;
- que con su acto intenta *crear en el Otro angustia*, crear un agujero, colocándolo —de esta manera— *en menos*;
- que excluye al Otro sosteniendo *estar llena*.

Siendo así, ambas formas de presentación constituyen un discurso enmarcado en una pasión de ser... delgadas, etéreas, aun a costa de poner

en riesgo la vida y denotando un particular encuentro con el Otro.

El decir de la paciente "*Soy bulímica*" es una forma de situar-se, de-nominarse, una forma de alojarse bajo un significante que la re-presenta.

El ser bulímica, anoréxica, se constituye así en una forma de situar el ser, de situar el goce..., en otros términos, es un nombre propio hecho de goce.

Tomaré la vertiente del encuentro del sujeto con el Otro —más precisamente el posicionamiento del sujeto en relación con el Otro— para dar cuenta de las vicisitudes de las demandas en juego: *demanda de ser / nutrido* dirigida a un Otro que espera (*autre on, autrón*, según Lacan) (3); demanda que invoca al sujeto del Otro y su esperable correlato: dejarse nutrir. Para dicha articulación me referiré a las puntuaciones que sobre esta temática hace Lacan en el *Seminario 8* (3), donde se pregunta "¿qué es una demanda oral?", y responde —en principio—: "la demanda de ser alimentado, de ser nutrido".

Hace alusión a que esta demanda se dirige a un Otro que espera (*autrón*, lugar del Otro). Sostiene así que el sujeto dirige la demanda de ser nutrido, invocando —de esta manera— al sujeto del Otro. Ahí estalla el conflicto precisamente en una relación que, como Lacan dice, "parece estar hecha para encontrarse, para cerrarse complementariamente" (3).

Esta cita se correlaciona con lo que en *La dirección de la cura y los principios de su poder* (1) sostiene:

El deseo es lo que se manifiesta en el intervalo que cava la demanda más acá de ella misma, en la medida en que el sujeto, al articular la cadena significativa, trae a la luz la carencia de ser con el llamado a recibir el complemento del Otro, si el Otro, lugar de la palabra, es también el lugar de esa carencia.

Relaciona intervalo-articulación significante-carencia de ser y llamado a recibir el complemento del Otro desde la propia carencia.

Estas puntuaciones tienen implícita su relación con la necesidad que, en su lógica más elemental, implica una falta que exige un complemento particular —complemento que se correlaciona con la carencia—, que se satisface de una condición del objeto a la que Lacan denomina *condición absoluta*.

Esta condición es absoluta por cuanto es la apropiada para satisfacer la necesidad en juego.

Al ser las necesidades tamizadas, filtradas por los desfiladeros del significativo, arribamos a la demanda.

Precisamente, la demanda es el pasaje de la necesidad por el aparato del lenguaje.

Así es como la demanda al traducir, aliena las necesidades. Más precisamente, al sustituir —vía significativo— a la necesidad, se constituye en metáfora.

Planteado así, sería la demanda de un sujeto a un Otro de quien supone que posee el complemento por el que clama, por ende, un Otro completo.

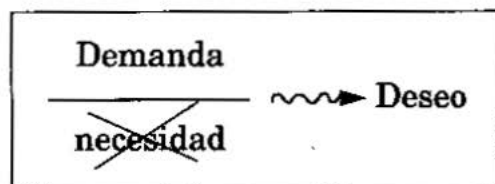
Sería la demanda de algo a alguien del que se sostiene la posibilidad de darlo:



Si se estructura la demanda con el Otro como castrado, sólo entonces se dibuja la forma radical del don y, en tanto tal, la demanda concebida en su condición de amor.

La demanda deja al margen las satisfacciones que reclama..., gira en torno a una presencia o una ausencia del Otro materno y, en tanto sustitución radical de la necesidad, implica incondicionalidad. La demanda es incondicional precisamente por su marca significante: siempre es otra cosa lo que se demanda.

Queda delimitado claramente el deseo como el resultado de la demanda sobre la necesidad: el deseo es entonces la metonimia de la metáfora.



Su correlato:

Lo que de este modo al otro le es dado colmar, y que es propiamente lo que no tiene, puesto que a él también le falta el ser, es lo que se llama amor, pero es también el odio y la ignorancia (1).

En el orden del amor, se trata entonces de lo que el Otro no tiene..., se trata aquí de la demanda de "algo": *demanda de nada*.

En tanto demanda de nada, es demanda al Otro castrado, demanda paradójica del don de la nada, de la pura falta del Otro como objeto del don. Se trata de una figura de la nada como objeto del don amoroso: que el Otro dé justamente lo que no tiene y, en eso, dar algo de su ser.

Imposible no evocar a Jacques Lacan (2):

Te amo,
pero porque, inexplicablemente,
amo en ti algo más que ti,
el objeto a,
te mutilo.

En este punto podemos concluir que la confusión entre el orden de la necesidad, la demanda y el deseo tiene consecuencias clínicas precisas:

Es el niño al que alimentan con más amor el que rechaza el alimento y juega con su rechazo como un deseo (anorexia mental) (1).

El conflicto que estalla en la relación de nutrición lleva implícito el malentendido con el Otro: a la demanda de ser nutrido la desborda un deseo y, precisamente, para que no se extinga, el sujeto no se deja nutrir... se niega a desaparecer como deseo.

Su correlato es la puntuación de Lacan en (3):

[...] la extinción o el aplastamiento de la demanda en la satisfacción no podría producirse sin matar el deseo, es de allí que parten estas discordancias entre las cuales la más graficada es la negativa a dejarse nutrir, la anorexia, llamada más o menos acertadamente, mental.

Es en este *Seminario* que hace referencia al equívoco de las sonoridades de la fonemática francesa, “*tu es le désir*” y “*tué le désir*”, que nos remitiría a la particular confusión “tú eres el deseo” / “mata el deseo”:



Esta confusión es la que concierne a la construcción significativa de la paciente a la que me referí anteriormente: “Mientras viva nada te va a faltar”.

Si el Otro se presenta como obturando —no dando lugar a la constitución del intervalo que cava la demanda más acá de ella misma—, nos encontramos entonces con la negativa del sujeto: “Mi única respuesta posible a todo es no”, ante el posicionamiento del Otro: “Lo único que necesita es comer más”.

Podemos entonces dimensionar el decir de la paciente “*Cuando como, soy comida*” a la manera “cuando como soy comida/soy devorada”.

En cambio, en la paciente con anorexia se arti-

<i>Sujeto</i>	<i>Demanda</i>	<i>Otro</i>	<i>Demanda</i>
ser nutrido	responde	dejarse nutrir	
interjuego de los tiempos de la demanda			
		<ul style="list-style-type: none"> • Si a la Demanda del \mathcal{S}, el Otro le responde desde la necesidad: 	
		Demanda <hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/> necesidad	
		por ende	
		<i>Ignorancia</i>	
Es lo que el \mathcal{S} no perdona:	←	“...confunde sus cuidados con el don de su amor”	
<i>Odio</i>		Si el encuentro entre el \mathcal{S} y el Otro se detiene en este punto, nos enfrentamos con la <i>posición de objeto</i> : ser “pasto de la devoración de los otros” (4)	
		<ul style="list-style-type: none"> * Si el Otro respondiera desde lo que no tiene, desde su carencia: 	
		Demanda <hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/> necesidad	Deseo
<i>Amor</i>	←		

cularía a la manera de “No como para no ser comida/devorada”.

Cabe pensar que la paciente con anorexia en su “comenada” intenta fabricar su ser.

Más precisamente el **deseo de nada** es la solución que la paciente con anorexia encontró del lado del ser: fabricarse un ser con la nada, dando así testimonio de su padecimiento psíquico.

Para adentrarnos en la temática del encuentro entre el sujeto y el Otro retomaré la primera cita textual de este capítulo —extraída de (1)— bajo la vertiente “llamado a recibir el complemento”, en la que entran en juego las pasiones del ser. El gráfico de la página anterior permite situarnos en relación con las vicisitudes de las demandas en juego.

Cuanto más acérrima sea la ignorancia en juego en la respuesta del Otro ante la demanda del sujeto, más se sume éste en la idea de muerte. Esta temática se desarrollará en el capítulo 7.

La ignorancia (en el sentido de la satisfacción de la necesidad) se constituye como “engaño” en tanto que aplasta la demanda de amor en juego. En otros términos, la satisfacción de la necesidad desarticula la eficacia de la demanda, en tanto demanda de amor.

Evidentemente, esto no carece de consecuencias clínicas, de las cuales bulimia y/o anorexia son algunas de las posibles.

EL ENCUENTRO DEL SUJETO CON EL OTRO:
EL OTRO

En la sección I de este capítulo me referí fundamentalmente al posicionamiento del sujeto, e hice ciertas puntuaciones en relación con las vicisitudes del encuentro con el Otro. Ahora me centraré en la temática “del Otro”.

Para ello articularé ciertas referencias al texto de Mircea Eliade (5).

En el capítulo IV, “Existencia humana y vida santificada” del mencionado texto —en el punto “Muerte e iniciación”— Eliade sostiene que el simbolismo y los rituales iniciáticos que implican el engullimiento por un monstruo han desempeñado un rol central en lo relacionado con los mitos heroicos y las mitologías de la muerte.

Da como ejemplo ciertos padecimientos, más precisamente “enfermedades iniciáticas” a las que describe como “verdaderas, locuras” en las que se asiste a una crisis total que conduce a la desintegración de la personalidad y al caos psíquico, al que define como el indicio de que el hombre está disolviéndose y que “una nueva personalidad está por nacer”.

Y agrega:

Se comprende la razón de que el mismo esquema iniciatorio —se refiere a la secuencia: sufrimiento-muerte-resurrección (renacimiento)— reaparezca en

todos los misterios, tanto en los ritos de la pubertad como en los accesos a una sociedad [...] la muerte viene a considerarse como la suprema iniciación, como el comienzo de una nueva existencia espiritual.

Las enfermedades entendidas como verdaderas locuras que implican el circuito sufrimiento-muerte-resurrección en tanto ritos propios de la pubertad, no pueden ser pensadas sino en relación con “lo indomable” que lleva consigo padecimientos como la bulimia y la anorexia.

Las citas hechas precedentemente se correlacionan con lo que en el *Seminario 8* Lacan explicita en relación con la mantis religiosa: el engullimiento por parte de un monstruo —a la manera de la construcción “cuando como, soy comida”—, engullida, tragada, devorada por el Otro.

En este texto —año 1961—, Lacan al hacer referencia a la articulación deseo/demanda/amor incluye la imagen de la mantis religiosa de la que dice —haciendo alusión a nociones instintuales—:

[...] la gran figura fantasmática de la mantis que atormenta al anfiteatro analítico, está allí presente como una imagen madre, como una matriz de la función atribuida a lo que se llama tan atrevidamente —quizá después de todo, tan inadecuadamente—, la madre castradora (3).

Cabe acotar que la mantis religiosa es un insecto del que existen varios centenares de especies. Es de un color que le permite pasar inadvertido entre la vegetación en donde habita. Espera

al acecho a quien será su presa, manteniendo su cuerpo erguido y las patas anteriores juntas, como en actitud de rezar: de ahí su nombre.

Permanece completamente inmóvil, con excepción de la cabeza, que mueve en todas direcciones para estar atento a cualquier posible presa que se le acerque. Las luchas que se conciertan siempre terminan con la muerte de uno de los adversarios.

Este insecto —diabólico, por cierto— decapita a su *partenaire* en el preciso momento del encuentro cuerpo a cuerpo.

De esta última caracterización es de la que se vale Lacan para sostener que la devoración es una forma de posesión del *partenaire*, o sea que la devoración es una de las formas de poseer al Otro.

Sostiene, además, que lo que más le gusta a la mantis es la cabeza de su *partenaire*, lo que nos da una clara imagen de lo que “se muestra como goce a expensas del otro...” (3).

A partir de estas puntuaciones podemos pensar este particular posicionamiento en que *el sujeto deviene objeto*.

En referencia a esta temática, Lacan puntualiza en el *Seminario* citado:

Es sólo en el interior de la demanda que el otro se constituye como reflejo del hambre del sujeto. El otro, pues, no es sólo hambre, sino hambre articulada, hambre que demanda. Y por allí el sujeto está abierto a *devenir objeto... de un hambre que él elige* (3).

Alude a que si la demanda se degrada al puro

orden de la necesidad, el sujeto se ve relegado a la posición de objeto (un ser de necesidad):

El sujeto viene a colocarse sobre el menú a la carta del caníbal que, como cada uno de ustedes sabe, nunca está ausente en ningún fantasma comunal (3).

Se confirma así la hipótesis referida al decir de la paciente “cuando como, soy comida”, en el sentido de que esta articulación significativa bordea una construcción fantasmática en tanto incluye al sujeto y al Otro en un acto de comunión, como-una-uniión.

Tenemos entonces:

<i>Puntuación</i>	<i>Correlato</i>
• “El sujeto viene a colocarse”	“ser pasto de devoración del Otro.”
• “... caníbal...”	mantis religiosa/madre castradora
• “fantasma comunal.”	devorador / devoradora

Caben las preguntas —aunque no es la vertiente que abordo en este trabajo—: ¿cómo se da la versión al padre en estos sujetos capturados o devorados por la madre?, ¿es de suponer que no se come a todos por igual?, ¿por qué ese objeto se coloca sobre el menú, y qué rasgo tiene ese sujeto para ser el menú del caníbal?

Una aproximación a estos interrogantes es pensar el posicionamiento del sujeto vía identificación con el padre —también devorado—, o sea

con un rasgo de éste. En tanto tragado/devorado hay un "pase libre" para el establecimiento de una relación mortífera como la que intento describir, entre la madre y su hija.

En el año 1969/70, en el *Seminario 17*, Lacan retoma esta temática y sostiene:

...el deseo de la madre no es algo que uno pueda soportar así no más, en definitiva, y que eso les sea indiferente: *entraña siempre estragos*. ¿No es cierto? Un gran cocodrilo en cuya boca ustedes están, es eso la madre, ¿no? No se sabe si de repente se le puede ocurrir cerrar el pico; eso es el deseo de la madre. Lo que traté de explicar es que lo que tenía de tranquilizante es que tenía un hueso... un rodillo de piedra... eso retiene, eso atranca, es lo que se llama el Falo, el rodillo que los protege si de golpe se cierra... Yo hablé a ese nivel de la metáfora paterna (6).

En el año 1972, Lacan articula:

A ese paso, la elucubración freudiana del complejo de Edipo, en la que la mujer es en él pez en el agua, por ser la castración en ella inicial, contrasta dolorosamente con el estrago que en la mujer, en la mayoría, es la relación con la madre, de la cual parece esperar en tanto mujer más subsistencia que del padre, lo que no pega con su ser segundo en este estrago.

Aquí muestro mis cartas al postular el modo cuántico bajo el cual la otra mitad, mitad del sujeto, se produce a partir de una función para satisfacerla, o sea, por completarla con su argumento (7).

Lacan describe a la madre, que con su hija mantiene una relación de estrago, gráficamente

como un cocodrilo, en cuyas fauces puede quedar la presa, y le otorga a este *partenaire* la función de satisfacerla, completándola con su argumento.

Nos encontramos ante alguien (el *partenaire*, la presa) que, con su argumento —colocándose en el menú a la carta—, otorga consistencia al Otro —el caníbal—, ocultando su propia inconsistencia.

Este modo de presentación es el que denota cierta posición de objeto —citada en la sección I de este capítulo— en la que suelen llegar a la consulta los pacientes con bulimia y/o anorexia.

Las puntuaciones precedentes tienen su correlato en los fragmentos discursivos de las dos pacientes mencionadas al comienzo de la articulación: ambas están enfrentadas a un Otro particular con el que el sujeto establece un vínculo como de “quedar a merced”.

“Mientras viva nada te va a faltar” es el dicho oracular que la madre de la paciente enuncia.

Es entonces que “Mi única respuesta posible a todo, es no” es el modo como la sujeto encuentra de crear la falta en relación con un Otro totalizante, la madre.

Ésta se presenta como completa, ofreciendo todo, con lo cual la sujeto queda atrapada en un vel alienante desde el cual no podrá reconocerse ni reconocer su deseo ni qué demanda, cuando algo demande en ella.

La relación planteada en estos términos puede ser definida como una relación enigmática y hasta mortífera.

La madre ubica a la hija como un objeto de

goce. Madre oracular cuyas respuestas —ante cualquier pregunta que pueda surgir en la hija— son absolutas.

Las respuestas que suelen dar son injuriantes pues pulverizan, aniquilan a la sujeto en su ser deseante.

En este punto entra en juego la ignorancia acérrima a la que me referí anteriormente y que, por su insistencia y fijeza —en el sentido de desoír/desarticular la demanda que porta—, arrastra aún más al sujeto a la idea de muerte.

Madres que profieren sus propios fantasmas y cuyas hijas —a la manera de un juego vincular fantasmático— se lo apropian. Esta referencia es articulable con la cita anterior acerca del fantasma comunal en el que estas hijas vienen a “colocarse sobre el menú a la carta”.

En sí son pactos: hay un saber irreductible entre ellas dos y, precisamente, es como si nadie pudiera saber acerca de lo que las aúna. Así es como denuncian ser incompetentes al deseo: ubican a la hija (o hijo) en el propio lugar del deseo.

Son madres que por su particular posicionamiento no pueden ubicar a este/a hijo/a en la ruta del deseo.

¿Cómo lo logran? Precisamente atiborrándolo de “papilla asfixiante”... y el hijo jugando “...con su rechazo como si fuera su propio deseo (anorexia mental)” (1).

Son madres fraudulentas: Lacan no sólo las grafica a la manera de una esfinge sino que se

refiere a ellas a través de un juego fonemático de la lengua francesa:

"RAVAGE"	= RUINA
"faire des RAVAGES"	= HACER ESTRAGOS

Y parece ser que fuera ése el modo vincular que mantienen: *hacerse amar y hacer sufrir*, a la manera de un delicioso tormento.

Un texto que le hace contrapunto al desarrollo que intenté articular es:

Y una no se mueve sin la otra, pero es juntas que nos movemos.

Cuando una viene al mundo, la otra cae bajo la tierra. Cuanto una porta la vida, la otra muere.

Y eso espero de ti, es que dejándome nacer, tú permanezcas también viva.

LUCE IRIGARAY,

Y una no se mueve sin la otra.

MAYO DE 1992.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lacan, Jacques: "La dirección de la cura y los principios de su poder", *Escritos 2*, México, Siglo XXI, 1984.
2. —: *El Seminario. Libro 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, Barcelona, Paidós, 1987.

3. —: *Le Séminaire. Livre VIII. Le transfert*, París, Editions du Seuil, 1991.
4. Rabinovich, Diana: *Una clínica de la pulsión: las impulsiones*, Buenos Aires, Editorial Manantial, 1989.
5. Eliade, Mircea: *Lo sagrado y lo profano*, Barcelona, Editorial Guadarrama, Punto Omega, 1979.
6. Lacan, Jacques: *El Seminario. Libro 17. El reverso del psicoanálisis*, Barcelona, Paidós, 1992.
7. —: “El atolondradicho”, *Escansión 1*, Buenos Aires, Paidós, 1984.

5. HACER(SE) UN NOMBRE:
“ANOREXIA” - “BULIMIA”

Marcelo Hekier

“Entre lo que el hombre imagina y lo que realiza hay un espacio que sólo puede ser atravesado por su deseo...”

...era el “pensamiento” impreso en el reverso de un sobrecito de azúcar —el primero que ingería en años—, que Eduardo trae a la entrevista. De esta manera abre un discurso que hasta ese momento se limitaba a silencios, quejas o berrinches acusatorios acerca de lo que el otro hacía de él, acompañado por un incesante subir y bajar de peso, alimentarse, restringirse, darse atracones, jugando —imperceptiblemente— entre la vida y la muerte en una interminable sucesión de vómitos diarios.

Tras comentar lo que este impreso le hacía pensar, muestra el sobrecito al analista y le pregunta: “¿Puedo empezar a hacerme el mate?”.

Sólo entonces pudo disponerse a trabajar construcciones discursivas como:

“En casa no alcanzaba el peso [...] mis papás insistían en que hay que ahorrarse el peso.”

“Mi papá poco a poco comenzó a estar cada vez menos en casa hasta que se separaron. Yo siempre estaba en el medio, en la mitad de todo [...] Al poco tiempo mi mamá le empezó un juicio a mi papá porque él no pasaba alimentos.”

—“[...] para aquella época empecé yo a hacer *mi* dieta.”

No alcanzando el peso (en kilos), el paciente denunciaba su verdad. “No pasando alimentos” procuraba “ahorrarlos” haciendo de ellos “la mitad” y el “medio de todo”.

...De un padre que no pasa alimentos a un hijo al que no le pasan los alimentos...

Elaboró una dieta propia y logró coincidir con lo que su familia sostenía: ahorrarse —no alcanzar el peso— estar cada vez menos, como el padre.

Luego de casi dos años de entrevistas preliminares surge el interrogante: “¿Cómo, uno desea todo lo que le pasa?”, que, despejado, posibilita que se enuncie la regla fundamental.

Eduardo quiere morir para saber quién es —“Quiero ver qué pasa con ellos si yo muero, ¿a quién le van a echar la culpa?”

La demanda referida a la muerte gira en torno de que todo sea a costa de que su cuerpo desaparezca, y lograr así hacer subsistir su deseo. Descubrió que el único modo de existencia en tanto sujeto deseante es negarse a comer, atraconarse, restringirse o vomitar. Insistía con que así “lograba ser...”: ser sujeto deseante fuera del deseo de su madre.

En la proposición del 9 de octubre de 1967

Lacan dice en relación con el algoritmo de la transferencia y con la entrada en el análisis: "Al comienzo del psicoanálisis está la transferencia" (1): ésta es la puesta en juego inaugural que fundamenta la suposición de saber, más precisamente, la transferencia de saber.

Pero portar una queja, "pedir el alivio de un sufrimiento no siempre implica que se trate de una demanda de análisis" (2).

Los síntomas deben empujar, inducir a una pregunta, eje a partir del cual podemos pensar la entrada a un posible análisis: las entrevistas preliminares deben posibilitar el posicionamiento como analizante. Ésta es la apuesta.

Otros sujetos —en cambio— se presentan a la consulta explicitando una "demanda" en términos indefinidos, pero con un particular posicionamiento en relación con su cuerpo; cuerpo del que sostienen férreamente que es el *único motivo de todos sus sufrimientos*. Demanda muda, como la pulsión.

"Me comí la vida... tenía hambre, mi cuerpo me lo pedía".

A menudo son construcciones discursivas que el sujeto no logra poner a trabajar: no hay implicación alguna.

Describen minuciosamente lo que insisten que es "el motivo" de su padecimiento: compulsiones, restricciones, purgas, dietas, pero sin lograr percatarse de la parte que les corresponde en la queja que explicitan.

La emergencia de las crisis interrumpe el trabajo asociativo, y se circunscriben a relatar aquello de lo que se quejan, sin poder inferir que hay otra escena que subyace a su decir.

Claramente se posicionan como *sufrientes*, no como pacientes.

Vienen a depositar en el otro lo que constituye su particular sufrimiento, su singular forma de gozar. Esto ya implica un cierto alivio para el sujeto, al precio de no ver más allá del enunciado que produce.

Son *impasses* que excluyen la dimensión discursiva, que al presentarse bajo una faz opuesta conllevan la impronta de una acción bien definida (comúnmente llamada "atracción"); acción que denota que el sujeto —en un intento desesperado por sostenerse— precipita.

Estos *impasses* obstaculizan la labor analítica, puesto que el paciente puede no querer saber nada de sí ya que en la comida (o en su evitación) ha encontrado "una salida".¹

Impera el acto, se detiene la asociación, "el sujeto está lanzado al objeto en un intento desesperado —aunque vano—, de ser".¹

Siendo así, no se trata de una transferencia de saber la que está en juego sino de un depósito de saber: el saber es remitido al otro; en tanto síntoma, no es portador de sentido alguno para el sujeto.

La transferencia puede brindarle un Otro a

1. Véase el capítulo 1.

quien recurrir para arreglárselas con su padecimiento, pero para ello debe anudar a su queja un interrogante, *enigmatizarla*.

Para que el análisis sea posible el sujeto tiene que *amar a su inconsciente*, tiene que sostener su existencia, y es el analista quien debe propiciarlo. Pero diván y sillón no son suficientes para que se constituya como tal..., debe haber palabras que trastabilen, que se tornen vacilantes, y una atenta escucha. Debe articularse la palabra desfalleciente (en tanto fallida) o no proferida (silenciada), un cuerpo gozante y el sujeto del inconsciente dispuesto a trabajar.

La dirección de la cura depende de la concepción que acerca del inconsciente y del goce tenga quien la conduce.

La dimensión del dicho toma consistencia siempre y cuando el "sufriente" pueda hablar y silenciar, pero también suponer y amar-odiar al que está en posición de escucha.

La cuestión sería: ¿cómo despertar amor al inconsciente cuando lo que se presenta es una pasión —enajenada—, puesta en el cuerpo?

Goce autoerótico, pura moción pulsional: cuerpo que interrumpe su silencio y se constituye así en el motivo de la consulta al psicoanalista.

Malestar, sufrimiento, dolor, goce pueden ser obstáculos, pero a la vez posibilitadores de un "pedido" que posiblemente devenga en análisis.

Cuando el goce se presenta en su vertiente feroz pone entre paréntesis otros dilemas del sujeto: centra sus quejas —entonces— en relación

con el cuerpo, del que sostiene querer desentenderse.

Así es como el “sufriente” llega a la consulta: anudando su queja al cuerpo. Cabe preguntarse: ¿de qué cuerpo se trata?, ¿a qué cuerpo nos refiere?... Al cuerpo en su estatuto de real, de la repetición en acto.

Malestar-en-el-cuerpo: uno de los nombres del malestar-en-la-cultura.

Pensando el cuerpo en su vertiente simbólica —en tanto la palabra mata la cosa—, en tanto el significante insiste: el cuerpo silencia.

Ahí donde surge un obstáculo —impidiendo el deslizamiento significante—, el cuerpo interrumpe su silencio.

El eje a tener en cuenta no es el porqué del síntoma sino su sentido: su articulación en el entretejido significante, donde hace amarras el ser del sujeto.

No-todo puede decirse; es entonces cuando el cuerpo irrumpe, clama y denuncia que la verdad está en otro lado, y lo hace en las formas más peculiares, ya sea en una eclosión psicósomática, ya sea en una irrupción de angustia, ya sea en un accidente “circunstancial”...

En la clínica de pacientes con bulimia o anorexia la queja en relación con el cuerpo es un modo de presentación posible, de ahí la denominación de “sufriente”.

Posicionamiento pasivo en relación con el motivo de lo que la aqueja... sufre... no puede más que eso (dimensión de goce). El sujeto no está

implicado, no se conmueve. Su correlato: no ponerse a trabajar en lo que motiva su angustia. Se limita a focalizar, a referir su sufrimiento en relación con el cuerpo. Única dimensión posible.

Precisamente ése es el brete que se constituye y alrededor del cual hay que pensar las estrategias en la transferencia. "Acting out - acto y pasaje al acto" son movimientos del sujeto en relación con su angustia.

Se trata de actos que se le imponen imperiosamente al sujeto; no puede postergarlos... para luego emerger una queja anudada al cuerpo, sin interrogación alguna... sólo una respuesta que lo reafirma, le da consistencia: escena brusca e imprevista que el paciente hace o relata y que lo deja perplejo.

Hay un cese del acto significativo, el sujeto no puede sostenerse en el ser representado por significantes. "No pienso, sólo soy esa marca" es su impronta; es lo que surge posterior al acto (post-atación): fallido encuentro, que bascula esencialmente fuera de la escena.

Es la dimensión de lo fallido del pasaje al acto, límite previo en el que el sujeto interrumpe el recorrido que viene bordeando en relación con el objeto a, y se precipita de la escena transformándose en ese objeto.

Hay una cierta satisfacción pulsional en juego a la que no puede renunciar... el sujeto viene del lado de las respuestas (no hay dilema alguno, sólo la certeza que el acto implica).

No preguntarse es el contrapunto de la no

renuncia; posicionamiento que convoca a la repetición misma; respuesta que asegura la consistencia del Otro (meta que logra a través de la identificación con el objeto a).

Éste es un particular modo de presentación de la pulsión en la clínica, y denota una posición de objeto que es la que dificulta el trabajo analítico en tanto frena el despliegue transferencial.

Es precisamente por el objeto perdido por el que el sujeto clama y es en articulación con ello que entra en un circuito de re-petición. Ilusión de re-encontrarse con lo que nunca tuvo (y que fue perdido por estructura).

Así es como, clamando en acto —vía dimensión de la *tyché*, del encuentro con el a—, debate su ser intentando excluir al Otro precisamente para sostener un deseo que le sea propio y así salvaguardarse “de su naufragio”.

Si al crearle una hiancia —un agujero al Otro— logra ponerlo en menos, surgirá en tanto sujeto deseante; única manera de erigir una valla ante la asfixiante papilla que insistentemente se le ofrece. De ahí que se niegue a alimentarse... si de algo se queja es precisamente de “*estar llena*” del Otro, por eso necesita excluirlo... para poder incluirse como deseante.

Otro movimiento del sujeto en relación con su angustia implicaría que en el acto mismo, en su interacción, en la repetición, intentara rehallar aquello que supone haber poseído alguna vez.

Esta sería la dimensión del acto bulímico en la que el sujeto intenta “maniobrar” a efectos de

incluir al Otro y poder así intentar hacer posible lo imposible: re-hallar el objeto y, a su vez —objeto mediante—, re-hallar al Otro.

Pero nada la colma; su insistencia es “*estar vacía*”.

Espera del alimento que éste le dé más de lo que puede darle, y demanda “un más del Otro”, precisamente para terminar colocándolo “en menos”, barrarlo, y así, de carencia a carencia, constituirse.

Desgracias del ser, pasiones de ser... delgadas hasta el extremo de carecer de formas si fuera posible... aun al costo de poner en riesgo su vida y denotando un particular encuentro con el Otro.

Sostenerse en el “Soy bulímica” o ubicarse, en el decir de la familia, como “una hija anoréxica” son peculiares formas de situarse y situarla, denominarla y denominarse, una forma de ser alojada y de(s)alojarse bajo un rótulo que la representa y que le da consistencia, aunque sea tomando un rótulo que circula en un otro social, y hacerlo propio.

“Yo soy...” es una forma de situar precisamente el ser, de situar el goce... en otros términos, *hacer(se) de un nombre* con aquello que padece.

“Tengo una hija anoréxica” implicaría la vertiente del tener y, por ende, quien es “nominado” así es ubicado y se ubica como a “merced del Otro”.

Es necesario en estos casos un largo y paciente trabajo previo para que el sujeto se sitúe en el nivel del sujeto barrado y abandone su posiciona-

miento. Ello implicaría un viraje: de ser el cuerpo la respuesta a toda posible pregunta, a un enigmatizar su sufrimiento; incluyéndose en la queja que explicita. De ser así, se trataría de una rectificación subjetiva (3).

El intento sería de transformar esa irrupción mediante una operación: su inscripción en la cadena significativa... intercambio de goce por significativo.

Cabe preguntarse: "¿Dónde están ahora las histéricas de antaño, esas mujeres maravillosas, las Anna O., las Emmy von N...?". Los padecimientos se delinearán con aquello que domina en cada época. Las denominadas por la medicina "enfermedades del siglo XXI" o "trastornos en la alimentación" son manifestaciones de nuestro tiempo. Son los "ropajes" con que ciertos posicionamientos subjetivos se presentan en la clínica... la apuesta es inferir la estructura en la que subyacen.

Estas modalidades son la expresión del malestar en la cultura en una sociedad consumista, centrada en el confort y la abundancia.

Y ahí surge la paciente con bulimia, la paciente con anorexia, para dar cuenta de que donde hay confort y abundancia ellas crean la incomodidad y la falta, y donde impera el consumismo ellas sí logran dar acabada cuenta de cómo "se consumen"... de lo que es "consumirse".

SEPTIEMBRE DE 1992

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lacan Jacques: "Proposición del 9 de octubre de 1967", *Ornicar 3. El saber del psicoanálisis*, Buenos Aires, Editorial Petrel, 1981.
2. Silvestre, Danièle: *El significante de la transferencia*, Buenos Aires, Editorial Manantial, 1991.
3. Lacan, Jacques: "La dirección de la cura y los principios de su poder", *Escritos 2*, México, Siglo XXI, 1984.

6. UN VIRAJE:
...DEL "SOY BULÍMICA" AL "¿QUIÉN SOY?"

Marcelo Hekier

"El hombre está capturado por la imagen de su cuerpo. [...] lo que lo rodea, él lo corporeifica [...] lo hace cosa a imagen de su cuerpo.

LACAN, J.

Conferencia de Ginebra sobre el síntoma

Sandra a los 15 años fue derivada por su médica. Su discurso era netamente nutricional; se limitaba a describir minuciosamente en las entrevistas su plan alimentario diario. Insistía: "Soy bulímica".

Durante las entrevistas preliminares mantuvo este "infranqueable" discurso: a la manera de un destino inexorable, a los atracones sobrevenían —irrefrenablemente— las compensaciones (laxantes, diuréticos, vómitos). Las intervenciones no producían efecto alguno.

Al relanzar su insistente discurso apenas iniciada una entrevista, me limito a sacar el pañuelo y, a la manera de una servilleta, limpiarme la boca y esbozar —produciendo la escansión— "satisfecho por hoy".

A partir de entonces plantea: "Me preocupa

que esto sea un círculo y no pueda salir... Es como un lazo de unión que tengo con mi mamá". "Siempre que me ve comer me vocifera, dale, comé como una enferma."

Cuando por cuestiones familiares la madre va a cuidar enfermos, se crea una situación de tirantez: siente que deja a la hija —no sin antes hacer un recuento de los alimentos—, y ésta se queda, sintiéndose abandonada. Entonces la hija se da un atracón, y se mete en la cama "como una enferma".

"El atracón era como un grito de que no me dejara... Quizás ella me está pidiendo algo sin palabras."

Luego de un tiempo, al no darse el descenso de peso esperado, la madre comienza a reprocharle: "Yo te llevé para que bajes, no para que estés escarbando, buscando problemas; si seguís hablando me vas a terminar destruyendo".

Ante tal insistencia, decido citar a ambas y se establecen entrevistas vinculares —que en total fueron tres.

La madre lloraba desconsoladamente: "Aunque quiero evadirme, la angustia me invade". Surge que "Sandra" era el nombre con el que se hacía llamar cuando era adolescente. Al escuchar esto, la paciente —sorprendida— exclama: "¡Con razón!". Se hace la escansión de la sesión.

Ese fin de semana —en la visita a su abuela materna—, en un cofre, viendo fotos viejas, encontró unas de la madre —de sexto grado— que le llamaron poderosamente la atención: la silueta, a

la altura de la cintura y de las piernas, estaba retocada con tinta china.

De joven la madre había tenido sobrepeso y “vivía re-obsesionada” por su silueta: “Me la pasaba re-mirando el cuerpo en el espejo”, devela la madre en la entrevista.

—“Mirá de qué me vengo a enterar ahora... entonces, vos confundías tu vida con la mía”, acota sorprendida Sandra.

En lo que fue la última de las entrevistas vinculares surge: “Con mi mamá no puedo hablar sobre el sexo, yo quiero hablarle de sexo sin comillas y ella me habla de sexo con comillas”.

Intervengo para efectuar —a continuación— el corte de la sesión: “Es cierto, no es lo mismo hablar de sexo-sin-comi que de sexo-con-comi-ya”.

En la sesión individual surge el siguiente interrogante: “¿Qué es el apetito?”. Al ver que no se le responde, dice: “Creo que son las ganas de comer... pero también puedo pensarlo por el lado de las ganas de sexo... ¿Habrá una relación entre el no estar satisfecha y el pensar en comer e ir a la cama?”.

Al salir de la sesión anterior se había comprado un libro, *La alegría de ser tú mismo*; señala que la editorial es Kier (en la tapa figuraba E. Kier) y aclara que le impactó la dedicatoria: “Me hizo pensar mucho, por eso la traigo, para leérsela, y dice:

Eres tú o quién es el que vive tras esas facciones, palabras, acciones, pensamientos y sentimientos que llamas tuyos?

Y agrega: "Esto me hizo pensar: ¿quién soy?".
Enuncio entonces la regla fundamental.

Su decir "Soy Bulímica", una forma de situar su ser y sus crisis bulímicas, una respuesta en acto que le otorga consistencia, cohesión, y que la reafirma...

Opíparas entrevistas: sólo trataban acerca del vínculo de sujeción al alimento... un acto que borra al sujeto y, como tal, arrastra una posible pregunta que lo atraviese y que lo implique.

Donde comandaban las crisis bulímicas, el acto analítico —en una acción que va al corazón del ser—, acotó: "Satisfecho por hoy". Sólo entonces el sujeto se interroga ahí donde insistía la queja.

Surte efecto: del lazo de unión con la comida pasa a referirse al lazo de unión con la madre y emerge su correlato: angustia, ser su vocero.

"Comé como una enferma": es la cita a la que Sandra acude permanentemente, transformando este dicho materno en un hecho y deja implícito, sobreentendido: "un grito de que no me dejara".

"Todo sucede como si algo estuviese escrito en el cuerpo, algo que nos es dado como un enigma", sostiene Lacan (1).

Sandra hacía de su cuerpo un texto para ser leído, enigmático para algunos, pero no para la madre para quien ese cuerpo era su *best-seller*, el más leído, el "re-mirado" y en el que encontraba las huellas de lo que su hija "le dedicaba".

En la "Conferencia en Ginebra sobre el sínto-

ma”, a partir de una pregunta que le formula la señora Rossier a Lacan se articula el interjuego fonemático de la lengua francesa:

d'écrit = algo escrito; *le cri* = el grito.

Así es como diferencia lo que responde al orden de los fenómenos psicosomáticos (lenguaje jeroglífico) de lo que no lo hace (lenguaje alfabético). Esta puntuación se correlaciona con la aseveración de Lacan: “... aquello que el sujeto no puede decir, lo grita por todos los poros de su ser”.

Ahí donde el sujeto no dice, hace, y eso lo denuncia con su cuerpo.

Volviendo a Sandra, no es que se le esté pidiendo “algo sin palabras” como ella supone sino, por el contrario, son palabras precisas las que comandan su vida: “dale, comé” pero lo que tiene un efecto injuriante es: “enferma”.

Freud sostiene:

Un ultraje devuelto, aunque sólo sea de palabra, es recordado de otro modo que un ultraje que fue preciso tragarse [...] *Kränkung* [“afrenta” en el sentido de “mortificación”] [...] sufrimiento tolerado en silencio [...] el decir mismo es el reflejo adecuado, como queja y como declaración en el caso de un secreto que atormenta (¡la confesión!) (2).

En otra puntuación agrega:

[...] estados patológicos [...] pueden ser profundamente influidos por afectos tumultuosos [...] una *injuria u ofensa* candentes son susceptibles de poner repentino fin a la existencia (3).

El idioma alemán expresa —tal como lo aclara la nota del traductor, al pie de página del texto anteriormente citado—, la siguiente relación:

- *Kränkung* = “injuria”, “ofensa”, “herir los sentimientos”, “sumisión y humillación del otro, vía la palabra”.
- *Krankheit* = “enfermedad”.
- *Kränken* = denota el sentido de “enfermar” como el de “ofender” e “injuriar” — “sufrir de algo”, “mortificar”, “abatir el orgullo”.
- Agrega al final de la cita: *injury*, “lesión” en inglés.

Tenemos entonces:

- Injuria = en tanto “insulto”, “daño que se produce”.
- Ofensa = acción/efecto de ofender/injuriar, “agravio”, “herida”, “ultraje”, “iniciativa que tiene por objeto hacer retroceder a un adversario”.

Inferimos:

Una ofensa produce injuria de la que resulta una lesión [...] lesión a nivel discursivo, más precisamente en el eslabonamiento significante.

Podemos entonces sostener que el sujeto padece de un significante injurioso que proviene de un Otro significativo. El malentendido es radical: entre “las Sandras” —madre e hija— impera la con-fusión, confundidas.

“¿Habrá una relación entre el no estar satisfecha y el pensar en comer e ir a la cama?": peculiar interrogación por cuanto conlleva el pasaje de la queja a la implicación; ya que parte de los decires del sujeto para regresar a ellos. Rectificación subjetiva (4).

Se trata de la ubicación del paciente en sus dichos, pasando así de los otros a asumir la responsabilidad de aquello de lo que se queja; según Jacques Alain Miller se trata de la localización subjetiva.

Así es como Sandra des-hace su queja, y pone en jaque a su madre: el hablar de la hija la puede “terminar destruyendo” a ella.

“No tiene la menor idea de qué sucede en ese cuerpo”, dice Lacan (1). La paciente sólo puede lanzarse desesperadamente a devorar, a darse un atracón o a vomitar los alimentos que la madre contó detalladamente, uno por uno, antes de ir a cuidar enfermos.

Cabe preguntarse: ¿no será precisamente que se atracóna con lo que su madre no cuenta?

Madre e hija se recubren manteniendo un vínculo que es enigmático y hasta mortífero.

Establecieron un pacto irreductible: cosas que se cuentan (como los alimentos) y otras que se acallan (como las fotos guardadas), pero que son las que más pesan; las más preciadas: en un cofre... particular tesoro que empieza a circular cuando se abre y se devela lo que en él estaba contenido.

Padres conductistas —en tanto exclusivamente preocupados porque su hija aprendiera a comer bien— que pesquisarón de un modo particular la forma de maniatarla para sostenerla en una historia familiar.

Cabe pensar este historial, por el modo de presentación y posterior trabajo de “develación”, a la manera en que Lacan —año 1969— plantea “Dos notas sobre el niño”: ahí precisa “estructura familiar” y “pareja familiar” (5) y la posición de responder a lo que hay de sintomático —el síntoma del niño—: en este caso, Sandra.

El posicionamiento de ésta compete a la subjetividad de la madre, de ahí que la hija esté involucrada como correlativo del fantasma materno.

Sandra ponía en escena lo que la madre trataba de ocultar. Tres generaciones: la abuela centinela del cofre, la madre que re-miraba su propio cuerpo en el espejo de la hija y Sandra acallando el problema en su insistente “Soy Bulímica”.

En el texto antes mencionado, Lacan sostiene:

El niño aliena en él todo acceso posible de la madre a su propia verdad, dándole cuerpo, existencia e incluso la exigencia de ser protegido. (5)

La insistencia de su madre —“Si seguís hablando me vas a terminar destruyendo”— delineó la estrategia a seguir: convocarla.

Volviendo a Freud: “[...] es la palabra misma [...] alivio del peso de un secreto (¡la confesión!) (2).

Los *impasses* clínicos referidos precedentemente son correlativos a las citas que Lacan hace en relación con el *estrago* que en la mujer, en la mayoría, es la relación con la madre (6). Cocodrilo en cuyas fauces puede quedar la presa, y el *partenaire* tener la función de satisfacerla, complementándola con su argumento y así otorgarle consistencia al Otro, ocultando —a la vez— su propia inconsistencia.

Así es como Sandra-mamá se presenta como la “gran figura fantasmática de la mantis [...] decapitando a su *partenaire* [...]”, constituyéndose así como la que devora, una de las formas de posesión... como un “goce a expensas del Otro” (7).

Sandra-hija “está abierta a devenir objeto de un hambre” que elige “[...] colocándose *sobre* el menú a la carta del caníbal que nunca está ausente en ningún fantasma comunal” (7).

Esto es lo que denota la posición de objeto en la que suelen llegar a la consulta pacientes con bulimia y/o anorexia.

Se trata de una sujeción ineludible, de pasiones que restringen la libertad, del apropiarse de aquello que se considera parte de uno. Hay una adhesión ciega y un incuestionable sometimiento a ciertos designios, a ciertas frases que comandan su vida: "Dale, comé como una enferma".

Se trata de un particular modo vincular: se aman y a la vez sufren.

[...] el deseo de la madre no es algo que no pueda soportar así nomás [...] *entraña siempre estragos. ¿No es cierto?* (8).

DICIEMBRE DE 1992

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lacan, Jacques: "Conferencia de Ginebra sobre el síntoma", *Intervenciones y Textos 2*, Buenos Aires, Editorial Manantial, 1991.
2. Freud, Sigmund: (1893) *Estudios sobre la histeria (1893-95). Punto c) El mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos*, tomo II, Buenos Aires, Amorrortu, 1985.
3. Freud, Sigmund: (1905) "Psicoterapia (tratamiento por el espíritu)", tomo I, Madrid, Biblioteca Nueva, 1967.
4. Lacan, Jacques: "La dirección de la cura y los principios de su poder", *Escritos 2*, México, Siglo XXI, 1984.
5. Lacan, Jacques: "Dos notas sobre el niño", *Inter-*

- venciones y Textos 2*, Buenos Aires, Editorial Manantial, 1991.
6. —: “El atolondradicho”, *Escansión 1*, Buenos Aires, Paidós, 1984.
 7. —: *Le Séminaire. Livre VIII-Le Transfert*, París, Editions du Seuil, 1991.
 8. —: *Seminario. Libro 17. El reverso del psicoanálisis*, Barcelona, Paidós, 1992.

7. "EL CUERPO, LO BELLO Y LA MUERTE"

Celina Miller

*"Aquel que camina una sola legua sin
amor,
camina amortajado hacia su propio
funeral."*

WALT WHITMAN

La anorexia es uno de los padecimientos psíquicos que pueden causar la muerte, límite siempre presente en la clínica psicoanalítica de pacientes graves. La mayoría de las veces, al abrirles la puerta, en la primera entrevista se supone estar ante un paciente que la medicina llama "terminal".

Su aspecto fantasmático y cadavérico impresiona al psicoanalista acostumbrado a vérselas con otro tipo de fantasmas.

Lacan (1) puntúa la posición de la anorexia mental en relación con el deseo: en lo que respecta a su negativa a alimentarse podemos inferir que lo que el sujeto sostiene en su "no quiero" es una Verdad.

El niño involucra al deseo jugando con su

rechazo, puntuación que alude a la “(anorexia mental)” (1) como síntoma de deseo sin que aparezca el goce de la pulsión de muerte. Si llegara al punto del goce del hambre, será sin retorno.

Goce del hambre y pulsión de muerte, coincidencia fatal de un deseo que desborda los límites de la vida y en el que el sujeto se debate en el intento de sostener su ser.

Escribe una paciente, Clara: “[...] como un neutrón sin energía. Estoy muerta con vida. Estoy viviendo como una muerta... como yo supongo que deben de vivir los muertos...”.

La insistencia en la clínica de esta particular concepción acerca de la vida y de la muerte es la que me convocó al presente desarrollo, ya que renueva una interrogación para el psicoanalista. Para ello tomo como referencia una de las grandes producciones de la cultura: las tragedias griegas.

El pueblo griego estaba especialmente dotado para la tragedia, ya que ésta implica la posibilidad de acercarse al abismo, de asomarse a él..., pero por amor a la vida, en busca de un consuelo metafísico a través de lo bello. Esta es una manera de vehicular el amor a la vida a pesar del horror, del vacío o de la falta de fundamentos.

Así, su capacidad de ver el horror es equivalente a su capacidad de crear belleza.

Las siguientes consideraciones psicoanalíticas me permiten hacer un lazo entre “la lucha” de la paciente con anorexia y las heroínas de las tragedias:

- 1) El estatuto que posee el fantasma de la propia desaparición en la constitución del sujeto del inconsciente;
- 2) la condición del lenguaje: la operación del significante;
- 3) la anorexia como síntoma de deseo;
- 4) la neurosis como defensa frente a los deseos;
- 5) la función del fantasear en relación con el deseo, el horror y lo bello;
- 6) lo bello en su relación con el deseo, el cuerpo y la muerte.

Lacan describe la operación de la separación —constitutiva del sujeto del inconsciente—, por la cual el sujeto enfrentado al Otro responde a la falta con la falta, momento de hacerse desaparecer ante el enigma del deseo del Otro:

Así el fantasma de su propia muerte es el primer objeto que el sujeto tiene para poner en juego en esta dialéctica y, en efecto lo hace, como sabemos por muchísimos hechos, la anorexia mental (2).

Como en el epígrafe de este capítulo, el sujeto “amortaja su propio funeral” bajo la forma del *acting out* o del pasaje al acto: Ser en la nada. Ser en la muerte. Trágica respuesta del sujeto a la ignorancia del Otro acerca de su ser, hecho de deseo y no de necesidades.

Y es en este punto que el paciente no cede en su determinación, es inflexible en el intento de ser

reconocido en lo que hay más allá de su ser objetivado.

Los padres de Clara insistían: "Lo único que necesita es comer más"... Hija para dar de comer, hija criada en el campo de la supervivencia.

La réplica de los padres en este punto es una constante: "Pero ¿cómo?, si no le hicimos faltar nada".

Tiene de todo... de lo que necesita. Pero de lo que realmente se trata es de la articulación entre necesidad, demanda y deseo. Esta es una habitual confusión, no sólo en el nivel individual y familiar sino también en la cultura.

Pasaje entonces de lo real de un cuerpo orgánico, de necesidades, a ser alimentado, al cuerpo significativo marcado por su atravesamiento hecho de lenguaje.

Lacan (3) dice:

El significante, al tachar al sujeto de buenas a primeras, ha hecho entrar en él el sentido de la muerte. La letra mata pero lo aprendemos de la letra misma. Por esto es que toda pulsión es virtualmente pulsión de muerte.

Hace así una referencia hegeliana a la muerte de la cosa en sí por el advenimiento de la palabra, del concepto, lo que da cuenta de la diferencia entre naturaleza y cultura.

En los casos graves, lo real del cuerpo emaciado se presentifica de manera casi insoportable; sería lo insoportable ligado al horror. Éste es lo

que no se puede ver, su presencia esconde una Verdad.

El cuerpo debilitado, llevado al borde entre la vida y la muerte, convoca a intervenir —impos-tergablemente— en el orden de la necesidad, vertiente que debe abordar el médico ya que del cuerpo orgánico se trata. No obstante, en tanto analistas debemos sostenernos en lo que responde al orden de la demanda y el deseo. Insistimos, “para que un análisis sea posible tiene que *existir* el paciente”.

A pesar de su estado, la paciente con anorexia no cede en su demanda de deseo. Se desentiende de aquello por lo que su cuerpo clama. Erige una fortaleza donde guarecerse, luchando denodadamente contra la sensación que intenta imponérsele: el hambre. Deja en suspenso lo que es del orden de la supervivencia. Prescinde de la necesidad en aras de su deseo, rechazando aquello que no la implique en el orden simbólico.

Nadie quiere saber acerca de sus deseos; la neurosis es una construcción defensiva para estar a distancia de los tres enigmas que para Freud constituyen los fantasmas originarios: el fantasma acerca de los orígenes, la sexualidad y la muerte (escena originaria, seducción, castración).

En relación con esta puntuación, en el “Manuscrito L”, Freud dice: “Las fantasías son efectivamente antepórticos psíquicos erigidos para bloquear el acceso a esos recuerdos” (4).

Es de destacar que usa la palabra “antepórtico” —“ante las puertas”—; detrás de ellas la verdad

innombrable, la que podría inferirse que Lacan luego rescata en la función de lo bello.

El hombre está a distancia de sus deseos, de sus objetos buenos o malos, y desde ahí elabora sus defensas, establece barreras de distancia, hace síntomas.

Un síntoma encubre el mal, es una mentira sobre el mal, que está en otro lado.

En el *Seminario* 1 (5) se formula “fallido = logrado”, lo que posibilita articular “mentira = verdad”: si “la verdad surge de la equivocación”, puede inferirse que de la mentira surge una verdad.

Nada es más difícil de montar que una mentira que se sostenga. Ya que, en este sentido, la mentira realiza, al desarrollarse, la constitución de la verdad.

En otro *Seminario* (6), Lacan habla de dos barreras que separan del campo del deseo: la primera *es el bien*; la segunda, *es lo bello*.

La verdadera barrera que detiene al sujeto ante el campo innombrable del deseo radical, en la medida en que es el campo de la destrucción absoluta, de la destrucción más allá de la putrefacción, es, hablando estrictamente, el fenómeno estético en la medida en que es identificable con la experiencia de lo bello —lo bello en su irradiación deslumbrante, lo bello del cuerpo, se dijo, es el esplendor de lo verdadero—. Es, evidentemente, porque lo verdadero no es demasiado bonito de ver que lo bello es, si no su esplendor, al menos su cobertura.

Lo bello recubre aquello más horroroso para el hombre. Freud dice en el "Manuscrito L" que los fantasmas "al mismo tiempo sirven a la tendencia de refinar los recuerdos, de sublimarlos".

"Refinar", término de cuño freudiano, alude a la función de embellecer los recuerdos que, de otro modo, serían insoportables. Expresa así la tendencia del proceso de fantasear.

En otro de sus escritos (7) Freud nos explica que el don del poeta en el proceso creador es mostrarnos a los mortales los sentimientos, las ideas y las verdades, que, expresados de otro modo que el poético, serían chocantes, inaceptables para el lector.

La función de lo bello y el deseo comparten la estructura de señuelo.

Es por efecto de la belleza que el deseo procede a su modulación.

El efecto de lo bello resulta de la relación del sujeto con el límite, límite entre la vida y la muerte. Entre dos muertes, como refiere Lacan —la primera, la muerte natural, biológica; la segunda, en tanto que el lenguaje le exige al hombre dar cuenta de que no es.

El cuerpo entendido por el psicoanálisis como atravesado por el significante, es cuerpo y no organismo. Representa en relación con lo bello la envoltura de todos los fantasmas del deseo humano. Me interesa precisar que la forma del cuerpo, la imagen del cuerpo, representa la relación del hombre con su segunda muerte: el significante de su deseo.

A través de la historia de la cultura prevalece la predilección por la forma del cuerpo humano como punto de mira del deseo.

Es en este cuerpo en donde se plasman las modulaciones del deseo... oscilación entre la vida y la muerte: resultado del interjuego, de los vaivenes del deseo.

Los "vaivenes" a los que puntualmente hago referencia son: la detención (posición del sujeto de quedar "a merced del Otro") o la desaparición (dejarse morir).

En estos padecimientos encontramos diferentes articulaciones posibles entre el cuerpo en relación con la belleza como valor de cambio de los ideales de una cultura, el cuerpo en tanto representante de la pulsión de muerte; cuerpo habitado de discurso donde la pulsión hace su recorrido historicizándolo.

Dicen los padres de una adolescente: "Sólo la vemos dentro de un cajón". Ella pide al psicoanalista "Ayúdeme a no morir"; cuando es, desde el discurso y el deseo del Otro, una muerta en vida.

¿Cuál es la demanda que dirige al analista?, ¿el sostén de su vida en el orden puramente fisiológico o se trata de otra ley la que exige, distinta de su mera supervivencia? En el entrecruzamiento de estas dos legalidades suelen ocurrir las situaciones paradójicas y de mayor dificultad en el abordaje interdisciplinario, ya que las indicaciones médicas que intentan evitar su muerte son resistidas férreamente.

Es en su vinculación con la organización de las

necesidades que la belleza se objetaliza, una de las formas posibles de articulación del cuerpo con lo bello.

Sin embargo, la belleza como causa está del lado de la organización del deseo; no es solidaria con lo bello como el ideal de una cultura determinada. En este sentido, no han sido suficientemente causadas desde la vertiente del deseo. De ahí que su búsqueda de belleza (corporal) se nos aparece como una máscara estereotipada.

Los personajes de las tragedias griegas están situados en una zona límite entre la vida y la muerte. Posición que encarna el personaje trágico de Antígona, que sostiene su ser en el *ex-nihilo* del significante, límite radical del que sostiene su ser.

Sófocles muestra cómo su héroe Edipo está encarnizado en su propia pérdida por su obstinación por resolver un enigma, por querer saber la verdad.

Los héroes de la tragedia participan siempre del aislamiento; están siempre fuera de los límites, siempre a la vanguardia y, en consecuencia, arrancados de la estructura en algún punto.

El neurótico trae su queja, su síntoma, su desgracia; su pasión lo empuja a alcanzar el ser... siendo que el horizonte deshabitado del ser... lo remite a un vacío significante que él podrá bordear con el acto de la palabra.

Si de heroínas se trata, crean una enfermedad imposible en tanto sobrepasan el límite de la dimensión trágica, extremando algo del orden de su verdad... hasta el sacrificio mismo.

JUNIO DE 1992

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lacan, Jacques: "La dirección de la cura y los principios de su poder", *Escritos 2*, México, Siglo XXI, 1984.
2. —: *El seminario. Libro 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, Buenos Aires, Paidós, 1987.
3. —: "Posición del inconsciente", *Escritos 2*, México, Siglo XXI, 1984.
4. Freud, Sigmund: "Manuscrito L. Cartas a Fließ", Madrid, Biblioteca Nueva, tomo III, 1963.
5. Lacan, Jacques: *El seminario. Libro 1. Los escritos técnicos de Freud*, Barcelona, Paidós, 1983.
6. —: *El seminario. Libro 7. La ética del psicoanálisis*, Buenos Aires, Paidós, 1988.
7. Freud, Sigmund: "El poeta y la fantasía. Psicoanálisis aplicado", Madrid, Biblioteca Nueva, tomo II, 1968.

8. "BUSCAD EL REINO DE DIOS"
EL CUERPO Y LO BELLO

Celina Miller

*"Cuando yo era anoréxica,
me estaba muriendo de hambre,
y después pasé a morir de amor
y con el arte me morí de frustración...
ahora espero a alguien que me salve...
yo siempre espero así."*

En la primera entrevista, al darle la mano a Clara para saludarla, me quedo con su mitón que se desliza en mi mano. Esto y su aspecto mortal, pálida, ojerosa, con tintes negroamarillentos en su tez, hicieron impacto en mí.

Es la madre quien explica la situación de su hija. No come, lo poco que come es exhaustivamente seleccionado, es hiperactiva.

Clara responde a mis preguntas evidenciando no tener registro de que esto sea anormal. Es más, ella se siente bien (lo cual tiene una explicación fisiológica). Simplemente, quiere ser flaca, no engordar, y para ello piensa que sus conductas rituales con las comidas son naturales. Y a pesar de su extrema delgadez, se ve gorda.

Está anémica, amenorreica, pierde el cabello y tiene lanugo.

Los padres refieren que sus cambios comenza-

ron al entrar en el colegio secundario. Hasta allí fue una niña alegre, feliz, muy estudiosa. De todos los hijos, ella fue la preferida del padre.

El padre tiene un principio: "*Buscad el reino de Dios y todo lo demás os será dado por añadidura*".

Coinciden el paso del primario religioso a un colegio laico, el acceso a la adolescencia y la decisión consciente del padre de ser equitativo en su cariño hacia los hijos; entonces se aparta de Clara.

Ella intenta liberarse del objeto amado en su niñez; al cambiar de colegio se libera de la cuestión religiosa, pero prescinde de su cuerpo.

El reino de Dios queda encubierto por una excesiva preocupación por el cuerpo. Temor a tener celulitis, estrías, etc., particular modo de inscripción del principio sostenido por su padre.

La pérdida del amor de éste le hace preguntarse años más tarde, en el análisis: "Al final, ¿qué fue tan trágico en la vida?", cuya respuesta fue: "Crecer".

Crecer implica el cuerpo de niña en su transformación a un cuerpo de mujer. ¿Cómo no repudiarlo?

Así, en el pasaje de la pubertad a la adolescencia, la pérdida del reino de Dios se asemeja a la represión. Algunos elementos de la vida mental consciente son arrojados al inconsciente, no con inocencia sino para causar estragos. El amor al padre, reprimido, desconstruye el inconsciente y lo vuelve ilegible, ininteligible.

Arrancada del espacio materno —al que el nombre del colegio hace alusión—, accede al

espacio paterno, pero a condición de varias transformaciones:

- 1) en cuanto a su noción inconsciente de belleza corporal, de lo erótico a lo estético,
- 2) del deseo al goce,
- 3) del espacio materno al espacio paterno.

1. DE LO ERÓTICO A LO ESTÉTICO

A través de la historia de la cultura, los discursos del arte, la religión, la estética y la filosofía respecto a lo bello en sus relaciones con las concepciones del amor y del cuerpo han sufrido diferentes lecturas, no siempre coincidentes sino a veces hasta antagónicas. Una posible interpretación de estas cuestiones en la religión cristiana se refiere a una transformación del cuerpo en tanto erótico a un cuerpo estético. En el pasaje de un mundo divino al terrenal, algo se pierde y es el elemento erótico.

“Transformación cuya raíz la encontramos en la tradición cristiana, donde el cuerpo era ofrecido a la contemplación estética, un cuerpo de belleza en el que se había sustraído toda huella del deseo —de Eros—, en especial del deseo masculino”, sostiene Stuart Schneiderman (3).

Estas transformaciones generan en Clara una singular construcción de su idea de belleza.

Su cuerpo dado a la contemplación en el espejo debe devolverle una imagen de cuerpo delgado, sin curvas ni redondeces y, si fuera posible, invisible.

Es sabido que estos padecimientos se inician en lo manifiesto como una persecución de belleza corporal que conducen —en todos los casos— a lo opuesto.

Esta particular relación entre el cuerpo y lo bello conlleva la aparente contradicción de que es justamente un cuerpo descarnado, despojado del elemento erótico, que sea el acceso a lo sublime, categoría que explora E. Kant (4), y que subvierte el *non plus ultra* del pensamiento sensible heredado de los griegos.

Para ellos, lo bello era síntesis de armonía, proporción, medida y limitación en su antítesis: desproporción, desorden, infinitud, caos, maldad, fealdad, irracionalidad.

La belleza era concebida por la estética y el arte como término de medida y limitación, que rechaza todo cuanto implique desproporción o caos. Con la paulatina introducción de nuevos sistemas de pensamiento, la ecuación limitación-perfección se subvierte por la infinitud y abismo.

La concepción que acerca de lo sublime desarrolla Kant significa la extensión de la estética más allá de la categoría limitativa y formal de lo bello.

Y es en este punto que el sentimiento estético no quedará ya, después de Kant, restringido a la categoría de lo bello.

Por el sentimiento de lo sublime el hombre "toca" aquello que lo sobrepasa y espanta (lo inconmensurable). Lo divino se hace presente a través del sujeto; este sentimiento despierta ambigüedad y ambivalencia, entre dolor y placer.

Para poder ser gozado —requisito kantiano del sentimiento estético—¹ el objeto debe ser contemplado a distancia: sólo de ese modo se asegurará el carácter desinteresado de la contemplación.

Lacan (1) retoma estos conceptos kantianos en cuanto a la función que tiene para el ser humano la noción de distancia respecto al deseo y lo bello como barreras de contención.

Destaca la prudencia que tuvo Freud: “Sobre la naturaleza de lo que se manifiesta en la creación de lo bello, el analista —según él— nada tiene que decir”. Para proseguir con que “en el dominio cifrado del valor de la obra de arte nos encontramos en una posición que ni siquiera es la de los escolares, sino la de recolectores de migajas”.

Por lo tanto, no intento abarcar la idea de belleza para el arte y la estética, sino cómo éstas pueden aportarnos un renovado acceso a las vicisitudes del cuerpo en su articulación con lo bello, desde el psicoanálisis.

El idealismo alemán llevará hasta la consumación esta incursión kantiana.¹

La belleza será presencia divina, revelación de lo infinito en lo finito. Para Hegel y los románticos, lo bello será iniciación hacia lo divino.

Si en el acceso a la pubertad el cuerpo de la niña se le vuelve siniestro, es menester que algo nuevo y desacostumbrado se agregue. Esto nuevo

1. Kant en *Crítica del juicio* dice: “[...] el juicio de gusto es meramente contemplativo, es decir, un juicio que, indiferente a lo que toca, a la existencia de un objeto, enlaza la constitución de éste con el sentimiento de dolor y de placer”.

es su sexualidad naciente, preciso momento en el que la joven se aparta de su cuerpo familiar, portador de misterios olvidados por represión. De este modo, la vivencia de lo siniestro se renueva en la experiencia de la búsqueda de belleza corporal.

Rilke lo expresa en estos versos:

*Lo bello es el comienzo de lo terrible
que todavía podemos soportar.*

2. DEL DESEO AL GOCE

El deseo queda sustituido por el goce; la respuesta a la pregunta por el goce del Otro es la apariencia, y la manera de tramitarlo queda significada por el goce de la contemplación de su propio cuerpo.

Es importante destacar la preponderancia del componente visual para el cristianismo, que se diferencia de otras religiones en las que se marca el cuerpo y se denota una acción que representa dar "un nombre" (por ejemplo, circuncisión).

Hay una antinomia entre deseo y goce; éste es lo contrario a la pregunta que el deseo impulsa: no hay más palabras, asociaciones, sino pura contemplación autoerótica.

Durante un largo período inicial del análisis de Clara prevaleció el silencio, como pretendiendo que con su sola presencia y la pura contemplación por mi parte se pudiera acceder a metaforizar lo que de su goce permanecía enajenado en el cuerpo.

Desde esta perspectiva es dable comprender lo que se reitera en la clínica acerca de la función del espejo y la mirada contemplativa de las anoréxicas en lo que respecta a su cuerpo en proceso de deserotización.

Así, un paciente anoréxico mantenía una conducta restrictiva diurna para limitarse a ingerir alimentos sólo a las diez de la noche, y luego contemplarse en el espejo para comprobar las variaciones de las dimensiones de su vientre.

3. DEL ESPACIO MATERNO AL ESPACIO PATERNO

Para algunos pensadores, la diferencia introducida entre “el amor *a* Dios” y “amor *de* Dios” es la fórmula clave para transformar el mundo y tornarlo paulatinamente en el esperado “reino de Dios”.

Este cambio implica un pasaje del amor erótico al amor como *caritas*.

El amor del padre se expande y reparte por igual entre todos, es caridad y, como tal, excluye, abarca y domestica el deseo.

Dios, por lo tanto, no es de deseo, es de amor.

Esta transformación operada con el advenimiento de la influencia judeocristiana tuvo sus consecuencias en la concepción acerca del amor. Con un matiz diferencial para el cristianismo, las personas están unidas por el amor; en él, el amor es central. Para el judaísmo, las personas están unidas por la ley. Descienden de Abraham, lo central es la *philia*, filiación, y *nomos*.

Lo que liga a los miembros de una comunidad es el amor, pero en tanto referido a la autoridad en respeto a una ley. *Nomos*, adhesión a la ley en tanto amor a un padre. Si esto es así, el vínculo se da a través del acto de dar nombre.

Con el advenimiento de Cristo, cesó la línea de los padres, la línea de la procreación paterna. Tanto es así que ningún cristiano desciende de Cristo.

En el texto antes citado, Schneiderman reflexiona que esta nueva concepción del cristianismo acerca del amor no se basa en el vínculo masculino tradicional, no es *philia* ni *nomos*: entonces es un amor probablemente materno.

Cuando se inicia la pubertad, desencadena en la niña una ruptura en la que la posición del padre en la estructura familiar es decisiva. Queda a cargo de él liberarla del hechizo devorador.

Ilusión rota... creación de un vacío...

La posición fallida del padre en el pasaje de Clara a la pubertad la reenvía al deseo materno.

Lacan, en el año 1949, suscribe las neurosis más graves en relación con la figura de un padre carente.

Me detendré en el primer año del psicoanálisis de Clara.

Su negativa a comer se extendía al análisis bajo la forma de negarse a hablar en sesión. Permanecía en una actitud recelosa, desafiante, absolutamente callada.

Las quejas de los hermanos hacia el padre eran que éste no hablaba. Decidí hablar yo.

Le daba palabras que pudieran “ponerla a trabajar”, que la conmovieran. Le preguntaba por el colegio, las amigas, acerca de las materias y cuáles prefería. Iba escribiendo para ella —a modo de cuadros sinópticos— lo que surgía en las sesiones.

Clara funcionaba sin deseos propios, nadie le preguntaba qué quería, tenía que querer lo que ellos quisieran. Y... lo único que querían era que comiera para poder continuar ellos —los padres— haciendo sus cosas.

Jugaba bordeando la muerte para producir un deseo de los padres que la incluyera. Los interrogaba de este modo: “¿Qué sería de mi papá y de mi mamá si yo no estuviera, si les faltara?”.

Exige con sus síntomas una prueba de amor; por lo tanto, al no comer, mantenía un punto de unión con ellos. De comer la dejarían totalmente sola.

Estrategias de la transferencia mediante, inventé cosas para ella. Debía crearse una transferencia de a poco, asumiendo un rol activo de mi lado.

Así como no fue un obstáculo en la vida de los padres, Clara “pide nada”. Puede recibir poco. La cuestión era si podía resistir el ir recibiendo algo.

Le propongo entonces modelar con arcilla. Hace dos piezas sucesivamente.

• *Primer modelado.* La primera fue una forma de barril sin tapa ni base, al que intenta hacerle pasar un tubo. Sus esfuerzos se concentran en sostener, como suspendidos en el aire, tanto el barril como el tubo.

Queda significada en la interpretación que, en lo simbólico, el barril sin fondo la representa, donde nada queda, nada hace inscripción ni amarre en su ser.

En lo real, éste indica un punto de imposible, ya que un barril sin fondo no puede contener el falo. Este estatuto de lo simbólico y lo real indica una dirección de la cura, ya que su no anudamiento deshace la significación fálica.

El desafío del análisis será darle una base que pueda ir construyendo un sostén de sí misma.

Este significante del barril sin fondo es poco alentador, ya que es imposible darle contenido, ser llenado.

- *Segundo modelado.* Sigue produciendo; esta vez modeló dos personas sentadas, asexuadas, una detrás de la otra, pegadas, encajadas.

La intervención fue que ella quería ser contenida, sostenida. Ahí, se delinea un deseo.

- *Tercera producción.* La siguiente propuesta fue hacer un *collage*. Eligió hacer los continentes del mapamundi.

Durante dos meses se ocupó de hacer el continente americano, con especial dedicación en la realización de la cordillera de Los Andes, que poseía un relieve muy notorio.

Se le volvió a mostrar su preocupación por la diferencia entre contenido y continente, y la importancia que le daba para poder ubicar su ser, encontrar sus límites corporales.

Desde el barril sin fondo —con el cual ella se representa, identificada con un vacío donde nada queda, como el tubo— y el mitón de la primera entrevista, hasta el modelado en el que se evidencian sus intentos de cerrar, de dar bordes netos, de darse un sostén. Aceptó entonces el bloc de hojas, comenzó a dibujar y de ahí en más a hablar.

Para ello ya había pasado un año, comía normalmente, habían cedido sus síntomas anoréxicos.

A los dos años del tratamiento menstruó y los padres piden, conmovidos ellos en su estructura, derivación para realizar un análisis de pareja.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lacan, Jacques: *El seminario. Libro 7. La ética del psicoanálisis*, Barcelona, Paidós, 1988.
2. —: *Intervenciones y textos*, Buenos Aires, Editorial Manantial, 1985, pág. 21.
3. Schneiderman, Stuart: *Pasa un ángel o cómo se perdió la diferencia de los sexos*, Buenos Aires, Editorial Manantial, 1992.
4. Kant, Emmanuel: *Crítica del juicio*, México, Porrúa, 1985.

9. EL HISTORIAL DE ROSALÍA O
"UNA FLOR QUE NO MARCHITA"
(Un caso de anorexia mental)

Marcelo Hekier y Celina Miller

*Todo esto está en mí.
No sé lo que es, pero sé que está en mí.*

*Angustiado me he retorcido por sacar de
mi corazón todo cuanto poseía...*

*Ahora mi cuerpo está tranquilo y quiero
dormir... dormir... dormir.*

*No sé qué es esto.
Es algo que no se ha dicho nunca...
Algo sin nombre que aún no está en el len-
guaje ni en el símbolo.*

WALT WHITMAN
Canto a mí mismo

El siguiente material trata de una paciente que proponía una encrucijada sumamente difícil de sortear. Por ello y por las peculiaridades de la dirección de la cura, en este abordaje decidimos articular el "historial de Rosalía" con las puntuaciones pertinentes.

Encrucijada difícil de sortear no sólo desde la historia de tratamientos e internaciones que la paciente tuvo

y de diagnósticos que portaba, sino desde la situación límite que en el nivel físico presentaba.

Una historia recorrida entre "acting out y pasajes al acto" y, por ende, ausente de palabras que pudieran dar cuenta de su padecimiento. Todo hacía redoblar en el analista la sugerencia de Freud:

"No se acudirá al psicoanálisis cuando se trate de la rápida supresión de fenómenos amenazadores; por ejemplo, en una *anorexia histérica*" (1).

No obstante, se le ofreció escucha. La paciente se posicionaba de modo distinto con respecto a sus intentos terapéuticos anteriores; esta vez decidió consultar por propia decisión.

Se incluye este material en el texto por cuanto da cuenta de un abordaje psicoanalítico dentro de un marco interdisciplinario, en un Centro de Salud Mental.

Rosalía era una joven de 22 años que fue derivada por una terapeuta integrante de una institución neuropsiquiátrica.

Lo que de la paciente se sabía —antes de recibirla— era que había tenido cuatro internaciones psiquiátricas —la última de ellas hacía dos meses— y que, mientras sostenía prolongados períodos de ayuno, dedicaba muchas horas a hacer gimnasia.

El motivo de la derivación eran las dificultades que implicaba abordarla; la paciente —según la profesional derivante— se encontraba en un marcado riesgo físico.

Luego de la entrevista inicial y dado el evidente estado de emaciación en el que se encontraba, se

le indicó la conveniencia de una consulta con el Equipo Médico con el que interdisciplinariamente trabajamos.

Así fue como se encaró el abordaje médico: se le indicó continuar con el tratamiento farmacológico —que tenía prescrito desde el neuropsiquiátrico— complementado con ciertas indicaciones nutricionales. Ello no podía ser obviado en este caso.

El diagnóstico con el que la paciente llegó a la consulta era el de “esquizofrenia”.

Dado que insistía en que estaba “desorganizada en la cabeza”, las indicaciones nutricionales se le suministraron —escuetamente— escritas en cuatro hojas: desayuno - almuerzo - merienda y cena. Única modalidad a la que podía responder y quedar así tranquila de que “no iba a engordar”.

Con respecto al enfoque psicoanalítico, se encararon entrevistas preliminares estando atento a la evolución clínico-nutricional, por cuanto se preveía la posibilidad de una internación, dado el estado físico en el que se encontraba.

En este recorte del historial se puntuaron algunos momentos, que se destacaron a lo largo del abordaje.

Recibí a una paciente demacrada, emaciada, de aspecto aninado, desarreglada y vestida con ropa sumamente holgada, muy abrigada (tenía puestos varios pulóveres). Parecía como extraviada.

La constante en la primera entrevista fue el silencio. Logró esbozar: “Me muero si como [...] el

fin de semana comí y me quise [...] con *gillette*" (no articuló "cortar" ni "matar", lo dio a sobreentender), "Quizá me puedan entender pero no me puedan ayudar [...] todo empezó por una dieta".

Comentó que "En cuanto tratamiento estuve, no hablaba, no podía hacerlo".

Teniendo en cuenta este decir de la paciente y ante su insistente silencio, se le propuso que modelara "algo" con arcilla. Dijo entonces: "Yo voy a hacer cualquier cosa, no sé hacer nada".

Comenzó a modelar, torciendo el material sobre sí mismo y, luego de invitarla a que asociara, esbozó entrecortadamente: "rompiendo", "retorciendo", "cualquier cosa", "desastre".

Dijo no saber "hacer nada", "me salió cualquier cosa". "Hacer nada es una manera de hacer" fue la interpretación.

Como al pasar comentó que le gustaba escribir. Se le sugirió entonces que, entre sesión y sesión, si lo hacía, trajera su texto a la entrevista.

Trajo un primer escrito:

Quise matarme, me sentía angustiada, gorda, que ya nada valía, nada tenía sentido, que ya no servía... creo que en todo este tiempo conocí el significado de la palabra "perder". Es muy dura.

[...] quiero vivir de otra forma, quiero —de una vez por todas— aprender a vivir, porque siento que no sé cómo hacerlo, cómo poder disfrutar de las cosas de cada día, de poder resolver mis problemas sin tener que llegar a ciertos extremos.

[...] Tengo que aceptar la realidad: me siento gorda, lo estoy, no puedo llegar a comer sin sentirme culpable.

¿Cómo se hace para superar este problema? ¿Alguna persona pudo? A veces pienso qué es lo mejor para mí... ¿Será no existir? (Lo siento realmente)...

Porque si me siento gorda, nadie me lo cree... ¿Qué pregunta debo hacerme cuya respuesta sea la felicidad?

Acompañando a esta primera nota, traje una carpeta en la que guardaba el material que iba trayendo. En la tapa de dicha carpeta —explicó la paciente— había una palabra hebrea *jai* cuyo significado es vida. *Jai*, anagrama de *hija*, y *vida*, anagrama del nombre del padre.

Posterior a esta entrevista, concurrió a la consulta médica (semanalmente tenía pautadas dos). Ésta fue una “entrevista habitual” —según la descripción posterior del médico—; las indicaciones dadas fueron producto del intercambio de ambos —médico y paciente.

Pero cuando salió de la consulta, luego de haber estado largo rato en el umbral del Hospital “despidiéndose de la vida” (¿o del padre?), entró en el baño y con una *gillette* se cortó las venas.

Corrió hasta el consultorio, y al médico le dirigió un “Doctor, ayúdeme a morir”.

Fue ahí, cuando luego de contener la hemorragia y suturarla, se llamó a un familiar. Al llegar éste le dijo a Rosalía: “Yo sé que todo esto es por algo, no sigas tapando”. La paciente quedó sorprendida.

Al comunicarse el equipo médico con el analista, éste decidió entrevistar al grupo familiar. Desde entonces se establecieron entrevistas familiares,

una vez por semana a las que concurrieron la madre, el padre y la paciente.

En la entrevista se contó que la madre trabajaba como cocinera y que el padre era el encargado en una congregación religiosa.

El aspecto del padre era llamativo, persona alta y extremadamente delgada. Este parecía no escuchar o no entender lo que se hablaba en la entrevista, a lo que se intervino preguntando si tenía problemas de audición. Rosalía contestó —como incorporándose sobre sí misma—: “El no escucha lo que no quiere”.

Acerca de ella, el padre dijo: “Es flaca como un espárrago y arrugada como una lechuga”, y de la relación que mantenían: “Ella conmigo nunca tuvo nada”, “Está hoy mal y al otro día está cero kilómetro, está como si nada”. Dedicarse a lo que el padre se dedicaba, en la familia era considerado “como nada”.

La madre dijo acerca de sí: “Lo que yo diga en casa, no vale nada [...] Cuando Rosalía era chica no pasaba nada. Era normal”.

La constante en sus dichos era “nada”. Mientras tanto, estaban en la consulta por el intento de suicidio de su hija.

En un momento de la sesión familiar surgió el siguiente texto: “Lo que me pasa con la alimentación es más que yo”, dijo la paciente, a lo que el padre agregó: “Es el otro yo, éste es el complejo del otro yo [...] A mí me parece que lo de ella es anorexia y algo más”.

Y dirigiéndose al analista preguntó: “¿Usted

puede creer que ella supone que yo quiero que ella se muera?”.

No se intervino y se vehiculizó este decir para que la paciente se refiriera a esto, a lo que acotó: “Sí, yo sé que él quiere que yo muera”.

Al señalarles que habían ubicado al analista en el lugar de intermediario en estas preguntas, la madre aludió a que ella era “como el puente” entre Rosalía y el padre.

Al no dirigirse la palabra entre ambos —explicado por primera vez en una entrevista—, la madre se constituyó en el portavoz del otro. Así es como Rosalía y su padre tenían un interlocutor.

La intervención puntual que se hizo fue dirigida a dejar entre paréntesis y en suspenso esta consistencia que sostenía Rosalía: “Habría que ver si tu padre desea eso”.

Los padres pidieron la internación de Rosalía, a lo que se les contestó proponiendo —y a la vez dejando implícito que no se avalaba su pedido— que, si estaban de acuerdo, el tratamiento consistiría en entrevistas individuales, familiares, consulta médica y acompañamiento terapéutico.

Rosalía dijo al final de la entrevista: “Es la primera vez que me van a escuchar, hasta ahora me internaron, me depositaron”.

MOMENTOS DE UNA ENTREVISTA FAMILIAR POSTERIOR

“Yo dejo a mis hijas en manos de la madre”, dijo el padre, significando con ello que las decisiones en

la casa siempre las tomaba la esposa, por cuanto él siempre estuvo ocupado, trabajando en su negocio (que finalmente fundió). “Cedamos en la nada”.

Seguidamente comentó acerca de la medicación prescrita a su hija y la discusión que se suscitó en la casa a raíz de la forma como ingería las pastillas: “Se las toma a las tres juntas”.

Según opinión del padre, “Deberían ser separadas para tomárselas”.

Se intervino diciendo: “Es cierto que para tomárselas es necesario hacerlo separadas, porque juntas se mezclan mucho”.

Comentaron que cuando esto fue hablado en la casa, el padre se levantó de la mesa y, enojado, dijo que a la sesión no vendría más, y preguntó: “¿Hace falta que yo venga a las entrevistas?”, a lo que se le contestó: “Si usted, como padre, tiene algo para decir y tiene necesidad de decirlo, venga”.

Éste recordó que Rosalía “una vez dijo que se mueran todos, menos mamá que es la única que me entiende”.

El material que a continuación se cita es un extracto de las sesiones individuales:

“Hace cuatro años que dejé de pensar...” En aquel momento intentó salir con un amigo, “Él sólo quería eso”, y ella accedió a “eso” hasta cierto punto; punto en que hizo límite la “sensación de asco” (arcadas).

Al entrar un día a sesión comentó que vio salir a la paciente anterior y acerca de ella preguntó: “¿Qué hizo esa chica para estar mejor?”, a lo que se le dijo: “Hablar”.

Trajo un sueño que relató escuetamente: "Se trataba de la muerte de la cocinera de la escuela donde yo trabajo... La hija de la cocinera lloraba, pero yo lloraba más que ella".

Sobre la reconstrucción del sueño no logró asociar. La intervención se centró en puntuar "moría la cocinera", "¿llorabas más que la hija?".

Al final de esa sesión trajo una producción que hizo en Laborterapia durante su internación en el neuropsiquiátrico.

Era un modelado en arcilla donde había representado un florero con flores, y solicitó que se lo guardasen. Lo tenía colgado en la cocina y le traía muy malos recuerdos.

Comenzó a concurrir a sesión más aliñada, maquillada, con ropa y peinados distintos. Dijo que se desconocía hablando mucho, se sentía bien y era precisamente en ese momento cuando entraba en un absoluto y prolongado silencio.

Luego de sostener su silencio se le propuso que realizara un modelado.

Al finalizar la producción asoció "*una flor que no marchita*".

Seguidamente sostuvo "Hay cosas sobre las que me cuesta hablar". Con una acentuada sensación de vergüenza comentó lo que sentía por el acompañante terapéutico y entonces se preguntó: "¿Por qué me pasó esto a mí?".

Al preguntársele qué es lo que le pasó, trajo al análisis el siguiente relato, la siguiente escena:

Estando en su casa con el acompañante terapéutico —cerca de la ventana—, y sintiéndose

sumamente angustiada, le dirigió una pregunta: "¿Qué pensará la gente que se tira por la ventana?".

Éste le respondió: "Quiérase a se arrepienta en la mitad del camino", y percibiendo la angustia de la paciente, la abrazó. Rosalía significó esta situación como de seducción.

El analista intervino: "¿Qué hubiese pasado si te le hubieras tirado?", esto le hizo pensar que, en realidad, no se refería a tirarse por la ventana —su supuesta pregunta—, sino ante la ventana, "tirársele" al acompañante.

Agregó luego que, desde entonces, comenzó a tener "sensación de asco" (arcadas).

Pudo ligar luego esta escena al recuerdo de cuatro años atrás, "Cuando mi amigo se me tiró, la sensación fue la misma".

A partir del último modelado, Rosalía entraba en las florerías preguntando si conocían "una flor que no marchita" (que resultó ser la "flor siempre viva"). Según su padre, "esto que ella pide no tiene nombre. No puede existir una flor así".

Trajo a sesión el siguiente escrito:

"Hoy me siento realmente feliz (esa palabra que tanto me asusta)

"pero lo siento y eso es lo más importante...

"a pesar de que...

"Ya sé que tengo bastantes problemas y que cada vez descubro más y nuevos, pero...

"ME SIENTO FELIZ, SOY ALGUIEN

"POR TODO LO QUE ME PASA Y QUE SON MUCHAS COSAS...

"QUÉ HERMOSO QUE ES SENTIRME ASÍ."

"(Paso por miles de lugares y veo en todos ellos la famosa FLOR SIEMPRE VIVA: pero en todos lados la estoy viendo qué casualidad, ahora que me siento tan bien, ¿no?)"¹

Rosalía se posicionaba distinta: de toparse con la muerte, pasó a ver —en todos lados— vida. Se fue distanciando gradualmente el acompañamiento terapéutico hasta darlo por concluido.

Con mucha vergüenza anunció en una sesión que comentaría algo y pidió que mientras lo hacía no se la mirase: "Ya de chiquita me pasaba esto... adonde iba sacaba cosas, casi siempre algún peso, plata".

Enlazó este recuerdo con que cuando salía y necesitaba dinero, el padre se lo negaba. "El otro día hice algo parecido...: del vestuario del gimnasio me llevé un *body* de otra".

Pasó así de sacar "*peso*"-dinero a llevarse un "*body*"-cuerpo de otra.

A esta altura del tratamiento, la paciente se alimentaba normalmente y hacía dos meses que —luego de muchos años— se le había regularizado la menstruación.

Comenzó a salir con un muchacho e hizo referencia a una carta que le escribió acerca de lo que

1. Los signos de puntuación y mayúsculas responden al escrito original de la paciente.

sentía por él. Cuando éste la leyó, puso en cuestión el contenido. El efecto fue que la paciente dejó de producir en forma escrita y, luego de distanciarse de esa persona, comenzó a decir en la mejoría que se notaba.

En las sesiones siguientes dijo estar sumamente angustiada, no querer hablar, pero tras decir esto comenzó a reírse "sin motivo", luego agregó: "Estoy muy tentada".

Se le preguntó: "¿Tentada de qué?", ...luego de una serie de asociaciones llegó a interrogarse: "Al final no sé qué es lo que me preocupa más, si el tema de la comida o el hablar de lo que sentía con él... ¿El tema de la comida o el tema de mi sexualidad?".

"Todo el tiempo me aparecía y me aparece la misma idea, las mismas ganas... Es parecido el tema de la comida con el sexual, pero no lo entiendo... Hay temas de los que no puedo hablar". Ahí es donde se interviene: "¿Y escribir?".

A la sesión siguiente trajo este escrito:

"Durante la semana me la paso CONSOLÁNDOME,
me pasé la semana COMIENDO",

y termina su producción con:

"ME HARTÉ DE ESTAR ATRAPADA EN LA
COMIDA".²

Se le dijo: "¿La comida sirve para consolar?",

2. El resaltado y subrayado se corresponde con el escrito original de la paciente.

a lo que asoció: "Yo digo que estoy nerviosa por mi cuerpo..., pero si tengo todo lo que quiero, ¿por qué estoy tan nerviosa?"

"¿Está mal querer estar sola? Le pregunto y quiero que me conteste. No sé si me interesa la gente. Me llena más la comida que la gente. Como, como y como y tengo ganas de seguir comiendo."

"Si a todo el mundo le interesa estar con gente, ¿por qué a mí no? En el momento en que como, soy feliz... Pero quiero saber por qué me siento tan incómoda con la gente."

"¿Me puede decir qué hago con mi vida? Necesito todos los días comprarme algo..., pero eso tampoco me hace bien... Gritar me hace bien... ¿Por qué será que si sé qué cosas me hacen bien, no las quiero hacer?... Es como que el estar mal es una pertenencia mía, y eso no lo voy a cambiar."

En la intervención se le preguntó: "¿Quién te pide que cambies?", a lo que respondió: "Todos me dicen lo que debería hacer yo, y precisamente yo no quiero hacer nada". Se redobló entonces una intervención anterior: "Hacer nada es una manera de hacer".

"Necesito que me conteste, ¿por qué será que quiero estar mal?", insistió al ver que no se le contestaba. Entonces agregó: "No me voy a ir hasta tanto no me conteste". Aclarándosele que la sesión había concluido, el analista se retiró del consultorio (Rosalía quedó sentada).

Posteriormente trajo la temática "querer hacer teatro" y se le preguntó: "¿Teatro?", a lo que respondió: "Usted me lo pregunta por otra cosa..."

tengo que terminar con el teatro que yo hago... Me hace acordar lo de la sesión anterior cuando lo o'ígué a que me conteste y usted se levantó y se fue. Me di cuenta de que con el teatro que hago acorralo a la gente y provooco..."

En ese preciso momento comenzó a reírse —sin saber por qué—; se le dijo: "¿Tentada y provocando?"

Asoció: "Si no tapo con la comida, tapo con otra cosa"; se refería a que sus angustias las tapaba con gimnasia (tomando varias clases diarias).

Sobre el final de la sesión comentó: "Hace tiempo que quiero un pantalón", a lo que se acotó transformando este dicho en una interrogación: "¿Quieres un pantalón?". Sonrió, dando por entendida la intervención.

"Ya de la comida me harté... pero, ¿dónde estoy yo? ¿Qué me pasa que niego lo que pienso y lo que siento?". Nuevamente irrumpió la risa: "Estoy muy tentada de la risa, se lo aclaro para que no piense mal... Quería contarle que estoy bien con el chico con el que salgo... hacía tiempo que nadie me decía cosas lindas. Ya no estoy pensando en la comida. Lo que quiero es ser diferente... antes creía que mi problema tenía que ver con la comida."

Dijo estar mal, angustiada; "...tuve relaciones sexuales por primera vez... Estar con él me sirvió... pero si un hombre me dice algo en la calle, me sigue dando asco... empecé a pensar que quiero irme de mi casa... necesito vivir con otra persona... no sé cómo hacer para irme a algún lugar... que yo haga lo que quiera y no que sea público [la

paciente estaba siendo atendida en una institución pública] y agregó: "Necesito estar en un lugar que sea mío".

"Me di cuenta de que antes creía que mi problema era con la comida, y ya me di cuenta de que mi problema es sexual."

Ése fue el preciso momento en que la interpretación dio por concluido el tratamiento en el nivel institucional.

PUNTUACIONES TEÓRICO-CLÍNICAS DEL HISTORIAL

Érase una vez una mujer que no sabía qué significaba ser mujer para el deseo de un hombre, y decidió acudir a preguntarlo a quien presuntamente podía saberlo: el médico. Le llevó su cuerpo sufriente. Dibujó en él una anatomía diferente. Recibió como respuesta la pintura de un cuadro clínico que debía organizar su síntoma según un ordenamiento de lógica médica. Una estética de la muerte, cuando ella demandaba por una ética de la vida. Deambuló por diagnósticos, pronósticos, tratamientos, denunciando constantemente la impotencia de un presunto saber. Como era su cuerpo el que gritaba, sólo un médico podría descifrar su pregunta... a condición de escucharla.

Y de su encuentro con quien decidió poner en juego su oreja, nació el psicoanálisis. Elogio entonces, de la histérica: es fundadora, pero a condición de descubrir luego su trampa (2).

Es el enigma que la histérica encarna, es su denuncia de un saber-no sabido que constituye al psicoanálisis y que aún hoy —atrás en el tiempo

de las brujas, poseídas— impone al médico realizar una nueva lectura del cuerpo.

Cuando algo no comprende, el médico lo cubre con fantasmas, lo llena de sentido.

Rosalía no es una excepción: *electroshocks*, internaciones, psicofármacos o atada a una cama del hospital son recursos de la ignorancia docta.

El psicoanalista se enfrenta así a lo indomable de la posición histórica, a un saber que nunca es demasiado, nunca le alcanza.

Lanzada a una permanente interrogación, se detiene cuando un psicoanalista se dispone a escuchar sin miedo... a la mujer.

En este sentido, transmitirle el miedo es reconfirmarle que es mala y peligrosa. Este cuidado implica que tiene un lugar para el Otro, evitando ser lanzada nuevamente al vacío. Es probable que muchos *actings* se motiven en los temores de quien dirige la cura.

La ética psicoanalítica impone no retroceder ante la psicosis, pero ¿es Rosalía una psicótica? El diagnóstico de esquizofrenia con el que llega a la consulta es relativizado, ya que si el psicoanálisis afirma que la relación sexual no existe, ella lo dramatiza.

Así nuestra contemporaneidad se nos aparece equivalente a la prehistoria del psicoanálisis. Es el discurso amo el que obtura una falta en el saber con un diagnóstico.

Las vicisitudes del recorrido terapéutico de Rosalía representan la dramática búsqueda de un lugar en el Otro, su permanente demanda de una

representación, ya que, como mujer privada del trazo que la ligue a la pertenencia a una clase, grita o calla (en su obstinado silencio) aquello que es su clamor.

Extraña de sí misma, se destina al sacrificio de un goce que la retiene en su insatisfacción.

Esquizofrenia, pues, o una posición en la que la histérica se hace hacer en su cuerpo, recorrido anatómico de la sexualidad no suficientemente amarrada a un significante que la represente, que la haga consistir, existir.

El particular recorrido de la paciente se asemeja a la insistencia de su interrogación acerca de la sexualidad.

Necesitar de un lugar que le sea propio precipita el corte de tratamiento en la institución.

Jacques Alain Miller, citando a Lacan, transcribe la escritura "para los sujetos que tienen un significante que los representa":

$$\frac{S_1}{\cancel{S}} \longrightarrow S_2$$

[...] pero el problema histórico, fundamental en la neurosis, consiste justamente en esto, que el sujeto se presenta como tal:

$$\frac{\cancel{S}}{\text{—}} \longrightarrow \text{—}$$

[...] sin su lugar significante, se presenta no sometido, rebelde a un significante, y por eso fundamental-

mente como sin hogar, o como aplastado por un hogar, voluntariamente a un costado de la humanidad (3).

Rosalía provoca y convoca a que el otro "haga", y así responde desde una particular posición subjetiva: ser objeto y, como tal, dispuesta a "ofrecerse" a la omnipotencia del otro, redoblando su insatisfacción y su supuesta "locura".

Ca., de este modo, el diagnóstico de esquizofrenia.

Incita a que el otro haga ahí donde ella aproxima su cuerpo a un borde, el del cuerpo emaciado.

Darle la posibilidad de hablar impidió la reiteración de una internación por la que reclamaban los padres. Esto da cuenta de la posición ética del analista en su oferta de escucha, recibirla, darle un lugar, lo que produjo un efecto: de la falta de un lugar en el Otro a la certidumbre de que puede encontrarlo.

Articula una dialéctica entre comer y hablar: entre el ayuno y el hacer de ello un ritual en correlación con un padre guardián de la religión. De una hija que no come y no habla... a un padre que no escucha.

Comenta que todo empezó por "una dieta", cerrando la boca en una conducta restrictiva alimentaria pero, fundamentalmente, de rechazo a la palabra. De una boca forzada a no ingerir a una boca que se esfuerza por no hablar.

Palabras entrecortadas o a medio decir insinúan, al ser proferidas o acalladas, un enigmático sentido.

Silencia aquello que la hace sufrir y esto la ubica al borde del pasaje al acto... "con *gillette*". De ahí que el recurso del modelado es pertinente en ese momento —precisamente— para poner a trabajar lo que del inconsciente está reprimido.

Rosalía hace "nada" y el analista le autentifica que eso ya es "algo", apuntando así al corazón del ser. Momento iniciático, apertura del juego del inconsciente.

Un comienzo desde la nada, desde su falta-enser... sufrimiento del que dice "es una pertenencia". Habiendo conocido el significado de la palabra "perder", anuncia "Eso no lo voy a cambiar", reconociendo así un goce al que —intuye— ha de renunciar.

Del silencio inicial asoma una pregunta cuya ecuación es para ella "goce por felicidad". La serie *jai=hija* y nombre del padre se inscribe en la anterior, en cuanto que como hija la vida le será devuelta vía el nombre del padre. Es de él que espera la vida.

El *acting out* —su intento de suicidio— es un fracaso de ese llamado al padre salvador ("de la vida" es de quien se despide en el umbral del hospital). Pero quien sí la escucha es el analista..., y convoca entonces al padre a realizar entrevistas familiares.

Pone en escena así el fracaso de su demanda ya que, si bien los médicos "la atienden", es de una atención de otro orden por el que ella reclama. Alguien que le dé una respuesta de existir para el deseo del Otro.

Aparentemente, en la familia no pasa nada. Silenciamiento de ese algo más, que sí pasa.

Al constatarse en la sesión familiar el fantasma de Rosalía de no ser nada para el padre, surge la madre como mediadora —puente entre ambos—, con las consecuencias atrapantes que esta posición conlleva.

El padre —aparentemente sordo— escucha bien y alude en su comentario respecto a la medicación que “separadas sería mejor”..., para desfallecer luego en su lugar de intermediación entre madre e hija. Insiste en no tener nada que hacer en las entrevistas familiares. De este modo, muestra cómo relanza a su hija al vínculo asfixiante con la madre: del espacio paterno al espacio materno.

En este sentido, el sueño de la muerte de la madre —la cocinera— marca un punto de viraje en la cura. Algo de la dimensión de la falta, tachado el deseo de la madre, hace surgir en Rosalía deseos propios.

El florero con flores que trae para que se lo cuide el analista se asemeja al del gráfico del esquema óptico. Ella recupera las flores —objetos libidinizados del yo— que antes estaban en la cocina, es decir ella enajenada en la cocina, comida, tragada con la papilla asfixiante de los cuidados maternos.

No sorprende entonces que luego concurra a las entrevistas más arreglada y sintiéndose mejor, alivio de la captura narcisista.

La búsqueda de “una flor que no marchita” es el encuentro con un mundo erotizado más allá de

los padres, con el hombre y su apetito sexual, ante el cual el dique del "asco" —las arcadas— muestra cómo en ella están articulados lo sexual y lo oral.

El acompañante terapéutico cae en la trampa; lo que parecía un prolegómeno a un pasaje al acto —tirarse por la ventana— queda significado por el deseo "de tirarse a un hombre".

Muerta en vida o ser un vegetal ("flaca como un espárrago y arrugada como una lechuga") es el preciso lugar que le da el padre para quien no hay "flor siempre viva" como la que ella reclama.

Lo que correspondería a un don, ella se lo debe sacar —robar— al padre (el dinero). Dirige su mirada al cuerpo de otras mujeres del gimnasio y roba un *body*. Este intento de hacerse de un cuerpo femenino, vía identificación con otras mujeres a través de una sustracción, la sume en la angustia y en un período de aislamiento.

Está en la búsqueda de su deseo; identificada con un hombre mira a las mujeres y sus *bodies*, sus cuerpos.

Y nuevamente la tentación por la comida (por el sexo) se invierte y desplaza.

Surge así la comida como "consolación" del sexo que no hay. El analista no cae en esta nueva trampa; ya que "de la comida no se trata", posibilita la emergencia del significante que representa su deseo, "un pantalón".

El corte del tratamiento en la institución —en ese preciso momento— apuntó a desbaratar los "teatros", las escenas a las que ella daba consistencia con su presunta "locura".

Dicha operación posibilitó que lo referido hasta ese momento a la alimentación quedara entre paréntesis y diera lugar a un viraje: "Ya me di cuenta de que mi problema es sexual".

La escansión del abordaje institucional señaló un corte... ¿posible comienzo de un análisis?

JUNIO DE 1989

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Freud, Sigmund: (1905) *Sobre psicoterapia*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1967.
2. Glasman, Sara: Prólogo a Lucien Israel, *El goce de las histéricas*, Editorial Argonauta, 1986.
3. Miller, Jacques Alain: *Dos dimensiones clínicas: síntoma y fantasma*, Buenos Aires, Editorial Fundación del Campo Freudiano en Argentina, 1983.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Estos escritos atravesaron los pasos que recorren toda producción: el acto solitario que implica la escritura misma, su posterior evaluación y, por último, darlo a conocer para que pase a ser de los otros... y así conformar un saber que no es más que una interrogación compartida.

De la relectura del texto surgen nuevos interrogantes, que incitan a profundizar ciertos y particulares posicionamientos subjetivos a los que la clínica nos convoca actualmente, *no para hacer de ellos una categoría clínica* sino para continuar inquiriendo a la teoría y hacer de la práctica un movimiento siempre abierto a su cuestionamiento y a la reflexión.

MARCELO HEKIER Y CELINA MILLER



ómo abordar a un paciente que a la consulta trae una queja exclusivamente anudada al cuerpo —al que dice no soportar— y al que alimenta o restringe más allá de la necesidad? Dicha interrogación es tratada en el texto con rigurosidad a fin de transmitir al lector lo que la escucha de este particular posicionamiento subjetivo enseña al psicoanalista.

*«Malestar en el cuerpo.
Uno de los nombres
del malestar en la cultura.
Si de brillos se trata
en la escena ofrecida a la
mirada de los cuerpos
armónicos...
Anorexia y Bulimia,
significantes que circulan
socialmente con insistencia,
convocan a
la palabra plena.
Los autores, en el marco
de un trabajo interdisciplinario,
testimonian su recorrido.
...¿síntomas de deseo?...
...¿deseo de nada?...
Tributarios de la enseñanza
de Freud y de Lacan se interrogan,
desde su escucha psicoanalítica.
Incitan al lector a mirar "qué
dicen" estos cuerpos en la
"otra escena".
Misterio del cuerpo del goce...
enigma del cuerpo del deseo.»*

Emilce G. Bruno

Marcelo HEKIER, psicoanalista. Docente. Becario Honorario del Centro de Salud Mental N° 3 «Dr. Arturo Ameghino», a cargo de la Coordinación del Área de Bulimia y Anorexia. Supervisor e Interconsultor en diferentes instituciones públicas. Miembro Adherente de la Escuela de la Orientación Lacaniana.

Celina MILLER, psicoanalista. Docente. Ex Supervisora del Área de Bulimia y Anorexia del Centro de Salud Mental N° 3. Ex Directora del DOPP y actual Supervisora clínica de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires.

Ambos autores dictan desde 1991 el Seminario de Posgrado «ANOREXIA-BULIMIA: Posición Subjetiva»

Paidós
Psicología
Profunda

181

ISBN 950-12-4181-5



9 789501 241815