

"CONSIDERACIONES PSICOANALÍTICAS SOBRE LA ALIMENTACIÓN Y SUS TRASTORNOS: ANOREXIA, BULIMIA, OBESIDAD. "

Código 25mlconf7 57631

Dra. Alejandra Menassa de Lucia. Psicoanalista de la Escuela de Psicoanálisis Grupo Cero. Médico Especialista en Medicina Interna. Directora del Departamento de Medicina Psicosomática Grupo Cero. Profesora del Seminario de Medicina Psicosomática de la Escuela de Psicoanálisis Grupo Cero. Coordinadora de la mesa redonda: Psicoanálisis de los trastornos de la alimentación: Anorexia, Bulimia, Obesidad. (Código 25ml57626)

Dra. Pilar Rojas Martínez. Psicoanalista de la Escuela de Psicoanálisis Grupo Cero. Médico Especialista en Reumatología y Medicina de Familia. Directora del Departamento de Medicina Psicosomática Grupo Cero. Profesora del Seminario de Medicina Psicosomática de la Escuela de Psicoanálisis Grupo Cero. Coordinadora de la mesa redonda: Psicoanálisis de los trastornos de la alimentación: Anorexia, Bulimia, Obesidad. (Código 25ml57626)

INTRODUCCIÓN A LAS FUNCIONES DE LA NUTRICIÓN.

La nutrición no es exclusivamente una función de conservación del individuo. Con el primer alimento, la leche materna, se inaugura también el goce de la boca, podríamos decir que el pecho materno "hace la boca". El niño chupa más allá de la necesidad de alimento, continua la succión, aunque ya no obtenga leche, por el placer de la boca, de chupar. Esto queda bien patente en la succión del dedo, allí no obtendrá claramente ningún alimento, pero sí un Goce.

En el ser humano no hay nada instintual, todo en el hombre es pulsional. Ni siquiera el deseo del niño está vinculado sólo con la pura y simple satisfacción natural. Así, la oralidad se convierte en lo que es. Como forma instintiva del hombre, es portadora de una libido conservadora del cuerpo propio, pero no es sólo esto. Freud se pregunta por la identidad de esta libido: ¿es libido de la conservación o libido sexual? Por supuesto, aspira a la conservación del individuo, lo que también implica la destrucción, pero precisamente, como ha entrado en la dialéctica de la sustitución de la exigencia de amor por la satisfacción, es en verdad una actividad erotizada. Es libido en el sentido propio, y libido sexual.

Cuando en el campo humano, en el campo del niño, entra la presencia simbólica de la madre, las necesidades no son simplemente necesidades sino que también son un don simbólico, un don de amor. Toda demanda tiene un doble horizonte, por un lado es del orden de la necesidad y por otro es del orden del amor, todo ello comandado, determinado, por el orden del deseo de devorar al otro o de que el otro te devore.

Lo primero que se establece en el niño es la relación entre el deseo de ser amado y las funciones de la nutrición, la etapa oral es la primera en la constitución de la pulsión.

Hay un momento del crecimiento infantil, donde todo lo que ama, se lo come, se lo mete en la boca, pero a la vez, así lo destruye, por eso la llamamos fase sádico oral, hay amor y hay odio en ese acto.

A veces vemos a niños muy pequeños en esta fase, que ven una galleta, y les encanta, se enamoran de ella, quieren enseguida metérsela en la boca, pero cuando lo hacen, ven que se rompe, que se destruye, y se ponen a llorar, porque les da mucha pena haber destruido la galleta.

Posteriormente, el deseo de ser alimentado sustituye al deseo reprimido de ser amado, y así se cronifica como estímulo específico de las disfunciones de la alimentación.

OPERACIONES DE LA FALTA DE OBJETO

Don de Amor

Don de Goce

AGENTE	FALTA	OBJETO
Padre real	Castración simbólica	Falo imaginario
Madre simbólica	Frustración imaginaria	Pecho real
Padre imaginario	Privación real	Falo simbólico

Este cuadro representa las 3 operaciones que llamamos de la falta de objeto: frustración, privación y castración. Nos habla del cuerpo como pulsional (ver cuadro). En torno a la operación de frustración se estructuraran las patologías que comprometen a la alimentación.

Esta primera relación de dependencia del sujeto con respecto a la madre está ligada a la amenaza de la pérdida de amor y no a la simple privación de los cuidados maternos, por eso que en el rechazo a alimentarse se juega una cuestión amorosa con la madre.

La alimentación es una función fisiológica necesaria para la vida, que se puede ver afectada en muchas patologías psíquicas. Además de cubrir una necesidad fisiológica, el alimento es don de amor y don de Goce. Los trastornos de la alimentación tienen que ver con esta triple vertiente del alimento como objeto de necesidad, de Goce y de amor.

En la alimentación hay una cuestión con la demanda de amor. Se sitúa en el nivel de la frustración (ver cuadro), ya que ahí es donde se juega el don de alimento, el objeto es el pecho materno, el agente la madre simbólica.

El don de amor está situado en la columna del agente, y tiene que ver no con dar el pecho, sino con quién lo da. Lo da la madre. Todo lo que recibe o rechaza un sujeto, lo recibe de alguien o se lo rechaza a alguien.

El don de Goce viene montado siempre en la necesidad, inicialmente el niño come por necesidad, para calmar el hambre, pero eso inaugura el goce de la boca, y ahí el objeto de necesidad (el alimento) adquiere esa vertiente de objeto de goce. El don de goce estaba situado en la columna del objeto, el objeto que colma la necesidad, en este caso el pecho materno: don de alimento.

En todo objeto se juegan ambos: don de amor y don de goce. Hay una doble relación con el objeto y si se afecta el don de amor, se afecta secundariamente el don de goce.

Hay una diferencia entre frustración del objeto y pérdida del objeto de amor. Hay una oposición marcada entre el objeto real (el pecho), en cuanto el niño puede ser privado de él y por otra parte, la madre en tanto puede conceder o no ese objeto real.

La madre como agente es instituida en la función de la llamada. La madre es tomada ya en su forma más rudimentaria como un objeto marcado y connotado por la posibilidad de un más y un menos, como presencia o ausencia, que la frustración realizada por cualquier cosa relacionada con la madre, es frustración de amor, y todo lo que proviene de la madre en respuesta a este llamado es don. Hay una diferencia radical entre el don como signo de amor, que apunta al amor de la madre, y por otra parte, el objeto, sea cual sea que viene a satisfacer las necesidades del niño. La frustración de amor y la frustración de Goce son dos cosas diferentes. La frustración de amor está preñada de todas las relaciones intersubjetivas que puedan constituirse. La frustración de Goce no lo está en absoluto.

Ahora veremos como se juega esta compleja relación con el alimento en tres frecuentes trastornos de la alimentación: La anorexia, la bulimia y la obesidad.

ANOREXIA

La anorexia nerviosa no es en sí misma una enfermedad, podríamos decir que es un síntoma, es decir, un indicador, una señal de la existencia de una enfermedad. La anorexia no se puede reducir a una única entidad clínica.

La anorexia es el paradigma de la distinción del deseo y la necesidad. Una función tan necesaria como la nutrición queda trastocada por el deseo. No hay instinto de alimentación, sino que hay pulsión oral y la anorexia nos lo muestra con claridad.

El paciente ha disminuido considerablemente su ingesta de alimentos, come poca comida, y está perdiendo por tanto peso de manera considerable. Pero como siempre en psicoanálisis, el síntoma nunca coincide con lo que le pasa al paciente. El síntoma en sí no es lo que debemos observar, sino que a lo que habrá que prestar la escucha, es a la relación del paciente con el síntoma, es decir, a lo que el paciente dice del síntoma. El problema de la anorexia no es la comida, como parece decírsenos al encuadrarla dentro de los trastornos alimentarios. En todo caso, la posición de la anoréxica, la lleva a tener una particular relación con el acto de la ingesta.

De esta manera, bajo la escucha analítica, se pueden distinguir tres tipos de anorexia: una anorexia histérica, una anorexia paranoica y una anorexia depresiva.

1. En la anorexia histérica, las frases que pronunciará la paciente serán similares a estas: “No como porque me da asco”, o: “Pensar en comida, me da ganas de vomitar” (los vómitos son en el alfabeto histérico una manera de expresar la repugnancia moral).

2. En la anorexia paranoica, lo que subyace es un temor paranoico al envenenamiento, que se puede expresar en la frase: “No como porque estos me quieren envenenar”, o más sutilmente: “La comida me sabe mal, creo que está en malas condiciones, pienso que me va a hacer daño, que me va a sentar mal...” Añadir que al paranoico, nunca le son indiferentes las personas que arguye, quieren causarle un daño. Por el contrario, son personas amadas.

3. En la anorexia depresiva, aparece un desinterés por toda la realidad exterior, que también se extiende a la comida. La frase sería en este caso: “No como porque no tengo ganas” “No me apetece comer” “Le he perdido el gusto a esto de la comida”. Pero si uno escucha un poco más, advertirá que el paciente en cuestión, no tiene ganas de nada, no solamente le sucede con la comida, le sucede con cada una de las acciones que debe emprender en la vida.

También señalar, que en general, en la anorexia hay una regresión a la fase oral de la libido. Las relaciones con los demás, serán establecidas en términos oral-sádicos. En esta fase, el niño se come lo que ama, pero al hacerlo así, lo destruye. Los pacientes anoréxicos aman así apasionadamente, hasta la más extrema identificación con el objeto amado (se lo comen), para luego vomitarlo, cuando el otro muestra la más mínima diferencia con ellos.

Otro factor en juego en la anorexia, y que tiene que ver con este goce de la boca, (puesto que cuando comemos, no gozamos de la comida, sino del goce de la boca), es la primera relación con la comida: con el pecho materno o con el biberón, primera fuente de comida para el bebé.

En el relato del paciente anoréxico, se observa muy frecuentemente que para ellos, sus madres eran madres rechazantes, que no mostraban ningún deseo por alimentar a sus hijos. El trastorno se situaría por lo tanto en el nivel del alimento como don de amor, no es tan importante lo que se da, sino quién lo da y cómo lo da, el agente de la operación, la madre. En la función de la nutrición están en juego la demanda materna de alimentar y la demanda del niño de dejarse alimentar. Se trata de un encuentro de demandas.

No estamos afirmando que todas las madres rechazantes generen hijos anoréxicos, puesto que el tiempo en psicoanálisis no se lee desde el pasado, sino desde el hoy, pero

si es cierto que partiendo de la anorexia ya producida, aparece éste antecedente en muchas de los pacientes.

La anorexia no es un “no comer” sino un “comer nada” y “nada” es algo que existe en el plano simbólico, por eso que en la anorexia el sujeto “come nada” que no es lo mismo que la falta de actividad. La actividad no puede faltar, la pulsión no puede faltar.

El niño frente a lo que tiene delante, la madre de quien depende, hace uso de esa ausencia que saborea. Gracias a esa nada, consigue que ella dependa de él.

Separar el placer de la boca de la comida, separar la fábrica de leche del cuerpo de la madre, separarse del pecho de la madre porque eso ya no es nada para él, ya no es su punto de sostén, es algo a lo que se niega el sujeto que está en posición anoréxica. Esta separación la posibilita la operación de frustración (ver cuadro).

Sólo si se instala la pulsión oral como placer de la boca es que el alimento es alimento, sólo cuando la necesidad de comer se instala como deseo de comer, sólo cuando la necesidad de comer se humaniza.

La anorexia no se sitúa a cualquier nivel, compromete una función ineludible para la vida. Si no como, muero. Por eso esta enfermedad tiene mucho que ver con la propia producción de la mortalidad.

Provenimos del sexo y vamos hacia la muerte, por eso que sexo y muerte se anudan irremediabilmente para siempre y ese nudo nos sostiene.

Así como el amor es lo que sostiene a la especie, el hambre es lo que sostiene al individuo, siendo los trastornos del hambre y del amor cuestiones que se juegan en la constitución de la mortalidad en el ser humano.

El ser humano no se desembarazó del sexo y de la muerte, sin embargo imaginó un truco absolutamente formidable: la huida en las enfermedades imposibles. Y como humano que es, siempre se las arregla para que todos sus trucos recaigan sobre su propia

cabeza. Uno de esos trucos es la anorexia-bulimia y sólo el psicoanálisis es capaz de desanudar cosa semejante.

A continuación, traemos un caso de anorexia infantil tratado y resuelto con psicoanálisis de la madre y una breve intervención puntual con la niña.

CASO CLÍNICO DE ANOREXIA INFANTIL.

Se trata de una paciente que nos consulta porque su hija de dos años, ha sido diagnosticada de anorexia por el pediatra. Dice que se niega a comer, que en ocasiones necesitan dos o tres horas, para que jugando, consigan darle de comer algo. Al parecer, en la guardería come algo mejor que en casa. Cuando se enfada con los padres, vomita con pasmosa facilidad la comida. Vemos una vez a la niña, está por debajo del peso esperado para su edad, pero es muy despierta y activa. Se encarama con destreza a la silla, toma un lápiz y un cuaderno de encima del escritorio y comienza a dibujar círculos. La psicoanalista le pregunta: ¿qué son esos círculos? ¿bocas?, ríe como descubierta. La niña se encuentra en plena fase oral.

Se mantienen algunas entrevistas conjuntas con los padres, en una de ellas, traen a la pequeña, cuando la madre se queda en la sala de espera con la niña, y el padre pasa al despacho con la psicoanalista, la niña comienza a llorar desesperadamente, me acerco, le acaricio la cara y le digo: no me lo voy a comer a papá, tranquila, solo vamos a hablar.

Los fantasmas de devoración característicos de la fase oral están en plena efervescencia.

Se tranquiliza y deja de llorar.

Se le indica a la madre que dado que la niña es tan pequeña, debe ser ella la que se psicoanalice. Accede a ello y nos cuenta que durante el embarazo tuvo problemas varios y que después del parto, tuvo una mastitis y grietas en los pezones, que le impedían dar

de mamar a la niña. Parece que todo esto nos habla de un rechazo inconsciente a alimentarla.

Desde que ha tenido la hija, ha dejado de trabajar, y se pasa el día en casa con ella. Está muy asustada por el diagnóstico de anorexia. Habla de la niña como si fuera un monstruo de inteligencia superior que los manipula a su marido y a ella con la comida. Es frecuente esta inversión de la dependencia en los casos de anorexia, donde los padres terminan dependiendo del hijo. En análisis se observó que el rechazo a alimentarse de la niña en realidad es sólo el reflejo a un rechazo a alimentarla de la madre.

OBESIDAD Y BULIMIA

Estudiamos juntas la obesidad y la bulimia porque en ambas hay un aumento considerable de la ingesta alimentaria, que es mayor de la requerida para mantener las actividades de la vida diaria. En este punto, ambas se contraponen a la anorexia. No obstante, no todos los pacientes obesos tienen bulimia, si muchos de ellos, ni todos los pacientes bulímicas tienen obesidad o sobrepeso. El peso final de los pacientes bulímicos depende de un equilibrio entre la ingesta de alimentos y su rechazo (vómitos) que se observa en la bulimia.

OBESIDAD

La obesidad es un serio problema de salud, no es sólo un problema estético, ya que aumenta en 12 veces la mortalidad del que la sufre e incrementa el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, como el infarto agudo de miocardio, la diabetes, el infarto cerebral, la arteriosclerosis, etc. Una persona obesa vive de promedio 10 años menos que una persona delgada.

Muchos autores consideran la obesidad la pandemia del siglo XXI (una pandemia es una epidemia a nivel mundial), es una patología que está aumentando en todo el mundo

y la prevención y tratamiento de la misma, se está convirtiendo en un problema de salud prioritario.

En España, concretamente, el 80% de la población está por encima del peso recomendado. Tendríamos que distinguir entre obesidad y sobrepeso. Para hablar de cualquiera de los dos nos remitimos al índice de masa corporal (IMC) que indica el estado nutricional de la persona considerando dos factores elementales: Su peso actual y su altura, la fórmula sería: peso actual en kg / (altura, en metros²). El IMC normal se sitúa entre 18 y 25, entre 25 y 30 se habla de sobrepeso y cuando el IMC está por encima de 30 se habla de obesidad, por encima de 45 se habla de obesidad mórbida.

Hay diferentes tipos de obesidad, está la llamada obesidad central o troncular, por ejemplo la del personaje de comic Obelix, que tiene la cintura más grande que la cadera, y la obesidad global, que sería la de las Venus de Rubens. Esta distinción es importante porque la incidencia de enfermedades cardiovasculares es mayor en la obesidad central, que por otra parte es más frecuente en los hombres. El perímetro abdominal es una medida que determina la cantidad de grasa acumulada en el organismo. Dicha medida comienza a ser de riesgo, ya que se asocia a complicaciones metabólicas como la diabetes, la hipertensión arterial, etc., cuando es superior a 88 centímetros en la mujer y a 102 centímetros en el hombre. Una persona con exceso de peso y con el perímetro abdominal inferior a estos valores presenta obesidad periférica; si es mayor, se denomina obesidad central.

Desde la medicina, se dice que las causas de obesidad son la mala alimentación, demasiado rica en grasas y en hidratos de carbono, y el sedentarismo, además de señalar que hay una base genética.

BULIMIA

La bulimia es una posición psíquica que lleva a cierta relación con la comida, de tal manera que estos pacientes se dan grandes atracones, generalmente de alimentos altamente calóricos: dulces, repostería, aperitivos tipo patatas fritas, galletas... Estos grandes festines, realizados con gran regocijo por parte del paciente, son seguidos de un intenso sentimiento de culpabilidad, que les lleva a querer borrar lo sucedido, o al menos sus efectos, y se provocan el vómito, como lo hacían los antiguos romanos, con una pluma de pavo real que estimulaba el reflejo nauseoso, estos para poder seguir comiendo.

Cuando se asocia a la anorexia (es frecuente que ambos padecimientos alternen en un mismo paciente), disminuye la gravedad de ésta, ya que los pacientes nunca llegan a la pérdida de peso extrema a la que llega la anorexia aislada.

Pero qué es lo que lleva al paciente a comer mucho más de lo que precisa para realizar sus actividades diarias, tanto en la obesidad como en la bulimia, sólo nos lo puede responder el psicoanálisis, y aunque cada caso es singular y sólo podrá saberse del deseo en juego cuando el paciente hable en el marco de la relación analítica, podemos señalar algunas cuestiones psíquicas generales que podrían jugar un papel fundamental en estas patologías.

1. El miedo a morir de hambre: Tenemos que tener en cuenta que la alimentación, como ya hemos referido, tiene una íntima relación con la supervivencia del sujeto. El hambre es fundamental para la conservación del individuo. A veces, lo que lleva al paciente a comer mucho más allá de lo necesario, es el miedo a morirse de hambre, aunque nos parezca mentira viéndolo desde fuera con sus 150 kilos, el miedo no tiene nada que ver con algo racional.

2. La bulimia como equivalente a un ataque de angustia: Los pacientes refieren con frecuencia que “comen por ansiedad” o para calmar la ansiedad. Dentro de las

manifestaciones de la neurosis de angustia, en ocasiones, en lugar del típico ataque de angustia, con nerviosismo, temblor, palpitaciones, miedo a la muerte o a la locura, etc., lo que se produce es un equivalente al ataque de angustia, en lugar de sentir angustia, el paciente come compulsivamente. Se trata de un equivalente de un ataque de angustia que cursa como ataque de bulimia.

Los ataques de angustia son explosiones de goce, aparentemente sufrientes, pero llevan al sujeto a experimentar intensas sensaciones corporales, muy similares a las del coito: taquicardia, aceleración de la respiración con suspiros y jadeos. Muchas veces el relato del paciente está lleno de metáforas sexuales: “Me **meto** unos atracones...” o “me **meto** los dedos para vomitar” “Hasta que no **sale** todo no me quedo tranquila” es un continuo meter y sacar, como si de una relación sexual se tratase.

3. El pudor y la obesidad: Hay muchas obesidades que se desarrollan en la pubertad, en algunas de ellas se observa que lo que está en juego puede ser una cuestión de pudor. Hay mujeres que engordan para esconder sus formas femeninas, como si hubiera un rechazo en ellas de su feminidad. Además, al engordar también se masculinizan, pierden pelo, como los hombres, porque en la grasa se producen andrógenos (hormonas masculinas). La feminidad en la mujer es una construcción. En los niños muy pequeños, no se ha construido aun la idea de diferencia sexual, aún observando las claras diferencias anatómicas que existen entre niños y niñas, tanto unos como otros, las niegan, ante la ausencia de pene en la niña, piensan: “ya le crecerá” o bien “es una niña mala y se lo han cortado”, todo por desconocimiento de la diferencia sexual. La niña tiene que pasar de esta sexualidad masculina, a una sexualidad femenina, producir su feminidad, pero hay muchas mujeres que en este punto, se posicionan de manera inconsciente en una negación de las diferencias. A este respecto, los atributos femeninos

y la belleza, son considerados por la mujer como una compensación de su “falta” de pene. Engordando para esconder estos atributos femeninos, también niega su feminidad.

4. **La comida como compañía:** Hay pacientes que dicen comer por aburrimiento. En ocasiones comen para estar acompañados, se hacen acompañar de la comida, como una suerte de canibalismo, de hecho algunas veces lo que comen tiene nombre de persona: magdalena, judías, galletas María, o por ejemplo cuando llamamos a nuestra pareja bomboncito, o cuando decimos está para comérselo...son todas metáforas canibalísticas de cariz amoroso.

Pero tenemos que tener en cuenta que en la fase oral de la libido, además de esta vertiente amorosa, hay también una vertiente sádica: sádico oral. Muchas veces los ataques de bulimia son ataques canibalísticos. En un caso clínico en psicoanálisis, que posteriormente desplegaremos de manera más amplia, se observó que los ataques eran siempre precedidos de una discusión con alguna persona cercana. La hostilidad surgida en esa escena, culminaba siempre en una comilona, seguida después de su correspondiente sentimiento de culpa, esta actitud nos recuerda a la del melancólico, que para vengarse del objeto perdido puede llegar en su autoagresión al suicidio.

La relación con el objeto en la bulimia nos muestra muchas veces este mecanismo: ahora te amo mucho, “te como”, y luego te rechazo, no te amo nada, te vomito. Tienen relaciones muy intensas, y en cuanto el objeto amoroso hace algo que no concuerda con lo que se espera de él, se lo expulsa, “se lo vomita”.

5. **“Yo me lo guiso, yo me lo como”:** La frase yo me lo guiso, yo me lo como tiene algo que ver con la obesidad. Proviene de un refrán español: “Como Juan Palomo, yo me lo guiso, yo me lo como” que recrimina a la persona que actúa sin ayuda de nadie y no comparte los beneficios de lo que hace. Algunos gordos podríamos decir que tienen aires de autosuficiencia: yo me lo guiso, yo me lo como, él solo lo hace todo, con sus

propias manos se lo cocina y se lo come. Es una cosa autoerótica. Muchas veces un sustituto de un acto masturbatorio (algo que produce placer, y que se realiza con las propias manos).

El niño no se sirve, para la succión, de un objeto exterior a él, sino preferentemente de una parte de su propio cuerpo, tanto porque ello le es más cómodo como porque de este modo se hace independiente del mundo exterior, que no le es posible dominar aún, y crea, además, una segunda zona erógena, que le hará buscar posteriormente las zonas correspondientes de otras personas; esto es, los labios. (Pudiera atribuirse al niño la frase siguiente: “Lástima que no pueda besar mis propios labios.”) No todos los niños realizan este acto de la succión. Debe suponerse que llegan a él aquellos en los cuales la importancia erógena de la zona labial se halla constitucionalmente reforzada. Si esta importancia se conserva, tales niños llegan a ser, en su edad adulta, inclinados a besos perversos, a la bebida y al exceso en el fumar y en el comer. En el acto de la succión productora de placer se observan los tres caracteres esenciales de una manifestación sexual infantil. Esta se origina apoyada en alguna de las funciones fisiológicas de más importancia vital, no conoce ningún objeto sexual, es autoerótica, y su fin sexual se halla bajo el dominio de una zona erógena.

Cuando el niño toma el alimento, colma una necesidad y también colma un goce, cuando ya no hay más leche, sigue chupando, por el goce de la boca, y ese chupar es tan necesario para él como el primero. No hay que retirarle bruscamente una vez que haya comido, hay que dejarle saciar ese otro hambre, el del placer de la boca. La interrupción del goce oral en la infancia produce a veces una búsqueda de ese goce en el adulto, buscando ese goce come y come, sin hambre, solo por el reencuentro con ese goce interrumpido.

6. **Ambición y obesidad:** La obesidad también puede ser una ambición desmedida, una ambición fuera de lugar, en vez de crecer socialmente y obtener logros sociales, culturales, crece a lo ancho. Sabemos también que “los kilos” es una forma de nombrar al dinero “los millones”. También existe la expresión “más ancho que largo” para expresar que uno se ha quedado satisfecho con una acción realizada, la obesidad en sí misma es un síntoma, un jeroglífico a ser descifrado, habría que ver qué frases la sustentan.

7. **Como blasón familiar:** Hay familias en las que todos o casi todos sus miembros están gordos, como si fuera parte del apellido, una marca familiar, un blasón. Las hazañas familiares, son hazañas culinarias, historias donde el abuelo se devoraba varias piezas de ganado enteras, o varias aves de corral, etc., él solito, son relatadas por cada uno de los miembros con orgullo.

Aprendemos a comer en la familia, allí adquirimos, como tantas otras cosas, una determinada relación con la comida. La obesidad fue durante mucho tiempo un símbolo de buena salud. La delgadez era considerada sinónimo de enfermedad. Enfermedades como la ptisis pulmonar (la tuberculosis) eran tan frecuentes y producían un adelgazamiento tal, que quedaron asociadas delgadez y enfermedad. Es reciente la asociación entre enfermedad y obesidad.

No ser gordo en algunas familias, es como traicionar la manera familiar, traicionar el amor materno. No debemos perder de vista la vertiente del alimento como don de amor. El gordito de la familia es el preferido de mamá, el mejor filete de la casa es para él. Si queda un solo dulce, se le guarda a él. Dejar de comer es rechazar el amor de la madre, por eso tan difícil para el obeso comer lo necesario, siempre hay un demás, ese demás que ya no es para cubrir la necesidad, sino que es demanda amorosa. “Si ya no me mimas mi mamá, me tendré que mimar yo”.

8. La pulsión de muerte en la obesidad: Uno de los problemas frecuentes que refieren los pacientes obesos, es que no pueden parar, no saben parar, poner el punto y final, levantarse de la mesa. El goce humano es un Goce finito, se goza de comer y se goza de interrumpir el comer. Eso que interrumpe el comer, es la pulsión de muerte. Parece que en el obeso la pulsión de muerte tuviera una entrada tardía. Como si no se supiera disfrutar del Goce de la renuncia. Hay un goce en comer, que es efímero y que cuando se acompaña de un exceso, alimenta, no sólo el organismo, sino también el sentimiento de culpa del sujeto, y hay un goce de la renuncia, donde se goza de la interrupción, es mucho más duradero, y produce una satisfacción de otra índole, un aumento de la autoestimación por haber conseguido renunciar a aquello que sé que, aun siendo necesario, en su exceso, me lleva a la enfermedad.

9. La obesidad y la fantasía de embarazo.

La investigación sexual infantil es comandada por la pregunta ¿de dónde vienen los niños? Dependiendo de la fase de constitución libidinal en la que se halle el niño, intentará unas u otras respuestas. Tenemos que tener en cuenta que hay un momento donde desconoce la diferencia sexual y el acto del coito, así como la relación de este acto con la procreación. Si está en la fase oral de su constitución psíquica, una de las teorías sexuales infantiles que desarrolla es la de que los niños se producen comiendo: “mamá ha quedado embarazada por algo que ha comido”. La importancia de la boca como zona erógena en esta fase, determina el contenido de las teorías sexuales del infante para explicar la procedencia de los niños. Además, algunos de los cambios del embarazo son similares a las modificaciones corporales que produce la obesidad. Como ya sabemos, en la obesidad del adulto y en la bulimia hay una regresión a la fase oral del desarrollo pulsional y, por tanto, una vuelta a estas fantasías inconscientes, de tal

manera que engordar puede ser para algunas mujeres adultas un sustituto inconsciente del embarazo.

Ilustraremos algunas de las cuestiones expuestas con un caso clínico de bulimia.

CASO CLÍNICO DE BULIMIA.

Se trata de una paciente mujer, de 35 años, consulta por sus dificultades en relacionarse con el sexo opuesto, desde el primer día plantea también un problema de sobrepeso. Refiere haber estado siempre a dieta por su tendencia a engordar. Conoce perfectamente las características de una dieta sana, que es la que realiza habitualmente. Con frecuencia esta dieta se ve interrumpida por ataques de bulimia, en los que come desafortunadamente hasta el hartazgo. En ocasiones vomita, pero no siempre que comete un exceso de este tipo.

Después de unas cuantas sesiones se vislumbra la mecánica de los ataques. Son pequeñas venganzas. Los ataques, que consisten en la ingesta de alimentos hipercalóricos como chocolate, patatas fritas, bollos; desterrados de su dieta en toda otra ocasión, se preceden siempre de una discusión o de una decepción con una persona cercana. La rabia hacia esa persona se revela en el “banquete totémico”, en lugar de vengarse de aquel hacia quien siente hostilidad, se venga sobre sí misma. No es comida lo que come, sino que “se come al otro”, “me lo comía” es una expresión que puede hablar de hostilidad o de amor. Esta venganza, como sucede en la estructura melancólica, se dirige al objeto, pero recae sobre el sujeto.

Esta paciente tiene la particularidad de que estos ataques son a la vez sustitutivos del coito, no sólo realiza en ellos su venganza, sino que siente intenso placer en la ingesta, aunque después venga sin piedad, la culpa. El síntoma tiene esa doble vertiente amorosa y hostil. Su jefe, que la corteja, es el objeto muchas veces tanto de su hostilidad como de

su amor, y una discusión o disgusto con él está implicado en numerosas ocasiones como desencadenante de los ataques.

Podemos añadir que, además, la dificultad de la paciente para mantener relaciones con el sexo opuesto, tiene mucho que ver con esa detención en la oralidad. Una satisfacción sexual oral que sustituye a una satisfacción sexual genital.

Uno de estos ataques de bulimia ocurre de la siguiente manera: Un día la paciente llega a sesión diciendo: “hoy estoy mal físicamente, me he caído”. El psicoanalista escucha esta caída como significativa. ¿Cómo sucedió?, se le pregunta.

Todo se desarrolló de la siguiente manera: La paciente se enfada con una de las compañeras de trabajo, porque ella murmura con los otros compañeros acerca de la existencia de posibles relaciones sexuales entre ella y su jefe (eso le molesta especialmente, dada su dificultad precisamente para ello). Sale del trabajo y se dirige a hacer la compra. Compra patatas fritas, chocolate, todos los alimentos prohibidos, y mientras los compra, piensa (esto sólo lo recuerda en la sesión, lo había olvidado): “Pues ahora te jodes, que yo me voy a dar un homenaje” (piensa en su compañera de trabajo). Saliendo del supermercado, se resbala y se golpea muy fuerte una rodilla, la cual le duele mucho ahora.

Aquí se ve claramente que el acto de comer es un acto prohibido (en su doble vertiente de sexual y hostil), que merece ser castigado. Es como si la paciente hubiese pensado: “Si me castigo antes de realizar el acto prohibido, luego podré realizarlo sin culpa”.

Esta paciente ha conseguido en psicoanálisis, no sólo reconocer los determinantes inconscientes de sus ataques, sino que estos hayan prácticamente desaparecido, cuando alguien le produce hostilidad, busca otras maneras de arreglárselas con eso. Está comenzando un acercamiento al sexo opuesto impensable para ella hace unos meses.

BIBLIOGRAFIA

1. La Neurastenia y la Neurosis de Angustia (1894). Obras completas de Sigmund Freud. Traducción de Luis López Ballesteros. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid 1996. pág. 183-198.
2. Crítica de la neurosis de angustia (1895). Obras completas de Sigmund Freud. Traducción de Luis López Ballesteros. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid 1996. pág. 199-208.
3. Tres ensayos para una teoría sexual (1905). Obras completas de Sigmund Freud. Traducción de Luis López Ballesteros. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid 1996. pág. 1169-1194.
4. Teorías sexuales infantiles (1908). Obras completas de Sigmund Freud. Traducción de Luis López Ballesteros. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid 1996. pág. 1.262-1.271.
5. Introducción al Narcisismo (1914). Obras completas de Sigmund Freud. Traducción de Luis López Ballesteros. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid 1996. pág. 2.017-2.034.
6. Las pulsiones y sus destinos (1915). Obras completas de Sigmund Freud. Traducción de Luis López Ballesteros. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid 1996. pág. 2.039-2.052.
7. Duelo y Melancolía (1915). Obras completas de Sigmund Freud. Traducción de Luis López Ballesteros. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid 1996. pág. 2.091-2.100.
8. Más allá del principio del placer (1919). Obras completas de Sigmund Freud. Traducción de Luis López Ballesteros. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid 1996. pág. 2.507-2-541.

9. Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia sexual anatómica. (1925).
Obras completas de Sigmund Freud. Traducción de Luis López Ballesteros. Ed.
Biblioteca Nueva, Madrid 1996. pág. 2.896-2.903
10. El Seminario de Jacques Lacan. Seminario 4. La relación de objeto. Ediciones
Paidós. Buenos Aires, primera reimpresión 1998.
11. El Seminario de Jacques Lacan. Seminario XI. Los cuatro conceptos
fundamentales del psicoanálisis. Ediciones Paidós. Buenos Aires 1999.
12. La anorexia: Una cuestión a la mortalidad. Díaz Cuesta, Amelia. Revista
Extensión Universitaria N° 16 Editorial Grupo Cero.
<http://www.extensionuniversitaria.com>
13. Anorexia: ¿"yo no tomo" o "yo no suelto"? Díaz Cuesta, Amelia. Revista
Extensión Universitaria N° 89. Editorial Grupo Cero.
<http://www.extensionuniversitaria.com>
14. La vida vive en la pulsión. Díaz Cuesta, Amelia. Revista Extensión Universitaria
N° 121. Editorial Grupo Cero. <http://www.extensionuniversitaria.com>
15. Anorexia I. Menassa de Lucia, Alejandra. Revista Extensión Universitaria N°
25. Editorial Grupo Cero. <http://www.extensionuniversitaria.com>
16. Anorexia II. Menassa de Lucia, Alejandra. Revista Extensión Universitaria N°
26. Editorial Grupo Cero. <http://www.extensionuniversitaria.com>
17. Anorexia III. De cómo ciertas concepciones teóricas llevan a errores prácticos.
Menassa de Lucia, Alejandra. Revista Extensión Universitaria N° 28. Editorial
Grupo Cero. <http://www.extensionuniversitaria.com>
18. Anorexia IV. Menassa de Lucia, Alejandra. Revista Extensión Universitaria N°
29. Editorial Grupo Cero. <http://www.extensionuniversitaria.com>

19. Anorexia. Menassa de Lucia, Alejandra. Revista Extensión Universitaria N° 90.
Editorial Grupo Cero. <http://www.extensionuniversitaria.com>
20. La obesidad. Menassa de Lucia, Alejandra. Revista Extensión Universitaria N°
89. Editorial Grupo Cero. <http://www.extensionuniversitaria.com>