

ALIMENTANDO EL SELF DESDE LA INTERSUBJETIVIDAD: UN CASO DE ANOREXIA NERVIOSA DESDE UNA MIRADA RELACIONAL

“El yo de la persona es la historia de muchas relaciones internas... No existe un fenómeno mental unificado al que podamos llamar yo.... Los conceptos de sí mismo deberían referirse a las posiciones o puntos de vista desde y a través del cual percibimos, sentimos, observamos y reflexionamos sobre experiencias distintas y separadas en nuestro ser. Un punto crucial de la visión, llega a través del otro que nos experimenta.” – Bollas (1987).

Ps. Isadora González

Conocí a Alondra un día en una intervención familiar, convocada por su diagnóstico, anorexia. Como parte del equipo de desorden alimentario en una organización pública, en un contexto donde impera lo psiquiátrico, yo participaría de esa intervención como espectadora, y estaría a cargo de su psicoterapia individual.

Mi primera impresión de Alondra, es que pasaba desapercibida en la sesión; nunca habló espontáneamente ni cambió su expresión facial, vestía de negro, usaba una cola baja de caballo y escondía sus manos entre las piernas, parecía estar fuera del ambiente de la sesión, donde el tono era compartido por los otros miembros. Mis temores surgieron, pensando en cómo llevaríamos esa comunicación en un espacio individual, donde la paciente evidenciaba intención de no comunicar, sólo mantenía su rígida postura corporal y cara de póker. Inevitable pensar en un self coartado de lo libidinal, desde un lado más destructivo, pulsión de muerte (Rosenfeld, 1971).

Alondra era mi última paciente de la semana. La paciente asiste puntual a la hora, tocando la puerta un minuto antes de la hora acordada. Su expresión y vestimenta no cambió mucho desde que la conocí en aquella intervención. La historia de Alondra posee características particulares, que irán dando guías esenciales en el proceso de conocerla y entenderla (o eso creí); tenía una gemela, ella y sus dos hermanos habían sido diagnosticados con trastorno de conducta alimentaria, tiene descendencia de pueblos originarios y tienen de una condición socioeconómica escasa.

Cuando intento conocer a Alondra, parecía no tener mucho que contarme; a sus 21 años, no estudia ni trabaja, no cuenta con amigos, ni refiere tiene mayor interés por nada, sólo sabe lo que le desagrada su cuerpo, le da fobia estar con más gente y que la vean, predominando un aplanamiento afectivo en su relato. Me dice que le gustaría trabajar en su inseguridad. La descripción que hace de sí misma es muy breve y demuestra gran dificultad al hacerla, refiere que todo lo que hará o dirá de ella será *“estúpido e irrelevante”*. Contra transferencialmente, me sentía bloqueada, y pensaba en la dificultad que existiría para crear el vínculo.

Al conocer a un paciente, prima la persona antes que su diagnóstico; quién es, sus motivaciones y su percepción sobre el mundo, sin embargo, con Alondra era muy difícil para ella hablar de sí misma. Fue ahí cuando me percaté que había algo de lo que ella sí tenía como presentación y si me podía contar: su anorexia. La figura de este diagnóstico tiene un rol de sujeción del sujeto y la comida, donde hay un sometimiento de la persona al no sentir, por ende, ceder en su totalidad a la anorexia (Heiker y Miller, 2013).

1.- Rosenfeld, 1971

2.- Heiker y Miller, 2013

• Psicóloga: psisadoragonzalez@gmail.com

Comenzamos a historizar el curso de su vida con este trastorno, y a pesar de que tenía eventos complejos, no le era difícil hablar de ellos tanto como lo era hablar de sí misma, al igual que siempre, carecía de tono afectivo. Cada vez me fue contando más detalles de ella y su familia; como cuidaba a su hermana gemela ante diversos intentos de suicidio, cómo la invalidó una psiquiatra infantil sobre su anorexia a sus trece años, cómo su madre no pudo ver sus problemas en la conducta alimentaria, que incluso su hermana tuvo que rogarle que la llevaran al médico, pesaba 36 kilos. Parecía ser que, en este hogar, no había espacio para estar mal, y se valoraba al individuo en base a su bienestar y no dar problemas. Un continuo de invisibilizaciones y anulaciones históricas, dónde todo lo de ella, nuevamente, es estúpido y sin importancia, confirmándose su mantra. Alondra estaba sola y sin poder sentir, tal como la analogía de Petrucelli (2015) “Como sirenas en busca de un mar, amantes en busca de una Madame, o Medusa en busca de un hombre, los pacientes con trastornos alimentarios siguen siendo míticamente perseguidos y psíquicamente solos” (p.14). Parecía imposible penetrar ese mundo árido y difuso de su aparato psíquico.

Íbamos avanzando en las sesiones, hasta que Alondra me dice la vergüenza que le da que la conozca tanto, *“siento que no valgo como persona, para qué importarme tanto”*, esto tras confesarme dubitativamente como se sentía frente al hecho de hablar de ella. Esto fue unos de las primeras veces que Alondra devela algo de cómo se siente – *que tiene la capacidad de sentir* -, lo que le atemoriza mucho, ya que para ella sentir es señal de debilidad.

Cuando los afectos de los pacientes son separados por un miedo inconsciente de que su experiencia será insoportable, terminar viviendo una existencia marginal. Nuestros pacientes con trastornos alimenticios luchan con su terror subyacente de la relación interpersonal, que a menudo se ve oscurecida por sus síntomas. (Petrucelli, 2015, p.14)

Llega la siguiente sesión, lo primero que me comenta es que vomitó, cosa que no pasaba hace un año. Pude sentir el terror de Alondra. que le implica sentir, de *sentirse viva*.

Tras develar la purga, me dice que es su forma de no dañar a los demás con sus emociones, como lo tuvo que hacer cuando tuvo que ser madre de su madre. *“Mi mamá me exige que la cuide, y me culpa por no estar. Al principio era por obligación, después sólo acostumbamiento. No me permití llorar... no como, para no sentir nada”*. Alondra no sabía lo que era ser sostenida en una existencia que siente, sufre, llora o ríe, y este primer reconocimiento tácito de dolor, era la clave para mostrar que puede ser sostenida por un otro, en un campo que estábamos co-construyendo en la intersubjetividad.

Hasta ese momento, resonaba en mi como terapeuta un fuerte impacto contra transferencial, el cual oscilaba entre; por una parte, yo sentirme desvitalizada, incapaz de movilizar ni animar a Alondra, dónde incluso encarnaba su temor ante mi corporalidad y agencia en sala. Su objeto era su propio cuerpo y la negación de la alimentación, perdiéndome a mi en la relación como sujeto (Petrucelli, 2015). Por otro lado, una gran demanda de ser un ser, con quién ella se experimentó más cercana a un objeto deseante y vitalizado. Como terapeuta, probablemente fui depositaria del terror que tuvo que haber significado para Alondra, por ende, crecía la distancia y probable rabia que le generaba la apertura. Según Petrucelli, “los trastornos de la conducta alimentaria le hablan a una pérdida de fe en la fiabilidad de la relación humana. Las palabras fallan en estas pacientes, y su confianza en la fiabilidad del otro se rompe” (p.16). Sin embargo, estábamos creando a través de estas oscilaciones una prueba ante la posibilidad de humanizarse, y poder creer en otro. A estas alturas, mi contra transferencia con Alondra era mucho más empática y cercana, intentando conocer sus intenciones y sentimientos (Coelho, Figueiredo, 2003), ahora veía a una mujer que de niña quiso desaparecer para no perturbar a otros con su existencia dolorosa, que no pudo tener a una madre lo suficientemente buena, para sostenerla en su comprender de la realidad y simbolizar su fantasía (Winnicott, 1971). Ser un objeto inanimado, lo que en la anorexia se puede ver que el deseo y el sentir, se buscaría descargar en otro objeto, no un significante (Heiker y Miller, 2013). Como define Petrucelli, “los trastornos de la conducta alimentaria, principalmente la anorexia, en su núcleo son trastornos del deseo, donde el querer, el anhelo, el hambre y la vulnerabilidad de alcanzar el apetito hacía el “mundo de los demás”, ha sido subvertido” (p.14).

La siguiente sesión, trae un llavero de manualidades que hizo, me comenta que hace dos años le gustaba mucho hacer este tipo de

3.- Petrucelli, 2015, p.14

4.- Coelho, Figueiredo, 2003

5.- Winnicott, 1971

6.- Heiker y Miller, 2013

cosas, pero que no sabía por qué lo había dejado. Mucho menos porque lo hizo ahora, pero le gustó. ¿Alondra se estaba permitiendo sentir?

Van sesiones en que me va contando de situaciones que ha vivido, miedos y las posturas que ha tomado, muchas en torno a asumir sobre hechos, así no pensar. *"Pueden hacer lo que quieran conmigo, ese es el trato que merezco, no valgo como persona"*. Refiere que su percepción corporal ha empeorado, que se siente de peor ánimo y no le está funcionando el control que ha ejercido toda su vida. Se están enfrentando múltiples self de la paciente; quién no siente, quién se está conectando, quien rechaza los vínculos, etc, en una lucha de poder comprenderse, generando una confusión y profundo malestar en Alondra. La acompaño en este sentir, intentando comprender juntas qué va pasando e ir simbolizando, dando una forma a su experiencia. Es una capacidad única del sujeto poder ser auténtico y precavido a la vez, en cuanto los aspectos del self, los que tienen la cualidad de ser una unidad y partes separadas a la vez (Bromberg, 1996), dando sentido global a la experiencia, y defendiendo de las amenazas al aparato psíquico. A escasos momentos que terminara la sesión, me pregunta, con mucho nerviosismo, *qué opino yo de ella*. Por un momento, dude mucho mi respuesta, principalmente por interferir en la no develación de mi como terapeuta. Sin embargo, era el primer momento en que Alondra abría un espacio para *nuestro* espacio. Le devuelvo la pregunta, en cuanto qué creía ella que yo pensaba/sentía. Alondra se sorprende y me responde que quizás sentía que ella era muy nerviosa y que se contradecía, pero que no sabe si yo tengo que estar ahí con ella, sólo porque era mi trabajo. Se cuestiona si me aburre. En ese momento, hago develación de lo que era el espacio terapéutico para mí como su analista; que me preocupaba por ella y que quería seguir conociéndola y entendiendo su historia con ella, acompañándola en su proceso. Observo que Alondra está perpleja, por lo que le devuelvo la pregunta, que qué era este espacio para ella. Con mucha timidez me responde, *"ha sido un proceso muy interesante, nunca había pensado en mí, o creído que tengo un lugar... Me da tranquilidad e intento saber qué piensa de mí. Me importa. Sé que pongo muchas barreras, y a pesar de que me genera mucho malestar hablar de mí, con usted me siento tranquila..."*. Agrega que se cuida de no tocar ciertos temas, uno en particular que no hablará y nadie sabe, pero ya hay un secreto del secreto que no habla en nuestro espacio. Destaca en esta declaración, que tiene mucho miedo de vincularse conmigo, y que yo me tenga que ir. Alondra muestra el miedo que siente al perderme como sujeto –dejo de ser objeto de equipo de médicos–.

En sesiones posteriores, refiere malestar y que se ha cuestionado si todo esto funciona, o si realmente estará molestando al equipo con su presencia. A la siguiente, llega arrepentida por dudar de nuestro proceso, que se da cuenta que, por primera vez, está sintiendo y expresando, cosa que le era impensable hace unos meses. Ha tomado distancia de esta simbiosis y dependencia de la madre, así como también, ya no le cuenta sobre las sesiones que vamos teniendo, a pesar de la insistencia de esta. Pareciera ser que Alondra cuida este espacio, donde puede ser ella, sin exigencias, ni ser objeto. Al finalizar una de nuestras horas, me pide escuetamente algún consejo de como relajarse en situaciones con más personas, lo vemos rápidamente. La siguiente sesión, me comenta que fue sola a un evento de papelería, y a pesar de la angustia que le generaba, logro entrar y quedarse ahí. Lo pasó bien, y pretende hacerlo de nuevo.

Tras la sesión en la que hablamos del vínculo y el espacio terapéutico, todo cambió. Alondra sentía que se podía enojar, sentir y fallar, así como también cuestionarse de mí y la continuidad de experiencia que estaba surgiendo. Hay un espacio en que ella puede simbolizar experiencias previas, que no tenían tono afectivo, y finalmente puede otorgarle una sensación o sentimiento a algo que se había vivido casi como ajeno. La experiencia de esta terceridad, de estar creando un espacio particular y su importancia y reconocimiento por otro, queda claro una sesión que le digo que no podré verla la próxima semana por una capacitación, y ella genuinamente me pregunta de qué era, muy interesada. El reconocimiento de otro, puede llevar a distintos destinos, desde el colapso, a la creación de un self y sentido de integridad coherente y vivo (Gerson, 2010).

El poder considerar a otro en la creación y continuidad de la existencia, es la condición esencial para vivir. Nos creamos a partir de otro, y tal como planteaba Benjamin (1995) en el proceso de la vinculación y pensar en la separación, se pueden pensar y surgir nuevas formas de estar juntos y de relacionarnos, así como distintas formas de terceridad, un espacio y contexto creado para estas nuevas posibilidades de existencia (Harris, 2010).

7.- Bromberg, 1996

8.- Gerson, 2010

9.- Harris, 2010

Bibliografía

- Benjamin, J. (1995). *Like Subjects, Love Objects*. New Haven: Yale University Press.
- Bollas, C. (1987). *The Shadow of the Object: Psychoanalysis of the Unthought Known*. Nueva York: Columbia University Press.
- Bromberg, P., (1996) Standing in the Spaces: The Multiplicity of Self and the Psychoanalytic Relationship. *Contemporary Psychoanalysis*, 32, pp. 509-535.
- Coelho, N.E., Figueiredo, L.C. (2003) Patterns of Intersubjectivity in the Constitution of Subjectivity: Dimensions of Otherness. *Culture & Psychology*, 9(3), pp. 193-208.
- Harris, A., (2011) The Relational Tradition: Landscape and canon. *J Am Psychoanalytic Association*, 59 (4), pp. 701-736.
- Heiker, M., Miller, C., (2013) *Anorexia-bulimia: deseo de nada*, Buenos Aires: Paidós.
- Gerson, S. (2009). When the third is dead: Memory, mourning, and witnessing in the aftermath of the Holocaust. *International Journal of Psychoanalysis*, 90, pp.1341–1357.
- Mitchell, S. (1991) Contemporary Perspective on Self: Toward an Integration. *Psychoanalytic Dialogues*, 1(2), pp. 121-147.
- Petruccioli, J. (Ed.). (2015) *Body- States: Interpersonal and Relational Perspectives on the Treatment of Eating Disorders*. New York: Routledge.
- Rosenfeld, H. (1971) Aproximación clínica a la teoría psicoanalítica de los instintos de vida y muerte. Una investigación de los aspectos agresivos del narcisismo. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 52 (2), pp. 169-177.
- Winnicott, D.W. (1971) *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa.