

Videofórum Quipú 2010.
Ciclo En terapia (In Treatment)
El caso Sophie

Estela Arriagada

El caso Sophie nos impacta por el desvalimiento que muestra su protagonista y al mismo tiempo nos abre las puertas a plantearnos cuestiones técnicas y metodológicas alrededor del diagnóstico del caso y el consecuente abordaje terapéutico.

Quisiera empezar por centrar las cosas desde el momento evolutivo de la paciente que es la adolescencia.

El marco adolescente en Sophie

La crisis de la adolescencia es una crisis narcisista que compromete tanto a la pulsión como al narcisismo, al yo corporal y a la pulsión de muerte.

Uno de los factores que más claramente se aprecia en la adolescencia es el retraimiento de la libido que se orienta hacia el propio yo produciendo una corte de síntomas: los habituales trastornos orgánicos, las alteraciones del sueño y la reactualización de algunas características de la vida anímica infantil como son la omnipotencia de las ideas y la sobreestimación del poder de los propios deseos. Hay pasajes en los capítulos que hemos visto de esta serie que permiten observar esta reactualización en Sophie.

Por otro lado, sabemos que en la adolescencia se produce una reedición del complejo de Edipo que sólo se resuelve mediante la intervención inexorable del tabú del incesto lo cual conduce a la ruptura generacional y a la liberación de la autoridad de los padres. Pero la metamorfosis corporal que se produce en este momento supone, desde el punto de vista pulsional, una excitación somática difícil de procesar psíquicamente. Esto evoca, al mismo tiempo, los fantasmas y recuerdos de carácter libidinal referidos a la sexualidad infantil pregenital, evocación que no está exenta de la vivencia de angustia. También en la relación de Sophie con sus padres se nos hace visible esta reedición del Edipo.

Además, como consecuencia del derrumbe narcisista se produce una pérdida del sí mismo en tanto unidad imaginaria, produciéndose el comienzo de la diferenciación entre el yo actual y el Yo Ideal. La libido se desplaza de uno a otro y cuando esta partición se vive como un desdoblamiento, se procura restaurar el narcisismo mediante la relación con objetos que operan como un doble en tanto representan el ideal asumiendo entre otras cosas, el antiguo vínculo con la madre. En estas condiciones lo que se ama – dice Freud - es aquello que supuestamente posee la perfección que le falta al yo para alcanzar el ideal. Mientras más valioso sea el otro, tanto más valioso resultará el propio yo. En este escenario parece ubicarse la figura del entrenador de Sophie.

Si desde lo anterior el doble cumple una función defensiva contra la despersonalización, al mismo tiempo y sobre todo cuando el desdoblamiento se encarna en el sí mismo, representa una amenaza para la integridad del sujeto por cuanto simboliza también todo aquello que el sujeto rechaza porque no lo puede asumir. *“Por fin la he matado”*, dice Sophie después de su intento de suicidio.

El proceso de resolución de esta encrucijada es complejo. Supone la aceptación del cuerpo real que conduce a la sustitución del yo ideal por el Ideal del Yo, la remodelación de la propia imagen que guía la identificación y la configuración del objeto del deseo.

El fracaso de este proceso se traduce como patologías del narcisismo y actuaciones destinadas a exorcizar al doble mortífero. De este modo, el fantasma adolescente de morir como niño para renacer como adulto autónomo pasa al acto. Es el caso, entre otros, de los trastornos de alimentación y de los intentos de suicidio. En mi opinión es aquí, en este momento, donde se sitúa el caso Sophie.

La anorexia en Sophie

Podría decirse que según el DSM IV el caso de Sophie se trataría de una anorexia de tipo purgativo. En la paciente se observan algunas de sus manifestaciones somáticas: Miedo a engordar, alteración de la imagen corporal, negación de la perturbación, exigencia y perfeccionismo consigo misma.

A diferencia del DSM IV que la considera una entidad nosológica en sí misma, la clínica psicoanalítica permite observar que hablar de anorexia es hablar de un síndrome que se puede desarrollar en distintos cuadros psicopatológicos y en distintas estructuras de personalidad y que es necesario entender como un proceso.

Hay que decir, sin embargo, que suele presentarse en personalidades histéricas u obsesivas y enmascara, en la mayoría de los casos, cuadros depresivos de gravedad variable.

Si la pensamos como síntoma, la anorexia se acerca a la conversión histérica. La diferencia reside en que en la histeria se genera una anatomía imaginaria aunque afecte a las funciones del cuerpo mientras que en la anorexia el cuerpo resulta comprometido en su dimensión real. En este sentido se trata de una patología del acto: se hace lo que no se puede decir.

De lo que no cabe duda es que el común denominador de las configuraciones subyacentes es la profunda vulnerabilidad narcisista de la adolescencia.

La motivación que impulsa la conducta restrictiva o purgativa se desencadena a partir de una absoluta predominancia del sistema narcisista vinculado a un atributo corporal que encarna un estereotipo de género o funciona como una cualificación imprescindible para una actividad como es la gimnasia en el caso de Sophie.

Por todo ello pensamos que en ella la anorexia se presenta como un fracaso en la resolución de la crisis adolescente.

Sabemos que la oralidad remite a las relaciones de objeto o a los vínculos de apego y puede manifestarse como deseo de ser querido y apoyado.

Sophie se autocontempla con mirada vigilante y acusadora porque se encuentra habitada por una imagen de sí misma con rasgos de hambrienta y descontrolada al tiempo que intenta desesperadamente alcanzar el ideal de control y eliminación de sus deseos sexuales, expresados en el lenguaje de la pulsión oral. El hambre ha sido siempre una metáfora cultural de la sexualidad. El terapeuta de Sophie así se lo interpreta.

Ya Freud había dicho en 1895 que *“la neurosis alimentaria paralela a la melancolía es la anorexia”*. Y agregó: *“La tan conocida anorexia nerviosa de las adolescentes me parece representar tras detenida observación, una melancolía en presencia de una sexualidad rudimentaria”*. Esta observación de Freud fue confirmada a posteriori por diversos autores que encuentran que entre los factores desencadenantes se encuentran las separaciones o pérdidas de distintos tipos. Más concretamente, en muchos casos de anoréxicas los historiales clínicos dan cuenta de una relación intensa y ambivalente con la madre que se fractura por causa de algún tipo de abandono.

En la medida en que no se elaboró el duelo de una modalidad de relación primaria con el objeto, se instala el principio de placer-displacer sobre el de realidad. La problemática narcisista se articula con un duelo imposible de elaborar y con la angustia de separación vivida como pérdida irreparable. Podría decirse que Sophie vuelve a la fase de reaceramiento del proceso de separación- individuación: se aferra a la madre y al mismo tiempo lucha por liberarse de ella. Esta regresión le ofrece vivencias de autodeterminación y también lo opuesto: el mantenimiento de la diada omnipotente. Ambos aspectos estarían representados en Sophie a través de la relación con la madre real y con la que establece con la madre sustituta en la que quisiera que se constituya la mujer de su terapeuta.

En el caso de Sophie como en el de toda anorexia, el fracaso del proceso simbólico de separación mantiene al yo en una fusión imaginaria con el objeto por lo que, el superyo, en lugar de dirigir el odio hacia el exterior para separarse, lo orienta sobre el yo que, en virtud de la regresión narcisista vuelve a ser un yo corporal. Al mismo tiempo que busca deshacerse de una feminidad conflictiva, el cuerpo se separa de la relación con el otro indiferenciado (la madre) mientras intenta destruirlo como único medio de una separación que no puede lograrse de otro modo,

Pero en Sophie el significado del síntoma alude, por un lado, a la relación temprana con la madre – en cuanto que despliega la problemática de la oralidad –y, por otro, al pasaje fallido por la situación edípica en tanto la actualización del erotismo oral que retorna de lo reprimido en el síntoma, es el resultado del desplazamiento de una genitalidad que no puede asumirse. Sophie quiere escabullirse de ella. *“Es cosa de chicas- dice- estar sin estar”*. Recortando el cuerpo se recorta el goce, este es su posicionamiento frente a la feminidad.

Los padres de la anoréxica y los padres de Sophie

Mara Selvini dice que no existe la familia de la anoréxica y se inclina hacia el tratamiento de la dimensión individual y personal de la paciente y sus padres. Salvador Minuchin, por el contrario, describió cinco características básicas en las familias de las anoréxicas y ninguna de ellas favorece el desarrollo de la autonomía: indiferenciación, sobreprotección, rigidez, evitación del conflicto y resolución pobre cuando éste se desencadena e intervención de la adolescente en los conflictos de la pareja. Aunque algunos de estos aspectos son observables en las sesiones, nos faltan datos que relacionen la situación actual con la historia en la familia de Sophie.

La madre dominante y controladora de la anoréxica es considerada causa o efecto del trastorno alimentario. Kaplan sostiene que la ambivalencia de la relación entre madre e hija se desarrolla con frecuencia, sobre el fondo depresivo de la madre y de su imagen negativa de la feminidad. A partir de allí, el narcisismo de la hija estará marcado por la insatisfacción crónica y la ambigüedad. Después de la separación de sus padres Sophie dice permanecer con su madre *“porque estaba deprimida”*.

En la anorexia también se observa que, como consecuencia de estas dificultades, pasa al primer plano una vinculación privilegiada con el padre que carece de la calidad estructurante de la relación paterna., ya que, en realidad, es un contra-investimento defensivo de la relación con la madre.

En general, el padre de la anoréxica parece poco comprometido con la vida familiar pero puede presentar una actitud contra-edípica favoreciendo a la hija frente a la madre lo que confiere a la relación una fuerte tonalidad incestuosa. Es lo que se observa en la relación entre Sophie y su padre. Éste no garantiza claramente el respeto al tabú del incesto. Erotiza en su mensaje el cuerpo de la hija ofreciéndole la fantasía de ser un cuerpo deseable para su objetivo fotográfico. En ella, los fantasmas incestuosos refuerzan la fragilidad narcisista. La relación con el padre, al igual que lo que sucede con la madre, está cargada de ambivalencia lo que resulta un obstáculo para la confrontación que favorecería el crecimiento. La delgadez para Sophie es un arma de doble filo: si como para toda anoréxica representa una distancia defensiva frente a la genitalidad, en la relación con el padre la coloca como objeto de su deseo.

Resumiendo, ¿qué conflictos se juegan en Sophie que pueden dar lugar al síntoma? Planteamos las siguientes hipótesis:

- Podemos suponer la existencia de una personalidad dependiente que daría lugar a las actuales dificultades en la tramitación necesaria respecto al vínculo de apego.
- Se le supone también un estado depresivo que puede ser condición predisponente, o consecuencia de su situación ya que sus manifestaciones son similares: retracción social, disminución del deseo sexual, irritabilidad, disminución del apetito.
- Por otro lado, al separarse los padres, los fantasmas edípicos de Sophie se despliegan ya que su preferencia por el padre es manifiesta y la relación es altamente ambivalente: lo admira y lo desprecia por el

modo en que trata a las mujeres. Como síntoma producto de los conflictos edípicos ante las dificultades en la pareja parental toma partido por el padre considerando a la madre como una mujer insatisfecha a causa de sus limitaciones.

- Y finalmente el papel del entrenador funcionando como un padre-madre idealizado que favorece la puesta en acto de las fantasías incestuosas. En este punto quiero referirme a lo que podría leerse como un abuso sexual por parte de este hombre ya que las investigaciones sobre abuso muestran una relación potencial con los cuadros de anorexia y bulimia (aunque con predominancia en la vertiente bulímica). En estos casos, la experiencia emocional de abuso sexual determinaría un borrado del cuerpo con la consiguiente inhibición de la sexualidad.

Algunas consideraciones sobre el encuadre

Acerca del encuadre en primer lugar es necesario decir que se trata de un término no utilizado por Freud que en 1912 dijo: *“Esta técnica ha resultado la única adecuada para mi individualidad; no me atrevo a poner en entredicho que una personalidad médica de muy diversa constitución pueda ser esforzada a preferir otra actitud frente a enfermos y a las tareas por solucionar”*. En 1913 Freud se reitera en que se trata de consejos y habla de *“no pretenderlas (las reglas) incondicionalmente obligatorias”*.

En sus reflexiones sobre el encuadre, Bleger se refiere a él como *“el conjunto de estipulaciones explícitas o implícitas que aseguran, por un lado, un mínimo de interferencias a las actividades que se desarrollan entre paciente y analista”*. Agrega que *“para que las estipulaciones del encuadre aseguren efectivamente lo que pretenden asegurar, deben ser constantes, en el sentido de que se mantienen en forma invariante en una determinada situación”*.

Ahora bien, cabe preguntarse si la estabilidad que se pretende del encuadre está pensada sólo para el paciente o cabría recordar que también cuida ampliamente el área profesional y personal del analista.

El principio de constancia tal como lo entiende Freud es el de mantener las tensiones al nivel más bajo posible compatible con la vida y por ello sería lícito afirmar que lo que tratamos en el tratamiento psicoanalítico es el logro de un equilibrio básico compatible con el trabajo a realizar. Puesto que cada caso es único, podría decirse que este estado de equilibrio es peculiar a cada situación y es también cambiante aunque se trate de mantener el trabajo bajo un mínimo de tensiones.

Laplanche advierte contra el peligro que supone la sacralización del encuadre que implica una rigidización del mismo.

Nosotros podríamos concluir que los límites del encuadre, además de los que pueda poner el paciente, han de ser aquellos bajo los cuales nos podemos hacer responsables del tratamiento y de los objetivos a cumplir.

El espacio analítico entendido como espacio transicional en el sentido de Winnicott es el espacio potencial que permite el gesto espontáneo, donde se da valor a lo que el paciente dice o hace, pues señala algo de lo real. En este contexto, el sujeto puede aportar un material no reprimido que hay que acoger, y es por lo que el encuadre desde esta perspectiva, permite la emergencia del verdadero *self*. Es este carácter de espacio transicional el que favorece que la inclusión de la pizza en la última sesión de Sophie se revele como el objeto intermediario que permite que emerja lo central del origen del síntoma.

El encuadre con adolescentes

El encuadre en el tratamiento de adolescentes tiene una especificidad determinada: Unas variables (los horarios por ejemplo) dependen del propio paciente. Otras, (los honorarios por ejemplo) dependen de los padres. Esto condiciona una particular forma de establecimiento del contrato.

Con cada una de las partes- padres por un lado, paciente por otro - debe hacerse un contrato y las estipulaciones deben ser claras, con el adolescente especialmente, puesto que las variables intervinientes en el encuadre marcan la asimetría del vínculo colocando al analista del lado del poder del mundo adulto. La explicitación con el adolescente de los límites del encuadre evita que lo convencional sea vivido como arbitrario pudiendo sentarse así, las bases de una alianza terapéutica positiva.

En cuanto a los padres, debe decirse que su inclusión en el tratamiento de un menor es insoslayable. Se necesita de su autorización, de su colaboración y del sostén económico.

El adolescente, por su parte, exige el reconocimiento de un status como persona autónoma y la seguridad de un espacio privado en relación con sus padres pero al mismo tiempo necesita saber que éstos no se desentienden de sus problemas en el tratamiento. Cambio y permanencia son los ejes donde se articula la vida del adolescente y el analista no puede dejar de considerar la existencia de ambos.

Los padres de Sophie no están presentes desde el comienzo de la intervención. Desconozco a partir de qué edad un adolescente puede asumir autónomamente una demanda terapéutica en los Estados Unidos, pero no cabe duda de que esta ausencia deja a los padres fuera de un compromiso con la cura y de una colaboración que resulta indispensable. Por lo pronto, la madre manifiesta su oposición a la recomendación terapéutica de la vuelta al gimnasio. El padre, por su parte, podría boicotear el tratamiento desde el momento en que considera al terapeuta como un charlatán. Convendría que cualquier terapeuta en su situación considerara todo ello como posibles obstáculos en el futuro del tratamiento.

A pesar de ello, se diría que en el tratamiento de Sophie el terapeuta utiliza el encuadre como un continente de la transferencia que simboliza una serie de funciones. Por una parte, una función materna, y en ese sentido podríamos entenderla como la aplicación del concepto de *holding* de Winnicott, como sostén de la regresión y mantenimiento de un *self* unitario. Por otra parte, cumple una función paterna, prohibidora del incesto. En esta línea de

pensamiento Green entendía el encuadre como *“ese elemento tercero que irrumpe en la relación dual.”*

En el tratamiento con adolescentes la modalidad técnica del analista resulta doblemente importante. No olvidemos que el adolescente en la búsqueda de ideales y de modelos identificatorios ubica a su analista en un lugar particularmente significativo. Desde allí un aspecto de difícil manejo es el relativo a las preguntas del adolescente sobre la vida privada de uno. Es lo que hace Sophie. En general, podemos entender que a veces estos avances intrusivos son una búsqueda de la simetría o un ataque envidioso a lo que el paciente imagina que el analista tiene. Esto no siempre es así en los adolescentes: sus preguntas pueden formar parte de una curiosidad de carácter especular. En estos casos, la preservación de la función analítica resulta esencial en la medida que protege al adolescente de la confusión con un objeto interno portador de demandas y exigencias. En la búsqueda de límites a su mundo interno el adolescente necesita poner a prueba la existencia de límites contenedores. Sophie despliega su curiosidad sobre qué clase de padre es el terapeuta mientras pone de manifiesto en la denigración que hace de la hija la envidia que le provoca creer que aquella tenga un padre mejor que el suyo. El terapeuta la limita en su curiosidad pero resulta observable también la incomodidad contratransferencial que la situación le provoca. Ello nos lleva a una consideración técnica añadida: Si una adolescente se presenta como compañera de clase de nuestra hija ¿la tomamos en tratamiento?

Sobre la transferencia y la contratransferencia

La transferencia es expectativa confiada en el saber del otro. Es esa esperanza del paciente en que con su saber, el analista pueda aliviarle el sufrimiento. Y es la esperanza del analista en que buscando en su propia historia y sus propios fantasmas, el paciente consiga adueñarse de las representaciones y creencias que lo empujaron al sufrimiento. Para que el sujeto se lance a la aventura del análisis, es necesario que confíe en su analista.

En el caso de la anorexia, los autores coinciden en afirmar las particularidades de la transferencia, algunas de las cuales podemos reconocer en el caso Sophie:

- Hay resistencia a la transferencia. La paciente se prohíbe, inconscientemente, organizar lazos libidinales con el analista.
- Hay un deseo de manipular al analista para ejercer sobre él un control omnipotente.
- Se presenta la consideración del analista como “objeto ideal” y deseo de emularlo.
- Surgen las resistencias a aceptar las interpretaciones ya que la resistencia a incorporar el tratamiento, al analista y sus interpretaciones aparece como la misma que se dirige al alimento. Si se deja penetrar por la interpretación confirma su dependencia y eso es lo rechazable.

- Junto a esto, en otros momentos del análisis predomina una relación de fusión con el terapeuta como reproducción de la relación con la madre.

Desde la contratransferencia, algunos autores (Bruch, Sours), se manifiestan pesimistas sobre la posibilidad de ofrecer tratamiento analítico a la anoréxica argumentando que estas enfermas provocan decepción y rabia en quienes las tratan.

El obstáculo básico es que la idea del daño y de la muerte gravita de continuo en el tratamiento, enfrentando al analista con el fracaso de su propia omnipotencia y la realidad de su propia muerte. Son estos sentimientos los que de modo inconsciente, llevan al terapeuta al rechazo y a la desesperanza.

El terapeuta de Sophie introduce la estructuración externa necesaria para fijar los límites a sus amenazas de suicidio. La pregunta en su caso es por cuánto tiempo Sophie podrá acatar ese límite siendo que no existe contención familiar alguna que contribuya a reforzarlo.

Sobre la terapia

Kestenberg subraya el hecho del abordaje paradójico a que nos obliga la anoréxica. Dice: *“al comienzo atraen por la claridad de su sintomatología, pero después cuanto más se estudian más se niegan a dejarse aprehender... esto es lo que ha sucedido de hecho, a todas las disciplinas que se interesan por ellas, comprendiendo al psicoanálisis”*.

¿Es analizable la anoréxica? Freud afirmaba en 1912 que no lo era en los casos en que se requiera *“la rápida supresión de fenómenos amenazadores”*.

¿Es detectable en la anorexia la “parte sana” o “adulta” o “no regresiva” necesaria para mantener el proceso analítico, caracterizada por una motivación que va más allá del alivio sintomático, por la capacidad para tolerar las frustraciones y la ansiedad, por una habilidad para mantener una regresión estable y para sostener el pensamiento del proceso secundario?

En estas pacientes hay una serie de constantes en el curso del análisis, algunas de ellas observables en estos inicios del tratamiento de Sophie y que son:

- La abstinencia y la neutralidad del analista las desorientan en el inicio del tratamiento provocándoles desconcierto y sorpresa.
- Hay una dificultad asociativa permanente y una evocación fragmentaria.
- Hay una negación de la enfermedad.
- Hay fantasías arcaicas de tipo megalómano.
- El uso de la proyección es muy frecuente ya que se defiende del deseo y la necesidad ocupándose “de lo que quiere el analista”.
- Hay un Ideal del yo hipertrofiado y un Super-yo cruel.
- Hay una represión de la agresividad, contrastando con la autoagresión permanente, expresada en el síntoma.
- Hay una erotización marcada del funcionamiento motor.
- En los afectos predominan la tristeza y la culpa.

Se ha demostrado que, para mantener su autoestima, estas pacientes no quieren perder el miedo a engordar. Se trata de una postura antagonista frente a cualquier intento de cambio lo que crea grandes dificultades contratransferenciales. El mayor problema en el trabajo con la paciente anoréxica es que para ésta su anorexia es la solución, no un problema y la peor actitud a adoptar con ella es querer alimentarla.

En la anorexia el reto técnico se presenta en cómo articular una relación terapéutica en que la paciente mantenga algún grado de control sobre la relación y al mismo tiempo se puedan generar condiciones que permitan el reconocimiento de la profunda necesidad de contacto afectivo y de autocompasión que padece. Para ser autónomo hay que aceptar ser dependiente y recibir. Esa es la paradoja a la que tiene que enfrentarse la anoréxica.

El reto contratransferencial es cuánto dejarse usar por los propósitos de la paciente de controlar el encuadre y la relación sin caer en el desinterés o en el no compromiso, similares a los que ha tenido en su experiencia infantil con sus padres o, por el contrario, en un forzamiento que sentirá como intentos de control fácilmente reconocibles por ella desde su experiencia infantil.

También habrá que tener en cuenta que las interpretaciones transferenciales pueden ser consideradas como muestras de intrusión, control excesivo o humillación, sentimientos basados en la experiencia temprana de haber constituido un objeto narcisista para sus padres por lo que algunos autores coinciden (Stern, Gedo) en obviar la interpretación transferencial hasta que se consolide la alianza terapéutica.

Saber tolerar la distancia que impone la paciente y el déficit de alianza, será una herramienta terapéutica imprescindible, además de soportar el desorden y la incertidumbre y esperar a poder aproximarse gradualmente.

En mi opinión, el terapeuta de Sophie da cuenta con sus intervenciones de disponer de esos recursos. Otra cosa diferente será cuánto tiempo se podrá sostener un caso de estas características sin contar con la colaboración de los padres que como he dicho, en mi opinión, es una condición ineludible en el abordaje de la adolescencia.

Bibliografía

- Etchegoyen H.(1986) Los fundamentos de la técnica analítica. Amorrortu. Buenos Aires.
- Fernández Mouján O. (1971) Abordaje teórico y clínico del adolescente. Nueva Visión. Buenos Aires.
- Freud S.(1904): Sobre psicoterapia. Obras completas. T.I Biblioteca Nueva. Madrid. 1973.
- -----(1912): La dinámica de la transferencia. T.II
- -----(1912): Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico. T.II.
- -----(1913): La iniciación del tratamiento. T.II

- -----(1914): Introducción al narcisismo. T.II
- -----(1915): Duelo y melancolía. Tomo II
- -----(1918): Los caminos de la terapia psicoanalítica. T.III
- -----(1931): Sobre la sexualidad femenina.T.III
- Herscovici, C. Bay, L. (1993) Anorexia nerviosa y bulimia. Amenazas a la autonomía. Paidós. Buenos Aires.
- Kaplan L.: (1986) Adolescencia. El adiós a la infancia. Piados. Buenos Aires.
- Kestemberg E. y otros (1976) El hambre y el cuerpo. Espasa Calpe. Madrid.
- Mannoni O: (1981) Crisis de la adolescencia. Nueva Visión. Buenos Aires.
- Tubert S.: (2001) Género, desarrollo psicosocial y trastornos de la imagen corporal. (en Martínez Benlloch y col.: Anorexia. Una perspectiva psicoanalítica). Instituto de la Mujer. Madrid.
- Winnicott,D.(1979) Realidad y juego. Gedisa. Madrid.