



Consideraciones clínicas sobre la adolescencia y el cuerpo de la mujer(*)

Piedad Ruiz

I.

A partir de varios casos de anorexia me planteé la pregunta inevitable: ¿por qué en la adolescencia y por qué la mujer?. Trataré de situar algunos otros problemas clínicos que se presentan en la adolescencia y que pueden ayudar a pensar el cuerpo y la subjetividad en la mujer.

Parto de la idea de que la adolescencia supone un duelo, y la falta de elaboración de este duelo tiene a veces un efecto devastador en el cuerpo de la mujer.

La tesis que quiero proponer para todos estos casos en los que se da una falta de subjetivación de este duelo, es que detrás de todas las elaboraciones de las pérdidas que supone la adolescencia, aparece la relación con la madre como “la más poderosa corriente inconsciente de la vida anímica” (según la expresión de Freud en el caso Dora, en el que Freud reconoce su error al no haber valorado suficientemente la relación de esta adolescente con una dama que representaba para ella la belleza femenina y la sabiduría sobre la sexualidad, por creer que ésta poseía la respuesta de cómo ser deseada por un hombre, y por lo tanto, era un modelo para identificarse en el momento en el que se actualizaba su vínculo con la madre). En mi opinión, Freud no pudo ver, en este caso, el valor que cobra la relación preedípica con la madre en la adolescente.

Tanto para el hombre como para la mujer, la adolescencia es el momento en el que se pone a prueba, no sólo el modo en el que cada sujeto aceptó la castración de la madre, y que luego olvidó o reprimió, sino la separación. La separación del primer objeto de amor como objeto perdido, o dicho de otro modo, la separación de la madre fálica, que en psicoanálisis no es otra cosa que la creencia en la madre omnipotente, completa, no castrada. Es decir, es el momento en el que el modo particular de esta aceptación determinará las respuestas del sujeto a las grandes preguntas que se le plantean. Pero sobre todo, esa separación será necesaria para que puedan plantearse las preguntas. Algunas pacientes, sin embargo, se presentan con la certeza de una única respuesta: para ser una mujer perfecta se trata de adelgazar hasta borrar cualquier signo que delate su cuerpo como el cuerpo sexuado de una mujer, otras con la certeza de la mujer perfecta (compulsiva) respecto del éxito profesional o del éxito con los hombres, sin plantearse ninguna pregunta acerca de lo que desean.

¿Que supone la adolescencia? Es “la hora de la verdad”, es la hora en la que el sujeto pone a prueba cómo ha aceptado la condición traumática humana ante los envites de la sexualidad y lo que conocimos por el “conflicto generacional” (ahora se habla más de “brecha generacional” que de conflicto), es decir, es la

(*) II Jornadas Interautonómicas del Norte. Segovia. Diciembre, 2002.



hora de subjetivar o elaborar la diferencia sexual en un cuerpo pulsional (sin instrucciones, según la expresión de F. Pereña), es la hora del encuentro con el otro sexo, (sin instrucciones también, en cuanto que no hay un saber preestablecido, no hay un saber de cómo ser mujer o ser deseada por un hombre), es la hora finalmente de “hacerse cargo del mundo” sin la tutela de los padres.

Vemos que se trata entonces de que cada sujeto ha de dar sus propias respuestas, es decir, se trata de elaborar la pérdida de la condición exclusiva de hijo o hija para hacerse responsable de la condición hombre o mujer. Para una mujer además, la menstruación y los cambios corporales consiguientes, la obligan a elaborar la pérdida de su cuerpo-niña, la enfrentan a su feminidad, pero sobre todo a la maternidad, pues sólo puede haber madre donde hay mujer.

II.

Freud cita en numerosas ocasiones a Schiller y su célebre aforismo: “Hambre y amor hacen girar coherentemente el mundo”. El hambre, ya sea por la vía del rechazo del alimento, ya sea por su incorporación y expulsión, expresa en la anorexia la pasión mortífera que hace del amor a la madre un duelo imposible.

Las primeras satisfacciones están vinculadas al hambre, “la actividad sexual se apoya primero en una de las funciones puestas al servicio de la conservación de la vida, pero luego se hace independiente de ella” (1). La primera experiencia de satisfacción del sujeto se inaugura con una dependencia del otro que borra las fronteras perceptivas entre lo ajeno y lo propio, entre el cuerpo del otro y el propio. El grito del niño por el hambre conduce a un intercambio de demandas: dame de comer, déjate nutrir... Pero lo que lo que hay que resaltar con todo esto, es que esa primera experiencia de satisfacción es traumática por muchas razones,

pero sobre todo, porque ese otro que le auxilia o le asiste (2) es radicalmente otro. La experiencia de la alteridad y de la diferencia sexual, con lo que implica de experiencia de lo enigmático, lo incierto, lo ajeno, etc. y su aceptación, estará marcada entonces por la separación de ese otro. El sujeto, la realidad psíquica, se funda en esta separación. El cuerpo de la madre, ese “Otro prehistórico” del que habla Freud, es una de las formas posibles de nombrar el objeto perdido: “El ataque histérico no es una descarga, sino una acción, y como tal retiene el carácter de toda acción: el de ser un medio para la reproducción del placer.... Los ataques de vértigo y de llanto están todos dirigidos a ese prehistórico e inolvidable que nunca pudo llegar a ser igualado” (3). Aquí Freud habla del imposible reencuentro con la madre como ese Otro prehistórico.

Esta separación es fundamental para que un sujeto viva y cualquier intento de fusión y confusión con el otro estará presidido por la pulsión de muerte. Borrar esta condición de la existencia humana hace inviable el amor, pues amar es amar al otro en su diferencia; y lo contrario, es el amor narcisista y la pasión mortífera.

En muchas ocasiones la mujer que padece anorexia, hace de su cuerpo la sede de la batalla entre separarse y no separarse, amar y odiar, comer y no comer, a partir del retorno en su propio cuerpo de ese cuerpo materno del que no ha podido desprenderse, cuya separación no ha podido, si se quiere decir así, simbolizar, y que retorna en una experiencia siniestra en la que lo propio y lo ajeno se confunden; pero en todo caso, en la que el propio cuerpo se torna algo amenazante. Cuántas chicas cuando hablan de la imperiosa necesidad de borrar cualquier rastro de gordura en su cuerpo, están hablando de borrar la presencia angustiante del cuerpo de la madre a la manera de un “doble” que viven como intrusivo. “Esto que no



debía estar aquí está, y yo lo tengo que eliminar”, suele ser el lema anoréxico.

Podríamos pensar el síntoma anoréxico como un intento violento de separación que convive con un fantasma de fusión con la madre fálica y que por lo tanto es destructivo.

Una paciente que consulta por frigidez y depresión, un día comienza a hablar de sus trastornos del cuerpo (alopecia y diarreas que a veces le impiden ir a trabajar). Terminará descubriendo que lo que ella llama “comer de más”, son episodios bulímicos. Se encuentra ante un conflicto que no puede resolver: irse o no irse a vivir con su novio. Finalmente confiesa que no puede separarse de su madre, ya que si algo le pasara a la madre, sólo ella la podría salvar (la vida de la madre depende de ella como la suya de su madre). En una sesión en la que dice que sus padres están fuera de vacaciones, le pregunto si eso le agrada y me contesta que no, quedarse sola con su novio no le agrada en absoluto, su novio sólo es un estorbo y ella lo único que quiere es que su madre vuelva. Además, teme que la madre pueda ahogarse en la playa. La llama diariamente varias veces. Agregaré que normalmente duerme con un Bic en la mesilla de noche por si la madre se atraganta (recuerdo seguramente encubridor de una escena en la que la madre se atragantó comiendo, y que vela precisamente la percepción de la madre como castrada, indefensa).

Volvamos entonces a ese “duelo imposible”. Me parece un criterio clínico que me ha permitido orientarme en la dirección de la cura de varios casos. Son casos en los que se presenta de forma combinada un síntoma bulímico, y en los que el acto de comer responde a una incorporación de “llenado” (un acto de fusión solitario e intemporal, un tiempo no subjetivo, un paréntesis en el tiempo subjetivo, en el tiempo de la estructura), cuyo único objetivo fundamental es la consiguiente “expulsión” o vómito.

¿Cómo no pensar este acto como la repetición de una fijación traumática al otro, del momento inaugural de la incorporación/expulsión o fusión/separación?

La pregunta entonces acerca de por qué la adolescencia y por qué la mujer, es una pregunta que considero de gran valor clínico en la particularidad de cada caso. Incluso en mujeres más mayores que padecen este síntoma, antes o después aparece la encrucijada adolescente como la clave. Hace unos días una mujer casada y con dos hijos que había consultado hace meses por una crisis de angustia (su marido le había planteado separarse en el puerperio de su hijo menor y adelgaza 15 kilos en los meses siguientes), comienza a hablar de su síntoma y dice: “...de pequeña nadie hizo caso en mi casa al terror que me producía la gordura, pero cuando tuve 15 años decidí acabar con ese terror... me decidí a no comer... ¡cómo me iban a hacer caso, si con mi padre no hablaba y mi madre siempre ha sido la protagonista indiscutible, si ibas con un problema, ella siempre terminaba sufriendolo más que tú; Ahora o no como o me doy atracones y luego vomito, en realidad ahora estoy con mi marido como entonces con mi madre.

Otra paciente habla de cómo no puede dejar de pensar en la comida todo el día, cuándo, cómo, qué, con quién, etc. La madre me llama para preguntarme en qué puede colaborar y yo le contesto que por favor no le hable de comida a la hija, que se sustraiga de esa ideación obsesiva de la hija. Pues bien, comprobé que era algo imposible. La madre siguió como si tal cosa hablándole de si se había comido o no el yogur, de sus ingredientes, de la verdura para la noche, etc. Verdaderamente una pesadilla, el maltrato mutuo era permanente, la madre la invalidaba constantemente y la hija termina por reconocer que aunque sabe que la vida con su madre es invivible, ella nunca podrá dejarla.



El deseo de dar la vida es precisamente lo que hace de una madre un objeto de amor. “Quiero tener un hijo para que me dé la vida”, es el modo en el que hace poco expresaba una paciente anoréxica la idea de tener un hijo, que no el deseo de tener un hijo. La madre da la vida no sólo porque engendra, sino porque no pretende quitársela al hijo, que es lo mismo que hacerle inválido para desear por sí mismo, aunque le haya cuidado con “mil amores”.

Freud presenta en *Un caso de curación hipnótica* (1893), la relación entre comer y dar de comer, en un caso en el que una mujer que presentaba un síntoma anoréxico en la lactancia de sus hijos, es decir, no podía amamantar y no podía comer. Aquí no habla Freud de anorexia, sino más bien de un síntoma histérico de rechazo ante la oralidad como primera organización sexual apoyada en el intercambio con el objeto materno. Cuando habla de anorexia es en el Manuscrito G: “La tan conocida anorexia nerviosa de las adolescentes me parece representar, tras detenida observación, una melancolía en presencia de una sexualidad rudimentaria... Pérdida de apetito equivale a pérdida de libido”.

Hemos visto cómo la pubertad requiere una compleja subjetivación que implica un trabajo de duelo. En la pubertad se actualizan todos los fantasmas edípicos neutralizados por la latencia ante la exigencia para el sujeto de responder al despertar sexual y al encuentro sexual con el otro. Es una constatación clínica cotidiana la de que cuando un sujeto es interpelado en su deseo (y la pubertad es el modelo), aparece la angustia y por lo tanto manifestaciones sintomáticas de todo tipo, pero en la adolescencia si la intensidad de esta angustia aparece junto con una escasa elaboración psíquica, esto conduce a postergar una respuesta, a refugiarse en la inhibición o en ideales y grupos sectarios, casi como norma, o conduce a lo que llamamos “patologías del acto” (intento de suicidio, violen-

cia, drogas, etc.) y al rechazo de tal interpelación con la consiguiente melancolización, que va a la par de una desvitalización, en la que la pulsión de muerte toma el cuerpo.

Si tenemos en cuenta lo dicho anteriormente acerca de los obstáculos que supone para la elaboración psíquica de un sujeto el vivir pegado a las respuestas maternas, podemos entender que el conflicto pulsional de la adolescencia no pueda encontrar la posibilidad de decir ese conflicto, de sintomatizar ese conflicto. De ahí, que tenga mis reservas en hablar de la anorexia como síntoma en el sentido analítico, aunque se ha de aceptar como tal síntoma, en la medida en que alguien acepta hacerse preguntas sobre lo que reconoce como sufrimiento.

III.

Pasaré ahora a desarrollar mínimamente lo que considero la clave de esta interpelación en la adolescencia, pues la adolescencia es el momento en el que todo sujeto ha de enfrentarse con lo que llamaré “el segundo momento de la disolución edípica”. Peter Blos en su libro *La transición adolescente* dice: “será misión de la disolución edípica adolescente transmutar el complejo de Edipo negativo, el amor sexual por el progenitor del mismo sexo. Esta faceta se presenta bajo una apariencia paradójica, pues si bien los adolescentes colocan en el centro de sus sesiones terapéuticas, o de su vida en general, su comportamiento y sus fantasías heterosexuales u homosexuales... lo que se pone de manifiesto en la formación de síntomas y en las defensas caracteriales es la fijación libidinal al progenitor del mismo sexo”.

En el caso de la niña esta cuestión se hizo más evidente para Freud después de escuchar a varias analistas mujeres. Hasta el punto de que en 1932 en su trabajo *Sobre la sexualidad femenina* reconoce la poca importancia que había concedido a la relación madre-hija y plantea que no es posible pensar el complejo



de Edipo sin esta fase preedípica. En realidad este descubrimiento se lo debe Freud a R.M. Brunswick, quien acudió a él para recibir las sugerencias y críticas necesarias antes de publicar su trabajo *La fase preedípica del desarrollo libidinal*. Para esta analista la castración se descubre en la madre y no sólo por la diferencia anatómica de la diferencia sexual, sino porque inevitablemente se descubre en la madre a un otro no omnipotente. La madre puede dar y quitar la vida, pero ese es un poder que hay que ejercer o una creencia que hay que mantener. Es decir, importa tanto la posición de la madre como la de la hija ante la castración. La madre concreta importa, pero sobre todo la posición de la hija ante la castración de la madre. De todas formas, “basta que una de las dos la deniegue para que la potencia resultante sea mortífera, cause estragos”, dirá Lacan.

Y dice Freud: “dicha fase de vinculación materna guardaría una relación particularmente íntima con la etiología de la histeria, lo que no puede resultar sorprendente si se reflexiona que ambas, la fase tanto como la neurosis en cuestión, son característicamente femeninas; además que en esta dependencia de la madre se halla el germen de la ulterior paranoia de la mujer. Parece, en efecto, que este germen radica en el temor —sorprendente, pero invariablemente hallado— de ser muerta (¿devorada?) por la madre” (4)

Pues bien, diré que en mi opinión se puede explicar el síntoma anoréxico por la instalación de la mujer en un fantasma de omnipotencia correlativo a la denegación de la castración.

El título del libro de Graciela Strada *El desafío de la anorexia* lo entiendo en este sentido: es un verdadero desafío querer mantener, a la vez que denunciar, la omnipotencia materna, pues no habría mejor denuncia que responder a ese ejercicio de la omnipotencia materna con

un ejercicio del límite. No es el caso de la anoréxica que no ve ningún límite en ninguna faceta de su vida: ya sean los estudios, ya sea el amor, ya sea el ejercicio físico, ya sea su entrega a los demás... siempre ponen en evidencia un super yo feroz, sádico, insaciable.

IV

Y ¿cuáles son las consecuencias de esta falta de subjetivación o elaboración del duelo del que venimos hablando?

1. El rechazo de la sexualidad. Este rechazo produce una melancolización correlativa a un desinvertimiento libidinal. Pérdida de libido que se manifiesta en la insatisfacción sintomática de la histeria por ejemplo, que se priva de la vida como defensa ante la castración; pero también se manifiesta en la neurosis obsesiva femenina, que queda como una inválida para el deseo, siendo muy llamativo en estos casos el tormento de las menstruaciones y el terror a quedarse embarazadas y la confusión del deseo sexual con un estímulo o necesidad fisiológica. Algunas pacientes explican su falta de deseo diciendo que como no sienten ninguna excitación en el cuerpo por eso no desean. Realmente no parecen tener una vivencia de la erotización del cuerpo. En la historia familiar de estas pacientes a veces se presenta un elemento digno de investigar: me refiero a los efectos de la falta de invertimiento libidinal del cuerpo de la niña por la madre, pues suelen hablar de madres frías, distantes, sólo interesadas en que la hija cumpla con sus obligaciones y con su ideal narcisista.
2. La angustia. La explicación freudiana de la angustia como tensión sexual no ligada psíquicamente, es decir, tensión sexual sin la elaboración que la convierta en afecto o deseo (cuando se liga a ideas o representaciones) puede valernos para pensar la



angustia en todos estos casos. Freud habla de esto a propósito de la neurosis de angustia.

3. La ambivalencia. El duelo imposible de la madre como objeto perdido en la adolescencia, conduce a una relación de dependencia con los otros, y sabemos que no hay relación de servidumbre que no tenga como telón de fondo el amor y el odio.
4. La imagen, una experiencia de lo siniestro. Lo Unheimlich. Es la experiencia del cuerpo como algo familiar y a la vez algo totalmente inquietante. Se podría considerar como un yo ideal, un doble que se resiste a la castración, algo que debería estar sustituido por el Ideal del yo (que funciona como mera aspiración y sostén del deseo). Este doble reaparece, sin embargo, insaciable en su exigencia de completud y satisfacción narcisista. Y no hablo ahora sólo de lo que ocurre en la anorexia, sino en algunas adolescentes que se hacen heridas en todo el cuerpo al menor signo que contradice esta imagen ideal, ya sean granos o vello, y no hablemos de las automutilaciones (arañazos, golpes, etc.)

Para terminar me gustaría plantear algunas consideraciones basadas en el análisis de los casos de adolescentes que llevo en la actualidad, pero que en mi opinión se pueden pensar en otros muchos casos de adolescentes mujeres. Constató una diferencia referida sobre todo a la dificultad para el trabajo inconsciente propio de un psicoanálisis.

Hay casos en los que no percibo la virulencia de ese conflicto con la madre que he descrito. Suelen ser casos en los que la no separación de la madre, obedece a que ésta es tomada más como refugio ante la proximidad incestuosa de un padre que generalmente ejerce su violencia con la hija, padres que empiezan a llamar puta a la hija en cuanto se arregla para sus

primeros encuentros, o padres que rivalizan con la hija pues no soportan su protagonismo adolescente ante la madre, no soportan dejar de ser hijos de su mujer. En estos casos las demandas de la hija hacia la madre se absolutizan. Sin embargo, el vínculo con la madre es compatible con su deseo hacia los hombres. Quieren intensamente “echarse novio”, encontrar alguien que las desee y ame, aunque a veces sólo pueden realizar el fantasma del padre (en un caso, permitir que varios chicos tuvieran en una noche relaciones con ella) o temer tanto el encuentro con un hombre que seducen a hombres con los que está anunciado el fracaso, cuando no el maltrato.

Estas mujeres que presentan su sexualidad como un conflicto son más abordables a la hora de sintomatizar el trastorno anoréxico. Hay cierta subjetivación de la rivalidad edípica con la madre. Son mujeres que tratan la perfección del cuerpo como el antídoto de la castración (suelen utilizar el cuerpo como fetiche o al menos como talismán): si se tiene un cuerpo perfecto no se tienen ningún conflicto y la vida no tiene ningún límite, todas las puertas se abrirán milagrosamente, y en esa ceguera del límite sólo encuentran fracasos. Considero en estos casos un predominio de la vertiente histérica de la neurosis.

Sin embargo, los casos en los que predomina la vertiente obsesiva son muy difíciles de tratar. Predomina la imagen de una madre sufriente, desertizada que soporta un padre víctima pero idealizado como único protector ante la omnipotencia y el odio materno. No les interesa en absoluto el sexo, no hay deseo, sólo desesperación. No les importa tanto la belleza como la perfección espiritual, quieren desembarazarse del cuerpo y de la sexualidad, prevalece la omnipotencia del pensamiento, la hiperactividad física e intelectual. Todo en sus vidas son obligaciones y culpa superyoica. Pueden tener relaciones con hombres sumisos y entregados



(como el padre) y les horroriza la idea de ser madre.

Otra paciente después de un tiempo de análisis dice verse como la “madre Teresa de Calcuta” por sus ideales exacerbados y porque pretende una entrega y un control total en sus relaciones, ya sean familiares, de amistad o amorosas, trata de desentrañar en una sesión qué es lo que ven en las entrevistas de selección de personal para desestimarla una y otra vez. Se presenta cada semana a dos o tres entrevistas.... Le digo que puede ser que vean su desesperación pues se plantea cada entrevista como una cuestión de vida o muerte, que tiene mucho tiempo por delante y que está tratando el trabajo como la comida, a base de

“atracones”. Se echa a llorar y dice que tiene el sentimiento de que su familia la ha abandonado, que ella no puede enfrentarse sola al mundo, que llama a su madre y llora desconsoladamente. Y me dice: ¡cuando alguien está enfermo necesita el cuidado de su madre, yo echo de menos el sabor de sus comidas; Hermosa manera de decir que aún piensa que la comida o los cuidados de la madre pueden evitarle el dolor de existir, en vez de pensar que sólo el amor puede mitigarlo.



Piedad Ruiz

Psicoanalista. Madrid
p.ruiz.cas@correo.cop.es

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Freud, S.: Tres ensayos para una teoría sexual. Manifestaciones de la sexualidad infantil. O.C. T.II. Bib. Nueva.
- (2) Pereña, F.: El hombre sin argumento. Ed. Síntesis, Madrid, 2002
- (3) Freud, S.: Carta 52 a Fliess. O.C., T. III, Bib. Nueva.
- (4) Freud, S.: Sobre la sexualidad femenina. O.C. T. III, Bibl. Nueva