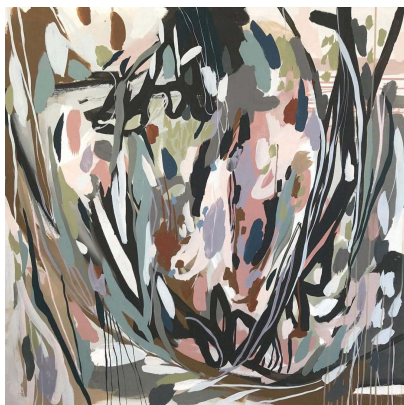




El tratamiento analítico de las anorexias en diálogo con el discurso médico

La clínica actual de la anorexia presenta un doble desafío para el psicoanalista: por un lado, el diagnóstico clínico, que no es clasificatorio sino realizado en transferencia para orientar la dirección de la cura; y, por otro lado, hacer posible el diálogo con el discurso médico, cuando participa en el tratamiento.

I- Síntoma y trastorno

La gravedad de algunas presentaciones clínicas de la anorexia, justifica la intervención médica clínica y psiquiátrica. Al encontrar un límite en el saber, cuando no hay demanda de curación, el médico recurre al auxilio del discurso psi.

La patología médica psiquiátrica denominada trastorno de la conducta alimentaria, perturba el paradigma de salud y bienestar psicofísico, que debe volver a la normalidad restableciendo el orden natural. De este modo, a partir del diagnóstico, surge la exigencia de reordenar y se convoca a "reordenadores", quienes, vía una evaluación frecuentemente protocolizada, verifican la conducta desviada y se aplica una "terapia acorde" para restablecer las funciones vitales del sujeto (aumento de peso, hábitos alimentarios, habilidades sociales, etc.). El trastorno es aquella conducta que no responde al significante amo dominante encuadrado en el discurso de la ciencia.

En su Breve discurso a los psiquiatras Lacan se refiere a la angustia del médico ante el loco: "Los hombres libres, los verdaderos, son precisamente los locos. En ellos no hay demanda de algo, Él tiene lo que, por ejemplo, llama sus voces. No se sostiene en el lugar del Otro, del gran Otro, por el objeto a; al a, Él lo tiene a su disposición".[1]

La presencia del objeto a evidencia el goce con su correlato de angustia, que el discurso médico intenta evitar, introduciendo el discurso amo que "normalice" la conducta desordenada en relación con un ideal "para todos". El psicoanálisis, por el contrario, se orienta por ese real introduciendo el síntoma en sus dimensiones de significante y goce.

II- Lo imposible de soportar

Lacan definió la clínica como «lo real en cuanto es lo imposible de soportar».[2] A diferencia del trastorno místico, en el síntoma analítico, el sujeto es «su propio clínico»; incluso, hay síntoma en el sentido analítico, cuando el sujeto se experimenta como desbordado por lo que le sucede en su propio pensamiento, desbordado en la esfera de lo que piensa que es su ser y que también puede bajar a su cuerpo, resultando imposible de soportar. Sólo en ese momento, el síntoma toma forma clínica; mientras tanto, uno se las arregla con artificios que permiten soportar esa condición.[3] De este modo, a lo real como imposibilidad lógica se agrega lo insoportable.

Lo imposible de soportar, implica para el sujeto un sufrimiento cuyo ejemplo paradigmático es la esquizofrenia ya que el sujeto, no cuenta con una defensa contra lo real.[4] Ahora bien, si el lenguaje, es una elucubración de saber sobre el lenguaje, todo discurso constituye una defensa, contra lo real. Por eso, cada sujeto elabora con su real imposible, una solución propia para sentirse mejor.

Para el místico, la clínica también se presenta como un imposible de soportar. Las manifestaciones clínicas actuales provocan el intento de querer buscarle un orden, incluirlo en alguna clasificación forzada para regularlo, pero en tanto imposible se escapa porque en lo real no hay clases. El analista, en cambio, se dirige a poder captar aquello contingente, que surge de manera espontánea y acompaña al sujeto en el recorrido de una solución singular.

III- Interdisciplina y multidisciplina

En el intento de encontrar un orden más soportable, el discurso místico, propone un abordaje que funciona en bloque, para hacer frente a lo real imposible. Se trata de un tratamiento interdisciplinario, compuesto por profesionales de diferentes áreas, especialistas en trastornos alimentarios, quienes añaden esfuerzos con el fin de abordar el trastorno en una misma dirección. El psicólogo aquí, funcionaría como el encargado de brindar las herramientas necesarias para evitar que las manifestaciones de lo real, manteniéndolo a raya.

El sujeto es atendido por el equipo terapéutico especialista y si no presenta adherencia al tratamiento, con todos o con alguno de los profesionales, el equipo en bloque dejará de atenderlo.

El abordaje multidisciplinario, por el contrario, abarca varias disciplinas sin conformar un bloque rígido con independencia de las disciplinas y especialidades. Este modelo posibilita una transferencia flexible, que permite movimientos en el transcurso del tratamiento, respetando las transferencias particulares y la intervención por parte de cada disciplina de manera individual.

IV- A modo de conclusión

La posición del analista en relación con el discurso místico y otros, con los cuales desarrolla su práctica, supone un lugar de «doble agente».[5] Por un lado descompleta el discurso del poder que ordena de un modo universal; y por otro, revaloriza el sujeto y su palabra en tanto nunca es «lo anorexia» un síntoma en sí mismo, sino que cumple una función diferente para cada uno y constituye una respuesta «solución frente a lo imposible de soportar. Esto implica cierta prudencia en el camino del levantamiento sintomático para evitar consecuencias aún peores. La dirección de

la cura analítica, introduce una práctica de la subjetividad que va más allá del efecto terapéutico y la normalidad biopsicosocial.

Cuando resulta eficaz, el abordaje multidisciplinario permite un diálogo con los otros discursos, haciendo valer el lugar de cada disciplina en función de la particularidad del caso.

NOTAS

1. Lacan Jacques. Breve discurso a los Psiquiatras. Inédito.
2. Lacan, Jacques. Apertura de la Sección Clínica. Ornicar N°3 Ed. Petrel.1981
3. Miller, J. Alain. Lacan clínico. Matemas II. Ed, Manantial. Pág. 117
4. Miller, J. Alain. Ironía. Rev. Consecuencias N°7. Noviembre 2011
5. Lacan, Jacques. El reverso del psicoanálisis. Ed. Paidós. Bs. As. 1996. Pág. 134

Obra de Julieta Cantarelli