

La Adicción y el Fetichismo: Dos Caras del Trastorno Alimentario

Pilar Puertas Tejedor

Introducción

El trastorno alimentario con sus enigmáticas manifestaciones sintomáticas, la difícil remisión de dichas manifestaciones y el aumento de su casuística en las últimas décadas, nos obliga a seguir reflexionando sobre los factores psíquicos que propician tanto la aparición de esta enfermedad como su renuencia a desaparecer.

El abordaje clínico que se sostiene con la ecuación mental comer = curación en el caso de la anorexia o no comer = curación en el caso de la bulimia, impide una incidencia clínica con el rigor y conocimientos que se requieren para vehicular e integrar la dinámica intrapsíquica que subyace, por cauces que favorezcan la resolución sintomática.

Hoy en día como en otras ocasiones, sigo sosteniendo que el substrato depresivo no mentalizado subyacente ha de ser tratado (con una vía mentalizada inicialmente) para que se garantice que la sintomatología alimentaria ya sea vía bulímica o anoréxica remita.

La comprensión de esta enfermedad obliga al clínico a profundizar en la problemática adolescente, en los duelos patológicos, en la clínica de lo *traumático* con sus manifestaciones psíquicas no representadas (que infieren estados de angustia no signada), en la defensa adictiva y en la patología narcisista.

Este trabajo pretende abrir algunas reflexiones sobre la complejidad psicopatológica

que subyace en estas manifestaciones clínicas, recorriendo uno a uno estos aspectos mencionados.

Empezaré por lo tanto hablando del duelo adolescente y sus características.

La crisis adolescente: un duelo versátil

Decíamos que va a ser en la adolescencia, cuando surge habitualmente este tipo de conflictiva, obligándonos por lo tanto a tratar de reflexionar sobre el trastorno alimentario en el contexto de la llamada *crisis* adolescente.

La llamada crisis adolescente se nomina así porque el psiquismo tiene que hacer frente al cambio que se va insinuando a través de la transformación en lo visible del cuerpo infantil, y en lo invisible por la emergencia de una sexualidad que convoca a una transformación de la relación con el entorno, tanto en el plano homo como heterosexual. El cuerpo infantil pierde sus formas y plantea al Yo los cambios que tiene que procesar. La sexualidad también reta a las investiduras objetales y narcisistas para que integrándola ahora, puedan circular en otro modo. El Yo por lo tanto está conminado a un trabajo de duelo en diferentes planos tanto objetales como narcisistas. Voy a tratar estos duelos separadamente.

En el plano objetal: El adolescente vive la reactivación de las investiduras incestuosas paterno maternas debido al desarrollo sexual que la pubertad impele. Esta reactivación junto con la capacidad orgásmica, le sitúa en



un plano paritario con la capacidad efectiva de realización de los deseos edípicos. El Yo confrontado a lo prohibido, activa una serie de defensas y la reedición de la renuncia edípica.

El reto de esta renuncia va orientando los deseos hacia lo exogámico con nuevos horizontes afectivos donde la realización de los deseos *sí es factible*. La satisfacción en el plano simbólico que supuso una salida en la latencia tiene que dejar paso a la realización efectiva. Ambos planos de satisfacción establecerán un pacto para que su alianza contribuya a una moderación de la actuación y la posibilidad de hacer elecciones adecuadas, ya que la demora se hace posible por el plano de la satisfacción simbólica en connivencia con la satisfacción efectiva.

Por otro lado, el adolescente tiene que acometer la renuncia al universo endogámico infantil, renuncia que le llevará a invertir el mundo social en expansión creciente. Las pandillas van a ser la bisagra entre lo familiar conocido y lo social desconocido, se erigen como un *área transicional* que permite ir hacia afuera con el amparo de lo *conocido*.

Desde el plano narcisista: decíamos que el adolescente está retado a habitar un cuerpo cuyas transformaciones no controla, un cuerpo que dejó de ser conocido/infantil para situarlo en un plano desconocido/ adulto, sexualizado. La vivencia identitaria tiene pues que realojarse en un cuerpo que puede resultar extraño enigmático. Teresa Olmos lo expresa así:

“Es un momento a partir del cual se resignificarán las experiencias sexuales infantiles que imponen un trabajo de simbolización; en el que una clave esencial será el poder simbolizarse como extraño, apoyándose en un extrañamiento corporal.” (2016pg. 200)

Este trabajo requiere un buen asentamiento narcisista previo con una integración

de la vivencia corporal adecuada. El trabajo narcisista de la analidad y la travesía fálica tuvo que haber cosechado un núcleo identitario sólido y flexible para integrar los cambios.

Los duelos narcisistas tienen también una consecuencia en la consolidación del *Ideal del Yo*. El duelo de los padres ideales asumiéndolos ahora como adultos con sus defectos, generan el mantenimiento de la visión idealizada en lo intrapsíquico en dialéctica también con el límite y la castración viniendo a consolidar el Ideal del YO. Va a ser en la adolescencia cuando el Ideal del Yo asociado íntimamente al trabajo identitario tome su forma adulta desprendido de metas infantiles y omnipotentes, asociadas al Yo ideal. La relación dialéctica entre ambos referentes narcisistas está ahora especialmente retada en esta coyuntura evolutiva. Así lo expresa Penot:

“Me parece pertinente considerar el ideal del yo como operador simbólico que mantiene una relación de contigüidad dinámica y dialéctica con las figuras narcisistas proyectadas por el Yo ideal.” (Pg. 73)

En las salidas de la crisis adolescente favorables, el ideal del Yo mantiene sus objetivos atravesado por los logros fálicos no confundiendo la potencia con la omnipotencia.

Este duelo exige por lo tanto suficiente elasticidad en el funcionamiento previo (tanto en la vivencia identitaria como en la dinámica de las instancias y las investiduras objetales) también exige que el encuadre ambiental (familiar, social, académico) mantenga una estabilidad. En caso contrario se puede propiciar la ecuación: cambio=pérdida, activando el pánico a lo desconocido y la regresión a posiciones previas y/o la descompensación sintomática.

Todos estos duelos van a requerir, por lo tanto, una consistencia en la salud de base



para contar con un narcisismo primario y secundario sólidos así como un Yo con capacidad de procesar las pérdidas generando ámbitos representativos y conquistas sublimatorias que las compensen.

Cuando el trabajo de duelo va circulando convenientemente, el adolescente lo expresa con cierta desestabilidad en su equilibrio previo sin llegar a producirse síntomas. Estos van a ser el testimonio del fracaso de este trabajo psíquico como vamos a ver.

El trastorno alimentario y sus manifestaciones como testimonio de un duelo adolescente fracasado.

El origen del fracaso de este duelo está asociado como ya lo hemos advertido a la densidad del trabajo que el yo tiene que acometer, requiriendo para ello un funcionamiento previo con un nivel de salud psíquica que lo haga viable y con una coyuntura ambiental estable asistida por unas funciones paterno maternas que custodien convenientemente los movimientos exogámicos y la *pérdida* del niño/a.

En estos casos, la incapacidad elaborativa puede ser debida a una fragilidad del equipamiento narcisista de base que dificulta el trabajo de duelo, o bien a la coincidencia de este momento con situaciones ambientales de pérdida que adquieren un valor traumático.

En el primero de los casos parece ser que el periodo de latencia no pudo generar la provisión de recursos simbólicos que puedan hacer viable un trabajo adolescente en condiciones. Penot lo advierte:

“Para el devenir de un adolescente en crisis, hay que evaluar en qué medida algunas aptitudes psíquicas del periodo de latencia, van a poder sostener su acción en la vida adulta, en lugar de encontrarse barridas por la erupción sexual puberal. A través de la tormenta de este cambio de régimen, que caracteriza el paso a la pubertad, se podrá apreciar aprés coup en

qué medida se trataba de soluciones sublimatorias auténticas, o sólo formaciones reactivas defensivas y de contrainvestidura con carácter supresivo superyoico.” (pg. 75)

El fracaso de este duelo se manifiesta en esta clínica por la erupción repentina de los síntomas sin que se haya dado un proceso visible previo del estado de descompensación psíquica que está teniendo lugar. No hay expresión de sufrimiento o dolor, el estado emocional va siguiendo un curso silencioso, en negativo. Esta situación sugiere lo descrito en las descompensaciones somáticas consecuentes aun estado de desorganización psíquica. En la clínica que nos ocupa, la desorganización viene dada por la vivencia *traumática* del cambio que el Yo está impelido a procesar. A diferencia de la solución somática, el cuerpo no llega a enfermar, mantiene una cierta función mensajera del contenido pulsional.

Aun así, es una situación cercana a la denominada *clínica del silencio* descrita por Smadja:

“Entiendo por la clínica del silencio un conjunto de fenómenos que estructuran el discurso del paciente al hilo del trabajo analítico y que se caracterizan por la falta en la autofiguración psíquica, se sitúan en el orden del afecto de los fantasmas y las representaciones, también a las percepciones corporales.....La clínica del silencio es una clínica de lo negativo(.....) el silencio es el producto de una relación de fuerzas psíquicas, está sostenido por una compulsión interna (...) procede de una situación nodal primaria ligada a la economía del afecto.”(pg. 174).

La situación nodal, la asocia el autor a traumas primarios que han interferido en la organización narcisista de base, padeciendo una escisión dentro del yo. Este desgarramiento precoz primario va a obstaculizar los procesos de duelo posteriores.



A mi modo de ver, las características del cambio impelido en la pubertad tienen también en sí mismas, un potencial traumático como para desencadenar el fracaso en este duelo.

Duelo que genera la incapacidad de asimilar los cambios tomando una forma *no neurótica, arrepresentada, silenciosa y actuadora*. De ahí surge la dificultad para el clínico a la hora de poder captar el estado depresivo de base ya que éste se sale del cauce visible, doliente.

Es un duelo cercano a lo que H. Deustch (1937) describe en su artículo sobre *La ausencia de dolor*. La autora describe una serie de casos en donde el yo con un desarrollo insuficiente no ha podido soportar la *tensión del trabajo de duelo* y utiliza un mecanismo de autoprotección narcisista para sustraerse al proceso, siendo la expresión más extrema de este mecanismo *la falta de afecto*.

Nuestra hipótesis, en definitiva, gravita en torno a pensar que la crisis adolescente reta al yo a un trabajo elaborativo donde sus recursos pueden hallarse al límite de su capacidad. El duelo adolescente en estos casos reviste un *carácter traumático*. Lo traumático es una palabra clave para entender las manifestaciones sintomáticas en torno al trastorno alimentario.

Por ello voy a dedicar unas líneas para describir lo traumático. Roussillon lo describe así:

“Una situación traumática es aquella que no puede ser metabolizada por un sujeto dado, en un momento dado de su desarrollo o de su historia (.....) el traumatismo es lo que produce un parón en la vida psíquica y de la elaboración de la experiencia.” (2010 pg. 236)

Una de las características de lo *traumático* es la consecuencia del desdibujamiento del trabajo simbólico con el afecto, perdiendo éste su connotación subjetiva y manifestándose por lo tanto en negativo, sin un trabajo

representativo donde el yo pueda reconocerse autoafectado de un estado de malestar significado. Este tipo de angustia se presenta de forma difusa invasiva y efractante acosando desde dentro y generando el pánico de la pérdida de la cohesión narcisista. Es de índole depresivo-despersonalizada. Cualitativamente se presenta al Yo sin contenido simbólico, sin fantasías, sin representaciones. Freud habló de ella proponiendo dos tipos de angustia: la llamada angustia *automática* (que es una angustia de desbordamiento de naturaleza traumática) y una angustia *señal de alarma* (que permite protegerse por adelantado de la aparición de situaciones de angustia, generando en el Yo mecanismos de defensa que protegen su estabilidad). Entre una y otra se debe intercalar un trabajo que el Yo debe hacer para constituir la experiencia anterior traumática en *señal de alarma*.

La angustia que se vive por lo tanto en este registro es una angustia impensable que se siente como una efracción, un desasosiego invasivo, que amenaza desde dentro la vivencia de *continuidad del ser, de continuidad en su apuntalamiento narcisista y yoico*. El contener esta angustia es imprescindible ya que supone una amenaza en los cimientos identitarios, en los cimientos de la vivencia de sí mismo. La cualidad de este tipo de angustia es lo que Winnicott ha denominada *agonías primitivas* y Bion *el terror sin nombre*.

El envite de estos emergentes de vivencias de tintura depresivo-despersonalizada sin que el sujeto pueda asignarles un significado asaltan al Yo que emplea maniobras de sostén narcisista ante el riesgo de la pérdida de coherencia de anclaje identitario. Al carecer de recursos mentalizados es decir, un tejido representativo que pueda procesarla, el sujeto recurre a defensas como la adicción o el fetichismo.

Los enclaves en negativo dentro del psiquismo son territorios psíquicos habitados por un malestar anónimo sin fin, que



conviven con vivencias representadas. El funcionamiento neurótico se ve interrumpido por una vivencia de desamparo angustioso (Smadja), desamparo que todo lo invade y que no cuenta con una *asistencia interna autocalmante en permanencia*. Lo que está en juego es la vivencia de continuidad identitaria. Es esto lo que va a provocar el *acting autocalmante* fuera por vía de la motricidad. En el caso de la bulimia a través de la ingesta, en el de la anorexia a través de la mirada reaseguradora al cuerpo delgado o el ejercicio y movimiento, tratando de este modo de organizar un asidero que ponga fin al vértigo interior creado por el desconcierto identitario.

El mundo interno está pues colonizado por territorios invadidos por un malestar agónico impensable, experiencias de tensión sin representación, sin salida, sin recursos internos para hacerlas frente (debido a la desorganización psíquica consecuencia de la elaboración psíquica fracasada). Estados *más allá* que llevan a una desesperación existencial.

Estos enclaves están escindidos y blindados por defensas narcisistas antiobjetales, defensas que incapacitan al sujeto para encontrar un alivio en lo relacional.

La clínica del trastorno alimentario presenta elementos comunes como es el duelo patológico y la desorganización psíquica que impacta la configuración identitaria adquirida, interrumpiéndose la dialéctica continuidad/ discontinuidad en el seno de dicha configuración.

J. Jung recientemente, reflexionando sobre la constitución identitaria, aporta contenidos que aluden a esta dinámica:

“Presente en numerosas definiciones de la identidad, la problemática de la continuidad/discontinuidad constituye el eje sobre el que se apoyan las nociones de permanencia y de cambio (...) su dialéctica apela a la forma

en la que un sujeto construye el sentimiento de permanencia de sí mismo a pesar de los cambios que afectan su organización psíquica.”(pg. 21)

El yo desarrolla en estos casos dos salidas defensivas para enfrentar esta dificultad: la adictiva /bulímica y la fetichista /anoréxica. Ambas soluciones se suelen dar combinadas en el trastorno alimentario aunque según sea la organización psíquica de base la tendencia se manifiesta más en un sentido o en el otro.

La solución adictiva: la bulimia.

Lo adictivo se presenta como una defensa narcisista que comparten diferentes funcionamientos psíquicos, puede ser usado puntualmente en una configuración neurótica (recordemos que Fain sostiene la hipótesis de la existencia de un núcleo traumático en la base de diferentes estructuras neuróticas). Su uso aquí sería el indicador de un momento evolutivo donde hay un reto particularmente difícil para el equilibrio psíquico, como puede ser la adolescencia.

La defensa en lo adictivo se va a organizar como un enganche a lo externo, a lo perceptivo, para evitar la invasión de la angustia difusa y agónica amenazando la cohesión narcisista. Por lo tanto, los elementos adictivos son estabilizadores del equilibrio psíquico.

Roussillon lo expresa así:

“Algunas dependencias puramente subjetivas participan de la identidad misma del sujeto, aparecen como la condición sine qua non del sentimiento de ser o de la continuidad de ser. Aquel otro, aquel objeto, aquella droga, aquel comportamiento, parecen haberse convertido componentes esenciales de la identidad del sujeto, componentes esenciales de su organización, incluso de su cohesión narcisista a las que estas están alienadas. Es el dominio de lo que hoy en día se llama la adicción.”(2008 pg. 108).



En estos casos, la defensa silenciadora del narcisismo negativo liderada por la pulsión de muerte no ha logrado acallar el *ruido* de la angustia. Los emergentes de ésta, son sofocados por la utilización del elemento adictivo que tiene una función económica en la estabilización psíquica de base. La adicción marca el fracaso del *principio del placer* como recurso psíquico para tratar el malestar. La *compulsión a la repetición* emerge testimoniando los enclaves de angustia no simbolizada que padece el sujeto. El acting bulímico daría cuenta de un procesamiento psíquico fracasando en el plano representativo para tratar la angustia.

En el cuadro bulímico, el llenado de estómago da cuenta del vacío psíquico, vacío testimoniando la falta de un correlato representativo en este plano. La sensación de repleción estomacal apuntala engañosamente el intento de *llenado* cuando ha fracasado la función simbólica del objeto interno.

Es una defensa cercana a los llamados *procedimientos autocalmantes del yo*. A diferencia de los autoerotismos, no dan la satisfacción, ya que éstos llevan la marca del objeto y son un entretenimiento paraexcitante en su espera. *Los procedimientos autocalmantes* se generaron por imposibilidad de encontrar la satisfacción en el placer erótico, por lo tanto, por la ausencia de desarrollo de autoerotismos, también por la imposibilidad de utilizar la satisfacción alucinatoria, remplazándola por la búsqueda de sensaciones corporales en una actividad mecánica programada y deslibidinizada.

El psiquismo en su constante dinámica progresivo/regresiva quedó amputado en poder sostener lo regresivo libidinalmente, vía representativa. Queda pues expuesto a lo regresivo vía comportamental. La vía comportamental se va a erigir pues como una vía de evacuación tensional obliterando e interfiriendo el trabajo simbólico y la mentalización.

Gerard Szweg lo expresa así:

”El infierno de los procedimientos autocalmantes, es una necesidad que está impuesta por el desamparo y no por la angustia objetal. Es un infierno que es exigido por una sobreexcitación no integrable, una neurosis traumática subyacente que puede, por otra parte, no comprometer sino a un sector de la actividad psíquica. Ésta es el resultado del desfallecimiento de la constitución de un sistema psíquico de defensa contra el desamparo y el fracaso de la función materna para atenuar la angustia del niño” (2014 pg. 83)

Los *procedimientos autocalmantes* estarían sosteniendo la organización defensiva de algunas formaciones patológicas que tienen una tendencia a hacer uso de la motricidad como paliativo de un déficit simbólico.

Una pequeña viñeta clínica servirá para ilustrar estos contenidos.

Se trata de una paciente que atiendo individualmente hace algún tiempo. Presentaba una sintomatología bulímica masiva que remitió pero sigue persistiendo en momentos puntuales...

P: “De repente me lanzo a la comida antes de dormir, cojo un paquete de galletas para picar algo y me lo como entero. Es asombroso, en cuestión de segundos y sin un atisbo previo, no puedo parar, sigo y sigo”

A: “Quizás eso que le pasa tiene que ver con la dificultad de hacerse cargo de los sentimientos que tiene antes de dormir”

P: ”Claro! Siempre malos!, pienso que voy a morir y cómo me las voy a arreglar estando sola. Siempre tengo que comer aunque esté llena, no puedo ir a la cama sin pasar por la cocina”

A: “Sí! Es como llevar a mamá en el estómago”



Otro caso, el de Ana, ilustra con claridad la aparición del síntoma por la dificultad puntual de elaboración de un duelo.

Ana acude a mi consulta al año de perder a su padre. Llama la atención un tatuaje con el nombre de éste en el brazo y su alianza colgada con una cadena en su cuello. En las primeras entrevistas sólo es capaz de relatar la compulsión a comer que le está asustando por la intensidad y virulencia con que se presenta ocasionando vómitos recurrentes a lo largo del día. No evidencia ningún signo afectivo de pesar o dolor.

Tratando de hacer una cronología de la aparición sintomática e invitándole a que piense sobre algún acontecimiento significativo, relata que su padre fallece cuando ella está de vacaciones, no se pudo despedir...fue repentino. Al poco tiempo decide irse fuera a trabajar y es en este período cuando empiezan a aparecer los síntomas...Su compañera recibe a sus padres de visita y ella come compulsivamente mientras ellos están fuera de la casa. Éste fue el primer episodio. La pérdida del padre ocurre al año de una separación amorosa donde ella sufrió mucho, estando meses deprimida y muy abatida.

En el caso de Ana el vacío psíquico dejado por un padre que para ella constituía un asidero narcisista, se ubica en el estómago y la conducta compulsiva viene a llenar de comida lo que la elaboración psíquica no puede llenar a través del rescate del vínculo en un proceso de duelo saludable. Los emergentes sintomáticos eran más frecuentes de noche, al despertarse y comprobar el silencio del hogar, silencio que le remite a otro...al de la ausencia de su padre. Con mucha dificultad Ana va asociando a lo largo de las sesiones la aparición de los síntomas con el fallecimiento de su padre.

Este duelo pasó desapercibido para ella, pasó sin demasiado dolor...se había agotado

su capacidad de sufrir tras la pérdida de su novio un año antes de esta muerte. La depresión no mentalizada en este caso está referida a pérdidas traumáticas acumuladas en poco tiempo que desbordan la capacidad de elaboración de su Yo. La psicoterapia que se pone en marcha fue tratando de rastrear la emergencia de un afecto no subjetivado a través de la bulimia, de este modo va remitiendo el síntoma y un estado depresivo más evidente, en positivo, visible, la va sustituyendo.

Voy a seguir ilustrando estos contenidos con dos escenas de un sueño, de otra paciente a quien llamaré Sara.

Sara ha padecido desde su infancia una soledad ocasionada por la inclusión laboral de su madre y la tendencia alcohólica del padre que provocaba que ella soportara mucho tiempo en soledad en su casa. En el piso superior vivían unos tíos que a veces la acogían pero siempre le persiguió la vivencia de rechazo de ese entorno familiar.

Volviendo al sueño...

En la primera escena ella se ve rechazada por mujeres de la familia del piso superior, le asalta el miedo a ir sola a su casa, el espacio entre una casa y otra lo describe como un entorno desapacible: hacía frío, había oscuridad, era casi de noche.

En la segunda escena ve en el suelo unas bolitas, "como las cuentas de un collar", luego lo asocia con la cadenita del lavabo que relaciona con sus vómitos, era la cadenita que miraba mientras vomitaba.

Ambas escenas ponen en relación la vivencia depresiva de exclusión familiar y desamparo, (este último representado en la luz de la escalera y el ambiente desapacible que describe), con el vómito y por lo tanto, la bulimia. Los sentimientos depresivos no reconocidos como tales y manifestándose como una angustia difusa llevan a la ingesta para tratar de sofocarlos y la ingesta



desemboca en el vómito. El sueño ofrece una oportunidad de elaboración psíquica de estos afectos para poder “sufrirlos” y darles un cauce subjetivable para el yo.

Estos ejemplos vienen a ilustrar cómo la defensa se activa ante la imposibilidad de tratar la angustia depresiva por un cauce simbólico. Es la defensa adictiva que a través de la ingesta viene a socorrer aunque de manera muy efímera el pánico interior que se genera ante los emergentes de un afecto no simbolizado, por lo tanto no subjetivado o reconocido por el yo como formando parte de su estado vivencial.

La solución fetichista: la anorexia

Su manifestación sintomática es el testimonio de una complejidad mayor que en la manifestación bulímica en el manejo del sufrimiento depresivo-narcisista subyacente. Dicha complejidad se genera por la afectación de la organización narcisista de base que este duelo conlleva.

El cuadro anoréxico también corresponde a una descompensación depresiva derivada de un duelo patológico que da lugar a la imposibilidad de adecuar la vivencia identitaria a los cambios que anuncia la coyuntura evolutiva adolescente. La irrupción de la sexualidad tiene aquí también un carácter *traumático* que reta de forma particular al narcisismo, a la vivencia identitaria. En el trastorno anoréxico la mirada depositada en el cuerpo juega un papel decisivo dado que su visibilidad permite sostener con lo perceptivo el déficit representacional en el plano identitario. J. Jung lo expresa así aludiendo a la búsqueda del doble cuando se ha interrumpido el procesamiento transicional identitario en el devenir del sujeto.

“Entre las formas del doble narcisista idealizado se puede pensar en el doble “fetichista” cuyo reto principal consiste en contener y cicatrizar los aspectos escindidos de la

subjetividad fijándolos en una forma ideal en donde se agarra”(pg.222)

Yo diría que esta mirada persigue dos objetivos:

- a) Contrainvestir la sexualidad que se insinúa en los cambios corporales ayudándose de lo perceptivo. La mirada apuntala lo irrepresentable del cuerpo transformado/sexuado reasegurando un cuerpo delgado/infantil y sexuado. El control voluntario de la ingesta ejerce una resistencia muy activa al devenir de un cuerpo cambiante, de este modo se utiliza el cuerpo para recrear el triunfo omnipotente del control desde una posición anal, tratando de contravenir los cambios corporales promovidos por el desarrollo puberal.
- b) Otro de los objetivos, éste más narcisista, consiste en contemplarse en un cuerpo que exhibe la privación como una plus valía narcisista. Un cuerpo que exhibe la voluntad triunfando sobre la necesidad y el deseo... En definitiva, un cuerpo sacrificado (del latín *sacrum facere* equivalente a hacer sagrado) idolatrado para suturar la falta de una representación identitaria, valiosa y consistente. Este objetivo marca el triunfo del Yo ideal regresivo y arcaico sobre las instancias más evolucionadas que perdieron su protagonismo.

Ambos objetivos, entre otros, se distribuyen en mayor o menor proporción según la gravedad del cuadro. En los casos más graves y más renuentes al cambio, la problemática narcisista y el liderazgo del Yo ideal cobra



mayor virulencia. En estos casos la elación narcisista se ha pervertido dando la espalda a lo pulsional promoviendo la privación. El hambre, provee además de una forma de llegar a esa *perfección* exigida por el Yo ideal, un disfrute masoquista.

A diferencia de la manifestación bulímica, los niveles de angustia se han silenciado más al precio de una retorsión de la vivencia de pérdida, transformándola en una pérdida narcisista y ubicándola en el cuerpo. La función de éste en la economía del estado afectivo de base, va a ser fundamental para entender la sintomatología que nos ocupa, ya que va a ser el depositario de la ambivalencia afectiva retirada de lo objetal. Se le va a someter al control omnipotente y a la esclavitud de la restricción alimentaria, al mismo tiempo va a ser el depositario del honor narcisista siempre y cuando evidencia el sacrificio del hambre. Esta forma de elaboración de la pérdida está cercana al *modo melancólico*...

“Los mecanismos clave de la melancolía (pérdida de objeto, elección de objeto de tipo narcisista y pérdida de estima de sí, ambivalencia intensa e importancia del odio vuelto contra sí) propuestos por Freud en Duelo y Melancolía (1917) representan los pilares de base de toda aprehensión psicopatológica psicoanalítica de las depresiones sea cual fuere el funcionamiento psíquico subyacente.” (S. Carton 2011).

Los datos clínicos que nos van a sugerir que un duelo de este tipo se está poniendo en marcha serían: la virulencia del odio dirigido hacia sí (que en estos casos va dirigido en un cuerpo detestado si no se ciñe a los requerimientos del control alimentario), la anestesia afectiva desde el plano depresivo, el estancamiento del tiempo y la regresión de la organización edípica con la pérdida del gobierno de las instancias más evolucionadas para esclavizarse al dominio del Yo Ideal.

Marty ya lo advierte en 1967 en el 25 congreso internacional de psiquiatría:

“En las desorganizaciones, el superyó pierde su función habitual y es remplazado por un YO Ideal arcaico que precipita al paciente a heridas narcisistas desorganizadoras.” (pg. 53)

El superyó regresa y cede el testigo al Yo Ideal agudizándose así una conflictiva de tipo narcisista, renegando la pérdida. Lo pasivo se vuelve activo para eludir la indefensión ante lo incontrolable...La elaboración de la pérdida se ha transformado en una problemática de tipo narcisista donde se intenta venir a socorrer esta experiencia intramitable para el Yo convirtiéndola en una opción narcisista que se aviene al control a través de la voluntad y que cubre las expectativas de la omnipotencia infantil.

Por lo tanto, la manifestación anoréxica con la exhibición de la esclavitud a lo restrictivo, su aferramiento a la privación como un baluarte narcisista, es el testimonio del dominio del Yo Ideal y el fracaso del gobierno de las instancias más evolucionadas. Este gobierno inhabilita al yo para el procesamiento après-coup de la vivencia identitaria que los cambios adolescentes requieren.

El uso del cuerpo en esta economía psíquica está cerca del uso fetichista ya que va a ser en este contexto donde el cuerpo delgado, incluso famélico, va a ser el que se erija como un elemento fetiche que viene a socorrer el acoso del Yo ideal exigiendo dar la espalda a lo pulsional, al deseo y a las necesidades. Es también el elemento mágico protésico que sella el vacío y le impide procesarlo.

El fetichismo viene siendo estudiado desde Freud, pero son los trabajos más recientes los que le otorgan una función anti-traumática en la economía psíquica. Para la comprensión del tema que nos ocupa es muy pertinente lo que apunta E Kestenberg, la autora subraya que:



“Se trata de “desanimar” a un objeto (en este caso el cuerpo) para hacerlo portador del yo ideal, hacerlo inmutable... sin edad, inmortal con el fin de investirlo para que garantice la integridad narcisista y la propia idealidad.” (pg.12)

Para Roussillon:

“El fetiche representa un hueco de la vida psíquica, pero solo lo representa si está materializado, no puede abstraerse de esta presencia perceptiva. (...) La organización de un funcionamiento fetichista intenta garantizar la psique contra un derrumbe, contra la vuelta de un pasión inicial del afecto que amenazaría con desorganizar las adquisiciones mas evolucionadas.” (2012 pg. 169)

En la anorexia se combinan *dos objetivos* para generar la esclavitud a la restricción:

- a) *La lucha contra la tendencia adictiva de base.* Todo el empeño restrictivo viene a tratar de evitar la compulsión bulímica que surge ante los emergentes de angustia. La restricción aparece como contrainvestidura de la defensa adictiva que comparte con la bulimia pero aquí manifestándose de forma negativa.
- b) *El uso fetichista del cuerpo delgado* que testimonia el triunfo del narcisismo ascético descrito por Green.

“La estructura patológica del narcisismo que queremos describir está caracterizada por una economía que grava al yo por la victoria de la pulsión de muerte que confiere al principio de Nirvana (el rebajamiento de tensión a 0) una preeminencia relativa sobre el principio del placer, y a la renuncia pulsional sobre la satisfacción y la ilusión.” (1983 pg. 182)

En esta patología narcisista, el masoquismo se combina con el Yo ideal para

poder eludir la deriva sexual y hacer de la privación una satisfacción. En este sentido, una de mis pacientes, en una reunión de familia le aseguraba a su madre que aunque los macarrones tuvieran cero calorías ella sería incapaz de comerlos (“por el disfrute que conlleva la ingesta” apunté yo.)

Voy a ilustrar estos contenidos con otra de mis pacientes a quien llamaré Paula. Paula lleva una relación muy restrictiva con la comida desde la ruptura con su primer novio hace ahora tres años. Su férrea disciplina alimentaria la compensa pasando mucho tiempo viendo fotos de comida en su móvil.

Siempre padeció el protagonismo de su única hermana ante la mirada de su madre. Veamos un material reciente:

Empieza la sesión contenta con sus notas de exámenes, guarda silencio y rompe a llorar desconsolada.

P: “*Me veo gorda, no lo soporto y es que es verdad porque no me caben las cosas del año pasado.*”

A: “Es importante que podamos diferenciar cómo te ves y cómo estás...”

P: (solloza) “*es que me siento más si estoy más delgada...ahora me da vergüenza...*”

A: “Parece que solo te ves de la piel hacia afuera... ¿Hacia adentro no hay nada? No puedes ver lo invisible...el espíritu? quién eres?”

P: “*De pequeña ama y mi hermana eran delgadas...yo grande, siempre he sido más grande.*”

A: “Y tu imaginabas que ama no te miraba ni te consideraba porque eras grande... desde entonces ser delgada es para ti ser querible.”

P: “*Sí...no lo puedo evitar*”

A: “igual toda la rabia que te produce esa ama que no te mira la diriges a tu cuerpo...por eso lo detestas.”

P: (sonríe...) “*pues igual...ya me doy cuenta que tengo muchas rabias contra ella...*”



Comentario: La paciente inicia la sesión cegada por la adhesión fetichista a la delgadez...le avergüenza su cuerpo (es muy bella y está delgada). Después de mi intervención hay un movimiento objetalizante, menos narcisista donde trata de elaborar la exclusión de la mirada narcisizante de la madre, termina reencauzando el movimiento agresivo hacia afuera, saliendo de la defensa melancólica.

Otra pequeña viñeta de Paula nos permitirá entender la restricción alimentaria como la vía para obtener la sostenibilidad narcisista a través de un cuerpo delgado/ideal.

P: “Cuando estoy con mi novio, no me importa comer...sé que le gusta, mi cuerpo le gusta. Cuando no estoy con...si él no me ve...yo no me veo y dejo de comer... Es un terreno que aún tengo que ganar. Ayer comí un bombón estando sola y eso es algo nuevo...me quedé contenta.”

En Paula la elaboración de la ausencia es como dice ella un “terreno que tiene que ganar “...al derrumbe narcisista diría yo.

Esta conquista psíquica posibilitará no hacer un uso fetichista de su cuerpo y rehabilitar su relación con la comida.

Abordaje clínico del trastorno alimentario

El trabajo psicoanalítico con el trastorno alimentario nos obliga a contemplar la clínica de lo negativo, es decir, de la expresión afectiva sin un *cauce representativo subjetivado* que la testimonie. Por lo tanto, tiene que contemplar el trabajo analítico en la *simbolización primaria del afecto* para llevarlo de la vivencia de sensación anónima y despersonalizada *al sentimiento subjetivado*. Considero que una prioridad en este tipo de trastornos es la rehabilitación identitaria que se organiza al hilo del trabajo psíquico con el afecto.

El trabajo en la simbolización afectiva también implica analizar las defensas empleadas para silenciar las emociones, defensas narcisistas que atrincheran al sujeto en una tendencia desobjetalizante que dificulta la apertura a la investidura vincular. El posicionamiento objetal de poder investir e investirse que ha sido contemplado como el “*estar solo en presencia de*” (Winnicott y Roussillon) implica reubicarse identitariamente en el seno de una relación humana participando en la dinámica afectiva *sin perderse*. El objetivo psicoterapéutico va a ser romper esta barrera defensiva para devolver al objeto su función antidepresiva y rehabilitadora narcisísticamente, ya que el gran drama de estas situaciones clínicas es la incapacidad de hacer uso del objeto para reparar el vacío afectivo y narcisista.

El clínico que se adentra en este tipo de coyunturas deberá poder navegar por los distintos estados emocionales pudiéndolos captar a través de una sintonía contratransferencial empática. La función reflexiva del Yo en vías de rehabilitación exige la internalización de una mirada *en función de doble* que vaya sustituyendo la ceguera interior promovida por la prevalencia de referentes narcisistas arcaicos cargados de vergüenza y admonición como es el Yo Ideal regenerando así un *espejo interno* que permita relanzar el procesamiento identitario.

El trabajo clínico que aquí se despliega lo expresa muy bien C. Parat (1995) cuando dice:

“Es el afecto el que sirve de vehículo entre los dos inconscientes y el que permite abordar conjuntamente el territorio de las representaciones-cosa y de lo reprimido primariamente (...) se trataría más bien de la posibilidad de una relación interhumana que se establece directamente y regresivamente sobre un modo preverbal, anteverbal, donde el afecto de uno entra en resonancia con el afecto del otro. Es quizás la única vía que permite el abordaje y la



movilización de los elementos, de los sedimentos de lo reprimido primario.” (pg.171).

El analista es aquí convocado a dejarse ir a un encuentro intersubjetivo que en sintonía con el sentir del aquí y ahora transfero-contratransferencial vaya posibilitando la creación de un trabajo simbólico y representativo en un estado vivencial identitario desdibujado, con el fin de rehabilitarlo y posibilitar así nuevas investiduras narcisistas y objetales.

Es por la dificultad implícita en esta clínica, que este trabajo ha tratado de integrar algunas reflexiones surgidas en la cura de estas pacientes. El encuentro analítico constituye la gran oportunidad no sólo de rescatarles del sufrimiento silencioso que padecen sino de reencauzar el duelo adolescente y devolverle su función narcisizante, necesario para el abordaje de la andadura vital que tienen que acometer.

Referencias:

- Carton S y otros (2011) *Le silence des emotios* Dunod Paris
- Emmanuelli -Moggio y otros (2010) *Les ideaux*-Monographies et debats de la psychanalyse Paris PUF
- Freud S (1926). *Inhibición, síntoma y angustia. Obras completas*. Biblioteca Nueva 8: 283-2904.
- Green A (1983). *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Les Éditions de Minuit Paris.
- H.Deutsch (1937) *Ausencia de Dolor Psychoanalytic Quaterly 6,12-22*
- Johann Jung (2015) *Le sujet et son double* Dunod Paris
- Olmos T. *La potencialidad psicótica y el encuentro con la adolescencia*. Revista APM 78-2016
- Parat C (1995).L'affect partagé. *Revue Francaise Psychosomatique 44: 167-182. (2013)*.
- Penot *Reprimer ,idealiser sublimer* RFP 2001 La Repression tomo LXV
- Puertas P.(2003) *El grupo de anoréxicas una alternativa nutritiva*. Altxa Bilbao
- Puertas P. (2018) *El trabajo narcisista de la Analidad: construyendo la frontera* Mentalización Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia año V nº 2 Abril
- Roussillon R (2008). *Le jeu et l'entre je(u)*. París: PUF.
- Roussillon R y Golse B(2010) *La naissance de l'objet* Paris PUF
- Roussillon R -Kestenberg et al. (2012). *Le fétichisme*. París: PUF.
- Smadja *El lugar del afecto en la economía psicosomática* Monographies de psychanalyse. L'affect PUF Paris (2005)
- Szwec G (1998). *Les galériens volontaires*. París: PUF. *Los Galeotes Voluntarios*. Madrid: ed Ediciones (2014).
- Chervet, Delourmel et al(2006) *La Compulsion a la Repetition* Paris PUF

