CLINICA DE LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS EN LA ADOLESCENCIA

El estudio de dos trastornos alimentarios vinculados entre sí, la anorexia y la bulimia, abre múltiples interrogantes de gran interés para el psicoanálisis. El considerar a ambos como un conjunto interrelacionado, aumenta la inteligibilidad y la especificidad del cuadro.

La frecuencia creciente y la multiplicidad de ofertas terapéuticas, tanto en el plano biológico como en el psicológico, nos plantea un desafío: definir y evaluar el aporte específico de una comprensión psicoanalítica sin que esto implique una pretensión de hegemonía sobre el campo.

Personalmente me han resultado de gran interés y utilidad los trabajos vinculados al tema de Green, Jeammet y Brusset.

En una primera delimitación de esta clínica diremos que se trata de conductas alimentarias adictivas que sobrevienen selectivamente en la adolescencia, sobre todo en mujeres, mas en ciertos países y en ciertas clases sociales y cuya frecuencia está en aumento. Alcanzaría al 1% en el grupo de mayor riesgo, con variantes subclínicas hasta en el 5%.

Esta incidencia hace evidente la puesta en juego de un factor epidemiológico: los problemas alimentarios crecientes de las mujeres jóvenes contemporáneas se articulan con el valor social de la delgadez en el contexto cultural actual. Han sido denominadas patologías de "carrefour" porque a su ubicación entre lo psíquico y lo somático se suma esta otra encrucijada entre lo social y lo individual.

No cabe aquí hacer una revisión de la historia de este "síndrome" en la literatura, pero sí señalar los diferentes ejes teóricos que orientaron a estas investigaciones.

Desde los comienzos no escapó a las observaciones de Freud sus vínculos con la melancolía y su ocurrencia en adolescentes con inhibiciones sexuales. Pero es en los últimos años en que, junto con el incremento en su frecuencia, se multiplicaron los aportes.

De las descripciones iniciales centradas en el modelo histórico del desplazamiento regresivo de la genitalidad hacia la oralidad se pasó progresivamente a destacar la existencia de patologías del Yo ligadas a carencias narcisísticas primarias.

A partir de estas observaciones surgió la designación de patologías “transestructurales” al no poder encasillarlas en ninguna de las estructuras clásicamente definidas. La clínica muchas veces nos ubica “entre” los conceptos preexistentes.¹

Dentro del amplio espectro de formas clínicas hay una franja de pacientes en la que se destaca el fracaso en la oralidad a través de una irrupción de impulsiones de violencia y de muerte sobre la función vital. A ellos me voy a referir selectivamente.

Aquí la vida mental se polariza en la función alimentaria. Se produce un cortocircuito desde el registro de las fantasías y las representaciones hacia el nivel de las actuaciones. Simultáneamente, en los otros planos de la vida psíquica, también se manifiestan los rasgos adictivos, de impulsividad, de avidez, de repetición y de dependencia, que se expresan en la conducta alimentaria.

Son estados limítrofes que escapan a nuestras teorías y estrategias terapéuticas tradicionales. Su abordaje requiere acudir a modelos que abarquen dualismos ajenos al campo de las neurosis tales como las oposiciones narcicístico/ objetal, pulsión de vida/ pulsión de muerte, y el goce como opuesto al placer.

A esta complejidad debemos añadir, dado que se trata de una patología predominante en la adolescencia, la conflictiva inherente al momento evolutivo. Nos encontramos frente a un escenario móvil y cambiante donde las conductas alimentarias adictivas se superponen a una etapa vital marcada a su vez por los intentos de elaboración o expulsión de los conflictos a través de actuaciones, y donde la sensibilidad a las respuestas del ambiente es también característica.

Frente a la diversidad de formas clínicas cabe copnsiderarlas como variaciones dentro de un continuo en el que las formas mayores, a manera de una lente de aumento, destacan elementos igualmente presentes en las formas menores o, por el contrario, intentar discriminar los distintos niveles de organización mental en que se encuentran articulados los

¹ El enfoque estructural ha permitido al psicoanálisis tomar distancia del peso de la herencia psiquiátrica en sus consideraciones psicopatológicas y ha contribuido especialmente a reorganizar y ampliar la clínica de las neurosis. Sin embargo la división rígida en estructuras neuróticas, psicóticas y perversas, a la vez que organiza el campo de la clínica intenta, en mi criterio, establecer divisiones aún allí donde solo hay yuxtaposiciones. Peor que una inexactitud es forzar una precisión allí donde no existe. El modelo de coexistencia de áreas neuróticas y psicóticas de la personalidad conserva, en este aspecto, una flexibilidad

síntomas alimentarios para lograr así una mayor especificidad clínica y metapsicológica. Me inclino ampliamente por este último criterio.

En consecuencia excluiría de esta entidad el campo de las neurosis en el que los síntomas circulan dentro de una organización en la que ya ha sido instaurada plenamente una represión estructurante así como el de las psicosis clínicas en las que aparecen entramados en una producción delirante (melancolía, negativismo esquizofrénico, delirio de envenenamiento, etc.).

Reservaría el término anorexia y/o bulimia vera para aquellas situaciones clínicas desarrolladas a partir de un fracaso parcial de los mecanismos de interiorización constitutivos del narcisismo de base. Sobre este déficit inicial la organización neurótica no alcanza a desplegar plenamente su rol estructurante. La vulnerabilidad resultante y la falta de elaboración simbólica en sectores disociados de la actividad psíquica conducen a estrategias defensivas a través de las "conductas" alimentarias y a una concentración de las investiduras narcisistas sobre la apariencia corporal.

La inestabilidad condiciona una excesiva dependencia de los objetos externos y de las presiones culturales así como una incapacidad relativa frente a la exigencia de reestructuración psíquica del proceso adolescente, en especial en lo inherente a la evolución sexual femenina. Sobre el fracaso parcial de la organización de base se desarrollan defensas en los registros histérico, fóbico u obsesivo. Estas no constituyen lo específico del cuadro pero tienen valor pronóstico.

El par antitético anorexia-bulimia, mostraría las dos caras de una misma organización fantasmática que puede manifestarse a través de uno u otro síntoma en forma excluyente o alternante.

Dentro de las múltiples perspectivas posibles de reflexión privilegiaré, en un intento de síntesis, algunos ejes teóricos que considero facilitan la identificación de aquellos elementos más específicos dentro de las características generales de vulnerabilidad narcisística en la que reposan estos cuadros.

He seleccionado:

1. la adolescencia femenina y las determinaciones culturales
2. la problemática depresiva

3. las conductas adictivas y

4. el gozo antiobjetal

I- LA ADOLESCENCIA FEMENINA Y LAS DETERMINACIONES CULTURALES

Los trastornos alimentarios, tan directamente ligados al género, podrían considerarse en su conjunto como formas, más o menos evolucionadas, de soslayar los conflictos inherentes a la evolución sexual femenina.²

Se han intentado diferentes explicaciones sobre las razones de esta interconexión. En la femineidad "normal" se dan siempre complejas articulaciones entre narcisismo y sexualidad. Mas allá de las características singulares de la historia de vida de cada adolescente mujer entrarían en juego situaciones universales inherentes al género.

Esta conflictiva intrínseca queda a su vez enmarcada dentro de las convenciones que cada sociedad impone como tipificadoras de "lo femenino". El contexto cultural es el que determina las diferentes formas de expresión de los conflictos, en su dimensión identificatoria, cambiante a lo largo del tiempo.

Nuestra cultura establece vínculos valorizados entre delgadez, salud y eficacia que son explotados por los medios.

El sometimiento a las modas se vincula con su función de espejo estructurante. La búsqueda de una imagen ideal intenta alcanzar junto al reencuentro con el objeto valorado

² Los cambios corporales que se producen al alcanzar la madurez sexual de la pubertad o en situaciones como un embarazo implican ineludiblemente una gran sobrecarga emocional por el trabajo de resignificación de estas transformaciones para su integración dentro de una imagen corporal unificada. Esta imagen es una síntesis viva, una memoria inconciente de nuestras experiencias emocionales intersubjetivas desde el nacimiento, y es al mismo tiempo actual, viva y cambiante. Va sufriendo transformaciones a lo largo de la vida, atravesando momentos estructurantes, umbrales de organización que constituyen castraciones simbolígenas.

En la pubertad se conmocionan las bases de las identificaciones y los vestigios de las representaciones del yo corporal idealizado, el de la fusión narcisista madre- niño

Es un trabajo central del proceso adolescente el lograr asumir la identidad sexual marcada por el cuerpo biológico en transformación, poder alcanzar las identificaciones estructurantes que nos ubican como sujetos sexuados habiendo atravesado las vicisitudes en torno al reconocimiento de la diferencia de los sexos y a la amenaza de castración.

Este trabajo reactualiza los conflictos de la sexualidad infantil, reactiva las fijaciones pregenitales y el conflicto edípico con el duelo por los objetos primarios. Se ponen a prueba los resultados del apuntalamiento de las pulsiones y de la posterior represión que, en las evoluciones favorables, asegura una autonomía relativa de la función alimentaria en relación con la sexualidad.

la prosecuci3n de una identidad femenina. De all3 la multiplicaci3n de "mujeres en dieta" en las 3ltimas d3cadas como intento de entrar en la escena a trav3s de la imagen corporal.

Se ha se1alado tambi3n que la precocidad del comienzo de la vida sexual dentro de las tendencias sociales actuales puede favorecer experiencias que queden limitadas a sensaciones no pasibles de ser integradas en una genitalidad mas lograda y que esto facilite una desviaci3n de los destinos pulsionales a trav3s de la funci3n alimentaria.

En la anorexia, la transformaci3n puberal es vivida como una amenaza de desintegraci3n. El cuerpo sexual depositario de identificaciones proyectivas masivas es rechazado. A trav3s del s3ntoma se intentan amputar las curvas femeninas y alcanzar un ideal f3lico, recto y plano, como medio de recuperar un sentimiento previo de unidad. En esta fetichizaci3n del cuerpo despojado hay una b3squeda de un yo- corporal prot3sico que cumpla una funci3n envolvente, estabilizadora del narcisismo.

Siguiendo a Jeammet vemos que la pubertad pone en marcha una oposici3n entre el fr3gil equilibrio narcicista y la apetencia genital por el objeto. El objeto del deseo deviene una amenaza para el yo. Las fantas3as femeninas de pasividad y penetraci3n son experimentadas como aterradoras. Normalmente existe una complementariedad: el narcisismo se expande por la interiorizaci3n de los v3nculos a trav3s del logro de identificaciones. En estos casos, se instala una l3gica paradójal: la apetencia objetal es sentida como una amenaza narcis3stica, que desencadena un aumento de la tensi3n interior y la descarga por la acci3n. Jeammet resume esta paradoja diciendo: "Lo que necesito, y porque lo deseo, amenaza mi autonom3a". Las actuaciones alimentarias intentan una salida invirtiendo la pasividad en un dominio sobre el objeto necesitado y sobre el propio cuerpo.

Dentro de este antagonismo, el acto bul3mico pareciera poder rescatar, mas que la anorexia, la dependencia con el objeto. Al impulsar hacia una b3squeda regresiva del mismo pone en duda al triunfo narcicista y enfrenta al paciente con los l3mites de su poder de control.

Los anor3xicos temen abandonarse a estos excesos incontrolables. La bulimia ser3a el gozo a la vez deseado y violentamente rechazado. "Terror al deseo", "fobia al objeto", el objeto del deseo como "caballo de Troya", son s3ntesis descriptivas de este dilema nuclear.

Los deseos no son vividos como ampliando el campo de posibilidades del yo sino como el camino de intrusión del objeto.

La integración del cuerpo erógeno puberal pone de manifiesto una falla narcisística que remite a impulsos de fusión con un objeto originario al que no se ha podido renunciar. La bulimia en su apropiación salvaje y la anorexia en su reforzamiento del rechazo expresan la misma imposibilidad.

La forma en que se encuentra involucrado el cuerpo en estas patologías sugiere alguna forma de perversión del maternaje y reabre, desde los diferentes modelos teóricos, la indagación sobre el estatuto del objeto en su función estructurante del si- mismo.

Los estudios sobre modalidades vinculares en estas familias parecen coincidir en la descripción de una figura maternal intrusiva que no tolera la diferenciación ni autonomía

II. LA PROBLEMATICA DEPRESIVA

Está omnipresente. La fragilidad narcisista es la base del fracaso en los mecanismos de regulación de la autoestima con sentimientos de desvalorización y de vacío o formas más insidiosas de retraimiento o desinvertimiento. Puede haber alternancias con momentos hiperactivos, de resurgimiento, que recuerdan las oscilaciones maniaco- depresivas.

La anorexia ha sido descrita como una forma de paranoia internalizada según el modelo de la melancolía: despliega un proyecto de muerte lenta, a través de la inanición del objeto introyectado. El conflicto asume las variadas formas del control y sometimiento maníacos a partir de la identificación con el objeto perdido. La hiperactividad característica también sugiere un triunfo omnipotente sobre las necesidades y la dependencia del objeto a la vez que es un intento de descarga directa a través de la acción.

El acceso bulímico aparece, en lo manifiesto, como el desencadenante de la depresión. En realidad es un momento segundo, consecuencia del déficit narcisístico de base, y puede vehicular distintas significaciones prevalentes, pero no excluyentes.

En ocasiones predomina el sentido de pasaje al acto instigado por voces superyoicas tiránicas. El comer pasa a formar parte de una compulsión primitiva que como un círculo

repetitivo aleja una y otra vez de la imagen corporal idealizada. Luego del acceso se intensifican los sentimientos de vergüenza y denigración.

Vemos la fijación descrita por Abraham en la melancolía: el comer voraz y la coprofagia, una repleción con lo sucio y desvalorizado. Las voces superyoicas hostigan hacia una gordura que condensa imaginariamente a todo lo más denigrado.

Según el destino de las pulsiones pregenitales la bulimia muestra un registro oral arcaico con sus características de impaciencia, intolerancia a toda espera, pérdida de la diferencia con el otro en la fusión con el objeto primario, de destrucción del objeto concomitante a su incorporación y de la culpa y persecución posterior ligadas al tema de la devoración.

También vemos emerger la dimensión anal en la fecalización del alimento y del cuerpo tratado como un tacho de basura o en la dimensión sadomasoquista de los vómitos como expulsión destructiva violenta. Una paciente anoréxica mostraba esta conflictiva a través del sólo poder ingerir los restos de las comidas que preparaba cuidadosamente para otros o los deshechos, como las cáscaras.

Otra lectura posible de las significaciones en juego en un acceso bulímico rescata, por el contrario, una vertiente positiva, de naturaleza defensiva, frente al peligro de una desorganización capaz de arrastrar hacia una depresión esencial. A través de las intensas sensaciones de repleción el acceso trata de construir un sentimiento de consistencia y unidad del sí-mismo. Recurre a un contacto íntimo, de adhesión con el objeto alimento que, de contenido, pasa a cumplir la función de un límite interior que contiene.

Los significados del rapto bulímico oscilarían así entre el eje sadomasoquista y el polo defensivo frente a vivencias de desintegración. La clínica nos muestra diversas composiciones dentro de esta gama de significaciones posibles.

III- LAS CONDUCTAS ADICTIVAS

La anorexia y la bulimia fueron antes definidas como conductas que polarizan la vida mental alrededor de la alimentación. Implican un cambio de registro, un salto regresivo desde el nivel psíquico al campo del comportamiento. Ambas se constituyen en una vía de

drenaje de la energía psíquica bajo una forma inespecífica de descarga. Constituyen un cortocircuito hacia el polo de la actuación. En el acceso bulímico hay una reducción de la cualidad psíquica a la cantidad. Las repeticiones evocan el modelo de la neurosis traumática, el de un cortocircuito por déficit de la elaboración mental.

Este punto de vista económico, si bien esclarecedor, resulta esquemático si no se incluye dentro de un modelo de relaciones objetales que dé mas amplia cuenta del cómo y del por qué de este pasaje desde el nivel de las representaciones al de la acción. Es necesario rastrear las mediaciones a través de concepciones de causalidad circular capaces de incluir la complejidad de las relaciones entre lo psíquico, lo conductual y lo somático en sus encadenamientos retroactivos

La función última del pasaje al acto es, como en las adicciones en general, el intento, de suprimir el registro de aquellos afectos dolorosos intolerables.

A través de su dimensión adictiva estas conductas muestran la lucha maniaca contra la dependencia del objeto.

En la bulimia la ingesta maquinal y desenfrenada hasta la repleción seguida de angustia, vergüenza y vómitos ha llevado a las nociones de "orgasmo alimentario" y de adicción sin drogas, próxima a los mecanismos de la cleptomanía o de la masturbación compulsiva.

La anorexia, aparentemente contrapuesta a la descarga bulímica, muestra en lo manifiesto un rechazo hacia toda satisfacción pulsional. Esta negatividad no se corresponde, como sucede en las estructuras neuróticas, con la realización de una fantasía sexual reprimida inconciente. Pareciera tratarse, en cambio, de un gozo paradójal en la renuncia ascética, de un avatar del narcisismo negativo, de una expresión de la pulsión de muerte en su aspiración a la destrucción y al vacío.

En realidad, en el centro de la problemática anoréxica, también hallamos el impulso adictivo. Los anoréxicos temen abandonarse a excesos incontrolables, perderse como sujetos y no poder detenerse en el pasaje al acto bulímico. La bulimia sería el gozo a la vez deseado y violentamente rechazado, gozo que nos remite a las representaciones no figurables de los deseos de fusión con la madre en un anhelo de completud narcicística o a las orgías

alimentarias de los míticos crímenes canibalísticos de la horda primitiva.

IV. EL GOZO ANTIOBJETAL

El desenfreno bulímico al igual que la marcha inexorable hacia la muerte de las anorexias graves impone una reflexión sobre el cuerpo y el goce que trasciende el modelo de regresión y fijación a etapas libidinales dentro del principio de placer válido en el análisis de los síntomas neuróticos. Requiere tomar en cuenta la dimensión del goce y de su imposibilidad. Nos muestran hasta qué punto la búsqueda del goce es diferente y aún opuesta al placer. Expresa una búsqueda de satisfacción ligada a la descarga sin límites, no ligable en la fantasía y que la ubica en los registros de la pulsión de muerte y el más allá freudiano.

Una paciente anoréxica recreaba sus sensaciones a través del cuento de H. Quiroga "A la deriva". En él un hachero, víctima de una picadura mortal de yarará (sadismo oral mortífero), flota llevado por la corriente del Paraná en busca de auxilio. Pronto se pierde, río abajo, lejos de todo contacto humano, en medio de un sopor final pleno de sensaciones exaltadas de placer, envuelto por el sol como una piel que lo contiene.

Considero de gran interés el análisis de estos estados a la luz de lo que Green denomina el "trabajo de lo negativo".

Se destaca en este ejemplo la búsqueda de una quietud narcisística autosuficiente con exaltación de la sensorialidad. Es una característica de estos pacientes la búsqueda de sensaciones físicas; al "orgasmo" bulímico se corresponde el "orgasmo" el hambre, del placer de la no-satisfacción. Hay en ambos un sobreinvertimiento narcisista de las sensaciones corporales, un recurso a lo fáctico y perceptual a expensas del empobrecimiento del mundo objetal y de las emociones.

La salvaguarda narcisística paradójal antes descripta busca una resolución antiobjetal a través de las conductas adictivas.

El trabajo de lo negativo ataca en un mismo movimiento al objeto y al Yo que sirve de soporte a esa relación objetal. Su efecto mortífero no surge a través de una agresión

violenta, sino por sus efectos deslibidinantes, de desobjetalización, en una retracción narcisística negativa que degrada al objeto. Es la forma más silenciosa y quizás más destructiva del instinto de muerte.

Parecieran existir descriptivamente similitudes de este proceso con los mecanismos de desmantelamiento descrito por Meltzer.

El gozo anoréxico es una forma de destino narcisista de la relación con el objeto primario. El Yo, reducido a un Yo corporal ideal, busca reencontrar la fusión primera con el objeto. A través de la anorexia intenta negar la apetencia objetal adictiva y encuentra una "solución" narcisística en la delgadez, que se constituye en el único referente de valor.

Mientras en la anorexia se produce esta fusión entre el Yo y el Yo corporal idealizado, en la bulimia se desdibuja la distancia entre el Yo y el otro. Se produce una coalescencia entre el Yo y el objeto. El acceso al goce amenaza aquí la sobrevivencia de ambos como diferenciados. En el ataque desenfrenado a la heladera y sus contenidos, se movilizan fantasías arcaicas de intrusión en el cuerpo materno y de apropiación de sus contenidos. Es un retorno intrauterino que expresa a la vez la fusión con el objeto primario y la pulsión de muerte en su modo de apropiación salvaje.

El ataque bulímico realiza un movimiento hacia el objeto que queda detenido en lo real y concreto de la satisfacción alimentaria, y confronta luego a los pacientes con un sentimiento de ausencia, incluso de pérdida del objeto y de sí mismo y de inaccesibilidad al goce. Es después de las crisis bulímicas cuando reaparecen los intensos sentimientos de vergüenza y vacío.

En cambio, el control del deseo de comer y el mantenimiento, a veces erotizado, del hambre funcionarían como una fantasía de la posibilidad de un goce absoluto aunque este deba quedar virtual, y correlativamente de la continuidad del sentimiento de sí mismo. La apetencia objetal no alcanza a trasponerse en un deseo desplegado dentro de una intersubjetividad. Queda un gozo narcisístico antiobjetal.

Un riesgo en la evolución de estos pacientes es el avance del "trabajo de lo negativo". El objeto del deseo ha sido degradado al orden de la necesidad, reducido a un elemento material, perceptible y fuente de sensaciones. Esta sustitución intenta, junto con la desaparición del objeto propiamente dicho, la negación de la representación intolerable del

deseo de objeto. El avance progresivo en dirección a una desobjetalización cada vez mayor impulsa hacia la búsqueda de sensaciones de una violencia y destructividad en aumento tendientes a reforzar la negación.

Las crisis bulímicas dramatizan una búsqueda de unión total con el objeto pero sin la posibilidad de asimilación o introyección que requerirían una previa aceptación de la falta. La intensificación de los ciclos de bulimia- vómito o el avance inexorable de la anorexia van desdibujando el sentido autoerótico a favor de un narcisismo negativo, desobjetalizante, anti- pensamiento y anti- introyectivo.

El carácter perentario de estas conductas es el revés de un vínculo de dependencia masivo e indiferenciado con un objeto arcaico y asexuado, en una relación de dominio recíproco.

Paralelamente a este efecto antimetafórico también intentan lograr una función estabilizadora del narcisismo. Actúan como una envoltura protectora de un Yo que vive el embate del deseo como una puesta en peligro de sus límites. Las sensaciones sobreinvertidas de hambre o el dolor por la repleción actúan como continentes de un yo frágil y son la base de un sentimiento de consistencia del si- mismo. Se ha producido una desviación, una "perversión" del campo de la pulsión y del deseo hacia la función alimentaria que asegura la disponibilidad y el control de este neo- objeto.

Es interesante establecer aquí la vinculación con el objeto fetiche en su función económica de ligar la angustia y mantener los límites del yo y el sentimiento de control sobre el objeto.

CONSIDERACIONES FINALES

Para concluir y a mero título de enunciado, agregaré algunas consideraciones referidas al tratamiento de estos pacientes.

Requieren abordajes particulares respecto al encuadre y técnica que faciliten la prevención no sólo de los riesgos físicos sino también de ciertos obstáculos inherentes al tipo de vínculo transferencial que desarrollan.

El trabajo en equipo permite liberar el campo analítico de todas las medidas ligadas al cuidado corporal. Esto ayuda a sortear el encierro en círculos sado- masoquistas que repetirían el rol intrusivo del objeto o el quedar inmobilizados como espectadores impotentes ante el avance destructivo de los síntomas corporales.

La estrategia terapéutica debe contener y modular las "angustias de penetración" ante el contacto transferencial. De allí el especial cuidado, respecto al manejo de la distancia y de los silencios así como el riesgo de las interpretaciones centradas sistemáticamente en la transferencia o en la sola intencionalidad destructiva, y no también defensiva, de la agresión.

Se presentan situaciones de clivaje en las que, coincidiendo con francos progresos en el vínculo transferencial, sorprende la agravación de los síntomas corporales. Pareciera que seguir adelgazando es la manera de reforzar, a través de la conducta, la distancia frente a una transferencia vivida como alienante y en la que temen quedar atrapados como en un síndrome de influencia.

El análisis intenta recrear un espacio de transición que permita el renacimiento libidinal de los vínculos a partir del abandono de la fortaleza narcisista y la tolerancia al dolor por la dependencia al objeto.

Mes Vidal