

Anorexia mental y toxicomanía¹

Bernard Brusset

El consumo de tóxicos o las alteraciones del consumo alimentario “normal” son comportamientos de significaciones múltiples en cuyo determinismo la parte relativa a las condiciones externas e internas es infinitamente variada. Lo propio de estos comportamientos es la polarización, por una parte, los intereses del sujeto y por otra, la atención que sobre él recae: el sujeto mismo –y su entorno– es absorbido por reacciones que tienden a asignarle un rol, un destino, una identidad, aunque más no sea en negativo (no esperar nada).

Estos dos comportamientos son típicos de la adolescencia y toman proporciones muy diversas en una duración equivalente. Tienen por efecto enmascarar lo que pertenece al funcionamiento psíquico por la transformación de las relaciones del sujeto, tanto en su familia como en el ámbito externo. De ahí el carácter pobre y estereotipado de la semiología de muchos de los casos. Las interpretaciones fenomenológicas y las explicaciones sociogénicas o familiares pueden expresarse libremente y fundamentar estrategias para modificar el comportamiento “anormal”. Sin embargo, el compromiso terapéutico prolongado de esos adolescentes ha permitido precisar esta psicopatología y dar un sentido relativamente ajustado tanto a la noción de toxicomanía como a la de anorexia mental.

Tolerancia a la droga y dependencia en un caso, ausencia de inquietud respecto al adelgazamiento y alteración de la percepción del cuerpo en el otro: criterios de naturaleza bien diferente

¹ Publicado en Revue “Adolescence”, 1984. Vol. II, N° 2.

que tienen en común no hacerse evidentes más que con el paso del tiempo. Las formas clínicas de prolongada duración y de cierta gravedad, por no decir de una gravedad cierta, fundamentan lo esencial de nuestros conocimientos y proporcionan el material a partir del cual se desarrollarán las consideraciones siguientes.

Se impone una reserva metodológica en razón del postulado según el cual estas formas mayores se suponen idénticas en su estructura y en sus determinaciones y se considera que las mismas funcionan como una lente de aumento de lo que vemos en las formas menores, bastardas, fugaces, principalmente aquéllas que parecen directamente ligadas a la crisis de la adolescencia.

La clínica permite oponer el relativo monomorfismo de la anorexia mental a la relativa diversidad de las toxicomanías de la adolescencia. La anorexia mental comporta por definición un síndrome neuroendócrino que no tiene correspondencia en las toxicomanías, pero, en los dos casos, las consecuencias somáticas de los comportamientos implican un daño y *pueden conducir a la muerte*. Las actitudes reactivas suscitadas son comparables y forman parte del cuadro clínico aún cuando sean utilizadas de maneras muy diversas de un caso a otro.

En el plano psicopatológico se puede considerar que se trata de dos modos de respuesta en relación a una misma problemática, la de la *“adicción”*. Esta palabra inglesa que significa apego, inclinación, dedicarse a... librarse a ... , ha tomado en francés un valor semiológico preciso. En el libro de Fenichel (1945), las impulsiones patológicas que se ponen en marcha en las toxicomanías, la cleptomanía y las bulimias (“sujetos que se dan a la comida”), son reagrupadas bajo el término de *“adicción”*, que significa “la urgencia de la necesidad y la insuficiencia final de toda posibilidad de satisfacerla”.

Esta noción permite describir *“toxicomanías sin drogas”*, en especial la bulimia. Fenichel retoma en ese sentido la descripción de Wulff (1932), que inaugura un cierto número de trabajos tendientes a desbrozar de ellas lo específico (recientemente L. Igoín en Francia, Garfinkel y col. en los Estados Unidos, 1982). Según Fenichel, el efecto químico de las drogas complica las toxicomanías, pero “el origen y la naturaleza de la toxicomanía no están determinados por el efecto químico de la droga sino por la estructura psicológica del paciente”. La destrucción de la organización genital es una extraordinaria regresión hacia las fijaciones

pre-genitales, hacia los fines pasivos narcisistas y sobre todo “un violento deseo oral arcaico, que es a la vez deseo sexual, necesidad de seguridad y deseo de mantener la autoestima”.

En un lenguaje propio de la época que vuelve perceptible la reprobación moral que connota ese texto, se revelan muchos aspectos que hacen a la complejidad de esta psicopatología. El riesgo de este cómodo reagrupamiento nosológico reside en la tautología: decir que la toxicomanía se explica por la tendencia “adictiva” no explica nada. En efecto, esta noción descriptiva no implica la identidad de las estructuras (o de las “a-estructuraciones”) en cuestión, sino que conduce a estudiar las diversas modalidades del acto o de la suspensión del acto en sus relaciones con la actividad fantasmática consciente, preconsciente e inconsciente por una parte, y con el objeto por otra.

I. LOS ASPECTOS TOXICOMANÍACOS DE LA ANOREXIA MENTAL

Más que proponer aquí una revista demasiado rápida de la heterogénea literatura que trata de la “patología adictiva”, *trataré de enfocar, a partir de la clínica de las anorexias mentales, los aspectos que sugieren o imponen aproximaciones con las toxicomanías*. Primero trataré la cuestión de las bulimias, cuya gran frecuencia en las anorexias mentales ha sido reconocida cada vez más. Se verá que lo propio de la anorexia mental es el comportar una fantasía de toxicomanía, de manera tal que el acto alimentario es aprehendido como una toma de tóxico, llevando al sujeto a la dependencia, a la alienación, a la decadencia. Pero la investidura del rechazo y la capacidad de desinvestidura diferencian netamente anorexia y toxicomanía. La problemática narcisista en sus referencias al ideal del yo es en eso muy diferente y esta diferencia permite esclarecer una patología a través de la otra, ya que son también dos modos de respuesta a un mismo tipo de regresión pulsional, que sobreviene electivamente en la adolescencia y de manera diferenciada según el sexo.

Las psicoterapias psicoanalíticas no son posibles ni eficaces más que a condición de tomar en cuenta las particularidades de la transferencia, en especial el temor a que la sesión, al tener el significado de comida, induzca una “toxicomanía de sesiones”.

Desde el punto de vista semiológico, las similitudes son impactantes en varios sentidos:

- la edad en que sobreviene, la adolescencia, más tarde o más temprano;
- la frecuencia de aparición, que está claramente en relación al sexo del sujeto pero tiene una incidencia inversa, de suerte que la anorexia mental podría ser considerada como una patología femenina equivalente a la toxicomanía en los varones. Pero, si se miran de cerca las cifras, el predominio femenino en la anorexia mental es mucho más fuerte que el predominio masculino en la toxicomanía; la aparición histórica sería la misma, sugiriendo relaciones con los fenómenos socioculturales diversamente interpretados (sociedad de consumo, crisis de valores, retraimiento de las religiones, etc.). Pero el agravamiento de los problemas de la adolescencia y el aumento del número de adolescentes con problemas son un dato más general. El aumento de la frecuencia de aparición del síndrome es mucho más neto para las toxicomanías, lo que puede explicarse por la acrecentada oferta de tóxicos; el encuentro con el tóxico es en efecto la condición sine qua non de la toxicomanía, mientras que la bulimia y la anorexia no requieren nada más que un acceso natural y habitual.

El equivalente más directo de la toxicomanía sería la “*toxicomanía alimentaria*”; sin embargo, es conveniente notar que el uso de la alimentación como un tóxico no hace de ella un tóxico. El placer originado por los fármacos, pese a no estar enteramente determinado y especificado por el tóxico, lo requiere sin embargo electivamente. El placebo no funciona, el alimento tampoco.

Resta observar que desde un punto de vista clínico *los casos de anorexia mental que evolucionan hacia la asociación de bulimia y vómitos provocados* evocan a veces fuertemente la toxicomanía. Esta se agrega, en forma relativamente rara, bajo la forma de alcoholismo, de consumo de psicotrópicos o de drogas llamadas blandas.

En fin, *la dependencia y el sometimiento a los anorexígenos y a los laxantes* son dos formas de toxicomanía en sentido estricto que pueden estar en relación con la anorexia y plantear problemas terapéuticos específicos.

He publicado la observación de una adolescente anoréxica que evolucionó hacia la bulimia con vómitos y cleptomanía, y luego hacia la ninfomanía. La misma actividad compulsiva se encontraba en sus comportamientos alternativos o asociados con periodicidad. Tales casos justifican el síndrome aislado por Wulff, pero

son raros. Más corrientemente, en efecto, esos comportamientos son aprehendidos por las anoréxicas como riesgos de los cuales se protegen porque serían la causa de la aniquilación de sí mismas. La apetencia y la dependencia son percibidas como comportando los peligros de toda investidura objetal, de ahí la investidura narcisística, de allí la inhibición o la desinvestidura.

Otra anoréxica cargaba sobre sí, en una complicidad perversa, el alcoholismo de su madre, en cuyo origen ella reconocía problemas idénticos a los suyos. Otras tenían durante algún tiempo hábitos etílicos, tomaban haschich para sentir que “volaban” o para levantar sus inhibiciones, pero la evolución no era la del toxicómano y la abstinencia podía ser narcisísticamente investida como una conquista.

Las conductas bulímicas, cuando son asumidas en “orgías de avidez” o en comidas interminables, tienden a devenir la mayor fuente de placer del sujeto (quien reorienta sus intereses en ese sentido, llegando a consagrarle mucho de su tiempo y de sus recursos). Dichas conductas pueden sobrevenir a la salida de una anorexia mental, pero también de manera aislada y transitoria respecto de una privación afectiva o sexual, de un duelo, o como un modo de expresión de las regresiones típicas de la adolescencia, sobre todo de la femenina. Se las puede comparar con las dipsomanías clásicas. Se trata de prácticas solitarias, vergonzantes, frecuentemente seguidas de vómitos provocados. Su frecuencia es considerable. Sobrevienen periódicamente. El grado de compulsión y de alienación es muy diverso. Las tendencias bulímicas que parecen de frecuencia creciente inducen actualmente la multiplicación de las conductas y de los tratamientos más diversos y fantasiosos. Los sujetos hablan de ellas como de una droga porque esperan al respecto los mismos efectos y sienten una necesidad que suponen análoga, pero *uno no encuentra los aspectos farmacogénicos y psicosociales específicos de las toxicomanías*, y su psicopatología en ese sentido es variada.

Pero hay un aspecto común a todas esas conductas: *el comportamiento que tiende a automatizarse*. Las motivaciones que lo determinan pueden relevarse mutuamente, al tiempo que persisten como repetición de actos que cortocircuitan la economía pulsional y tienden a reducir la actividad fantasmática y la vida sexual, afectiva y relacional del sujeto. Finalmente, se trata de lo que por otra parte, ya he designado como “vía terminal común de

descarga de todas las excitaciones”. Veremos que el acto bulímico puede tener, como el consumo de tóxicos, una significación mortífera, mientras que en otros casos da testimonio de aquello que resiste a un proceso general de desinvestidura en la lógica del retraimiento psicótico y del narcisismo negativo. Su presencia es, entonces, un elemento positivo como todo indicio de fijación libidinal, por ejemplo, en las estructuras psicósomáticas (P. Marty, 1980).

En el rapto bulímico, el acto alimentario se efectúa por una impulsión percibida como incoercible en la búsqueda de un placer y de una descarga conocidos de antemano, a veces reconocidos y que funcionan a modo de gatillo. Ya en 1932 S. Rado hablaba de “orgasmo alimentario”. Pero la erotización de la sensación de hambre, puede también llegar al “orgasmo de hambre”, según E. Kestemberg y col. (1972). La aproximación a lo que ha sido descrito como “orgasmo toxicomaniaco” se impone, tanto más cuanto que en los tres casos hay generalmente ausencia de satisfacción sexual genital. Pero esta comparación con el orgasmo, que subraya su papel sustitutivo, sería muy discutible si se viera en ella una identidad o una simple equivalencia. La cuestión fundamental de la cual depende el pronóstico, es decir, el proceso desencadenado, es la cuestión de las relaciones entre este acto (o esta suspensión del acto en el caso del hambre), y *la realización alucinatoria de la satisfacción*. La eficacia de aquél para determinar dicha realización encadena al sujeto a la búsqueda de su renovación. La decepción refuerza a la vez, la determinación del sujeto y los componentes destructivos y masoquistas de su comportamiento. La vía facilitada por los procesos primarios arrastra la desinvestidura de los procesos secundarios, precipitando al sujeto en las alternancias de un placer sensorial fugaz cada vez más difícil de obtener, en un sentimiento de vacío, de ruina y de insatisfacción creciente, en tanto se encuentra aislado, marginado, alienado en la dependencia bulímica o toxicomaniaca.

En la anorexia mental la bulimia es de hecho rara vez la fuente de un goce percibido como tal. El comportamiento bulímico, más corrientemente, es automático, sin placer (no importa qué, no importa cómo). La decepción refuerza la rabia y la destructividad: se trata, en el peor de los casos, de destruir el hambre, destruir el funcionamiento biológico, destruir el cuerpo, destruir el deseo en la búsqueda de una quietud narcisística autosuficiente, encontrar

la calma, el silencio, estar al abrigo, dejarse morir. Pero también destruir al cuerpo como lugar del Otro donde se origina el deseo, lugar de la acción que sujeta al objeto, ver al objeto mismo como peligroso y amenazando al sujeto con la alienación, la invasión y la intrusión-despojamiento de sí. A esta dimensión de salvaguarda narcisista paradójica, puede agregarse la dimensión de la agresión del objeto; puede tratarse de la compulsión a destruir el cuerpo en tanto objeto del otro, destruir su atractivo, envilecerlo, abismarlo por la obesidad, la negligencia, la deformidad.

Destruirse en tanto objeto narcisista del otro para existir en tanto ser y acceder, por ello, al status de sujeto. Ser reconocido como diferente de la imagen que el otro se ha formado de sí y ser amado por él para existir. Experimentarse como objeto del objeto, y no su doble o su objeto parcial: ésta es la condición *sine qua non* del sentimiento de identidad y de la propia valía. La sobrevivencia del ser psíquico pasa por la puesta en peligro del ser físico y la destrucción de una apariencia física insoportable en tanto sentida como impropia, no-propia.

El vómito suprime la saciedad y la repleción, evita la digestión y el riesgo de engordar. De esta manera es un medio deliberadamente utilizado para que la ingesta alimenticia no avive la obsesión de engordar. Al principio provocado, se autonomiza secundariamente en grados variables². El vómito vuelve aceptable el acto alimenticio normal y menos inaceptable el rapto bulímico. Es el arma oculta que permite expulsar después de haber ingerido, anular el sí con el no, triunfar sobre la madre fecalizando su don, eyectar lo bueno que deviene malo a partir de su incorporación, restaurar el vacío corporal que es la única garantía de la propia integridad.

Todos los modos posibles de composición de este sí y de este no pueden observarse sucesivamente o de un caso al otro, en toda una gama de significaciones: desde el polo narcisista al polo objetual, desde los beneficios primarios hasta los beneficios secundarios, del placer al displacer, del acto libidinal al acto destructor, del acto conectado a las representaciones de sí y del objeto al acto clivado —efecto éste tanto del clivaje como de la tentativa de resolución del clivaje—, del acto sentido como externo a uno

² Sus consecuencias somáticas (sensaciones de frío y gastralgias), no son deliberadamente buscadas como tales, pero entran en las cuentas.

mismo, realizado en una suerte de estado segundo o en un automatismo de comportamiento desafectivizado, al acto asumido por el sujeto como portador de significaciones, cerrado por la racionalización o abierto al análisis por la interrogación que suscita.

El estado inmediatamente anterior indica ciertos aspectos de la función del pasaje al acto que son idénticos en la toxicomanía propiamente dicha y en la “toxicomanía alimentaria”. *La función antidepresiva y la función ansiolítica* son casi siempre evidentes, pero la eficacia sobre la depresión o la angustia requiere la acción sobre los contenidos mentales que las determinan o que están ligados a ellas: los afectos negativos, y también las ideas, las preocupaciones, las nostalgias, los deseos irrealizables que alimentan la decepción. De manera que su fin último es la supresión de un registro más o menos grande de representaciones para reemplazarlas por otras y, si hace falta, para establecer el vacío, borrar, dormir.

Las primeras experiencias han sido eficaces desencadenantes de descarga, de satisfacción o de placer sensorial; han abolido mágicamente los afectos y los conflictos con los cuales estaban en relación, de manera que el sujeto espera la renovación del acto, la renovación de su efecto resolutorio, sin que las decepciones sucesivas y los crecientes riesgos de la repetición puedan detenerlo.

Es que la satisfacción de la primera vez, o de las primeras veces, ha tenido lugar no sólo *en el efecto obtenido, sino también en el hecho de obtenerlo*, en el sentimiento de magia todopoderosa que se le da activamente, independientemente, cortocircuitando al objeto en tanto otro, susceptible de rehusar, de hacer esperar, de limitar, de exigir una contrapartida, de poner condiciones o de manifestar su propio deseo.

Apropiarse un poder que ha sido alguna vez el de la madre para darse satisfacciones autoeróticas es desafiar su rechazo, abolir su poder, dispensarse de tener que tomar nota de su deseo de ella. Por la puesta aparte de la cuestión del deseo del otro, en la apropiación del objeto parcial ideal, la experiencia del tóxico da una suerte de validación, de confirmación en la realidad, al rechazo omnipotente del objeto, de la dependencia del objeto que caracteriza la posición maníaca (H. Rosenfeld, 1976).

La experiencia del tóxico comporta, en la lógica que le es

propia, el rechazo de la realidad psíquica tanto como el de los peligros, consecuencias, riesgos corridos; el futuro no es anticipado, prevalece el corto plazo, mientras que la vida psíquica se empobrece.

Es otro el efecto del acto alimentario, cuya obsesión tiende a prevalecer en ciertos casos, o en ciertos momentos de la evolución: *la saciedad*.

La saciedad está investida en un doble registro:

1) El de un estado de obstaculización del cuerpo, sensación del cuerpo repleto devenido exterior a sí e insoportable, del cual el sujeto debe liberarse, eventualmente por la expulsión concretamente realizada por medio de vómitos y laxantes. La proyección en el cuerpo de un objeto malo, que amenaza al yo con la intrusión, la usurpación, la deformación, ha conducido a M. Selvini a hablar de una suerte de paranoia del sujeto respecto a su cuerpo, de la cual no puede defenderse más que controlándolo, vigilándolo y reduciéndolo en sus exigencias y en sus proporciones, consumiéndolo, transformándolo en un cuerpo estrecho conforme al ideal del yo.

2) El registro de la saciedad en tanto disminución de la tensión, significando la extinción del deseo. La pérdida del objeto y en consecuencia, de sí mismo, es *el efecto de la satisfacción en tanto sirve a la realización alucinatoria del deseo si ésta fuera posible*.

Contrariamente a aquellos casos en que las fantasías de incorporación canibalística del objeto se ponen en juego, la ingestión no significa directamente la realización de la fantasía de destrucción del objeto, que suscitaría el miedo de ser uno mismo devorado por retaliación (aunque se trate, en cierto modo, de ser comido por su cuerpo repleto), ni la culpabilidad (sirviendo el vómito como restitución, como anulación retroactiva, como expiación que impide el fin asimilatorio del objeto o de sus cualidades).

El acento puesto por N. Abraham y M. Torok sobre la diferencia entre la introyección y la incorporación se vuelve pertinente en los casos en que las fantasías de incorporación contrastan con las dificultades de introyección y son factores importantes en ciertas bulimias y otras prácticas orales, de allí la noción de “prácticas de la incorporación”, retomada aquí por Ph. Gutton. Las conductas adictivas en la patología del duelo (cf. J. Cournut, 1983), plantean la cuestión de su relación con la pérdida del objeto y con la muerte.

En la anorexia mental este aspecto subyace a intensas contra-investiduras.

II. LA ANOREXIA COMO CONTRA-TOXICOMANIA Y COMO TOXICOMANIA ENDOGENA

La posición anoréxica se caracteriza por el rechazo de satisfacciones, que quedan corrientemente sobreinvertidas pero temidas *como si comportaran el riesgo de toxicomanía*. El apetito es percibido como *apetencia toxicomaniaca*, el acto alimenticio como propiciando la *dependencia*, la alienación, la humillación o la pérdida de la autoestima, y también la pérdida de sí, lo que significa un cuerpo gordo, relleno, inerte.

La satisfacción alimentaria no puede ser tolerada más que al mínimo y además bajo control, por el riesgo de no poder detenerse, de perder el control, lo que efectivamente pasa en los accesos bulímicos. El temor fóbico al desbordamiento pulsional y la fobia de impulsión se tensan críticamente por los efectos del modo particular de investidura del acto alimentario, que es descripto indirectamente por el miedo que lo frena, es decir, la obsesión de engordar: *una enorme satisfacción*, siempre creciente, ilimitada, desmesurada, deprimiendo al yo como la obesidad deformaría al cuerpo, dejándolo inerte, sin poder y sin valor. El acto alimentario no puede ser neutralizado, aislado, desexualizado; no suscita, como en la patología neurótica, fantasías conscientes o inconscientes que estarían, en referencia a dicho acto, en relaciones de conjunción o disyunción, sino que se confunde con la realización de la fantasía sin desprendimiento posible de ella.

Así se explica la cuestión del vínculo entre realización alucinatoria de la satisfacción y desaparición del deseo, que determina que el mayor placer sea al mismo tiempo el más destructor. Esto es lo que ilustran claramente la toxicomanía y las adicciones en general.

Sin embargo, la investidura de la representación del acto alimentario es considerable, y se refuerza con el ayuno. De ahí los intereses culinarios, el deseo de hacer comer a los otros, la preocupación más o menos constante; comer, no comer, comer un poco, no demasiado, poco: esto es ya demasiado. La representación en expansión del comer demasiado es la del estar gorda. El acto alimentario está siempre en riesgo de llegar a ser incoercible

e interminable (“no poder detenerse, comer sin fin, engordar sin fin”). En la equivalencia simbólica de la duración y de la cantidad, es siempre lo contrario de la espera, de la discontinuidad, de la insuficiencia, de la decepción.

¿Se puede, simétricamente, describir en los toxicómanos una fantasía de anorexia? ³

Los efectos son muy diferentes: en el curso de la experiencia de placer farmacogénica el sujeto reencuentra sus problemas y no les puede oponer más que la anticipación de la próxima toma y la búsqueda de medios de realización. El miedo a la falta está siempre ahí, la discontinuidad es inevitable. Este miedo es evitado en la anorexia mental por el mantenimiento de la sensación de hambre, por la instalación en la continuidad liberada de las rupturas de la secuencia apetito, satisfacción, saciedad consecutiva. Esta búsqueda de la continuidad se encuentra también en otros planos; la mayor diferencia con la toxicomanía reside pues en la eficacia del síntoma, el acrecentamiento de energía, el dinamismo, la exaltación, cuyas manifestaciones son casi constantes: la hiperactividad motriz, intelectual, deportiva, social. El efecto del ayuno no hace más que avivar las representaciones mentales de alimentos, el interés por la cocina, la obsesionalización de la idea de comer, o la fobia de impulsión a comer, pero provoca un estado de excitación psíquica bastante particular que es, o ha sido, utilizado por todas las religiones. Apuntar a la bestia, expiar sus pecados, purificarse, dominar sus pasiones, desarrollar intereses sublimados, pero sobre todo y más precisamente aproximarse a un ideal del yo de perfección física y moral.

Experimentar el poder de actuar sobre una realidad concreta objetiva, localizada, perceptible para sí y para los demás: el sentimiento de impotencia radical de estos adolescentes (H. Bruch), es invertido y transformado en potencia efectiva, en un desafío cotidiano que da un objetivo accesible día a día: el de adelgazar, en la lógica del siempre demasiado.

Los efectos del ayuno tienen lugar por un mecanismo fisiológico que pone en juego la producción de endorfinas, como suele suceder con ciertas hiperactividades físicas (se ha podido describir recientemente la toxicomanía de los “maratonistas”; el jogging,

³ Braconnier, A. y col. (1976) han subrayado que las frecuentes perturbaciones alimentarias no son más que una consecuencia de los tóxicos.

proseguido por largo tiempo, pone, por ese mecanismo, al sujeto en un estado de bienestar bastante particular).

En este enfoque de la biología del placer, se podría considerar al ayuno como *una toxicomanía sin tóxico exógeno pero no sin tóxico endógeno*. De cualquier manera, el ayuno determina, además del malestar, vértigo, sensaciones de planear por el aire, impresión de estar en un sueño, percepción diferente del cuerpo aboliendo la sensación penosa: formar uno con el cuerpo, en acuerdo consigo mismo y no estar más sujeto al alimento; sensación de ebriedad: ver de lejos.

Estos efectos de origen biológico adquieren sentido en referencia a las intencionalidades fundamentales de la lógica de la anorexia a la que refuerzan, pero el período de exaltación (la fase de optimismo de Lasègue), es breve. La angustia y la confusión son objeto de una denegación que puede extenderse a todos los afectos y a todos los deseos, pero desde luego que este rechazo no puede ser apuntalado por las sensaciones de aturdimiento y exaltación al servicio del sentimiento de omnipotencia, sino que se vuelve frágil y no deja más recurso que la inhibición que inmoviliza los términos del conflicto al precio de un retraimiento que enmascara, con mejor o peor resultado, la hiperactividad.

El período en que la restricción alimenticia determinaba la “toxicomanía endógena” deja una fuerte nostalgia, y lleva a esperar su retorno. La similitud con la toxicomanía es impactante, al menos en este punto particular. ¿Pero qué significa en la adolescencia una búsqueda tan peligrosa de sensaciones de aturdimiento que toman un lugar tan importante en la vida del sujeto?

III. ¿PATOLOGIAS DE LA ADOLESCENCIA?

Si bien la edad de comienzo es un dato importante, ¿puede fundamentar la especificidad de estas patologías? ¿En qué y hasta dónde estos comportamientos toman sentido en tanto ligados a la adolescencia? Parecen tener por función la evitación de las tareas específicas de este período, constituyéndose en sus sustitutos en un efecto de desplazamiento, de regresión, de distorsión, de perversión, de pérdida de sentido. El riesgo es el de todas las fenomenologías: descifrar el sentido, leer las intencionalidades en la referencia implícita a un sujeto autónomo, que es el sujeto de la conciencia, el que pone en escena su existencia, el autor de su

personaje y el sujeto de sus acciones. De ahí que las descripciones de conductas realizadas como si se tratara de conductas conscientes, deliberadas, queridas, inciten a interrogarse sobre el status de la fantasía o sobre su reducción al comportamiento. Se corre el riesgo de meter en la misma bolsa significaciones de orden diferente: beneficios primarios y secundarios, y de privilegiar los beneficios secundarios (lo que promueve la investidura narcisista en función de la mirada del otro sobre sí) en relación a los beneficios primarios de las conductas sintomáticas.

En efecto, la investidura narcisista de la imagen de sí puede ser secundaria a los efectos producidos sobre los demás por la delgadez, que es a su vez producto de la búsqueda de los efectos euforizantes de la restricción alimentaria. La muerte puede ser un efecto sin estar en la intención, ¿pero no es, si no buscada, al menos asumida como riesgo?

En una primera aproximación el juego con la muerte, la pasión por el riesgo, *la significación de ordalía* (cf. Le Coguic, 1982) es muy comparable, ya se trate de la sobredosis, de la muerte por caquexia, o aún del consumo de medicamentos peligrosos. Una de mis pacientes anoréxicas, que había renunciado parcialmente a sus restricciones alimenticias, acumulaba medicamentos peligrosos y telefoneaba al Hospital Fernand Widal para conocer la dosis letal, a fin de tomar exactamente la cantidad inferior. No llegó a ser toxicómana, pero adoptó al respecto el mismo estilo de vida – fuera de tiempo y de las normas sociales – en la improvisación, la discontinuidad y el azar de los encuentros efímeros.

Aún cuando este tipo de evolución sea raro, se encuentra allí una alienación sin salida por el doble riesgo de la relación objetal que es típica de la anorexia mental y de ciertas toxicomanías; *estar abandonada* y por ello vacía, desvalorizada, aniquilada o *estar ocupada, tomada* por el objeto y desposeída de sí. Un comportamiento lo ilustra: la paciente daba la llave de su departamento a tal o cual persona de su entorno y se daba cuenta enseguida que no tenía otra, encontrándose en la puerta de su casa, abandonada a la errancia morosa en un sentimiento de vacío que suscitaba la repleción compulsiva de la bulimia, con vómito consecutivo.

La significación ordálica puede ser, en gran medida, una característica de la problemática de la adolescencia que se especifica en las toxicomanías y en la anorexia mental. Arries-

garse a morir para sobrevivir y, de esa manera, sentirse elegido por “los poderes protectores del destino”, iniciado, cambiado, destinado a una suerte favorable, supone una conducta de provocación y desafío respecto de una imago omnipotente, soporte de la proyección de los deseos de omnipotencia.

En los dos casos el destino del sujeto aparece radicalmente marcado por el riesgo de muerte a raíz de un comportamiento que se percibe, en general, como una elección entre otras, como una conducta deliberada y voluntaria. En ambos casos *el efecto sobre los padres* es el mismo en tanto puesta en cuestión acusadora, desafío y fracaso.

Se encuentra en la toxicomanía, con “*la luna de miel*” corrientemente descripta, *la fase de optimismo* de la que habla Ch. Lasègue en la anorexia mental: negación de los riesgos, exaltación en relación con sensaciones físicas nuevas producidas por una acción sobre el cuerpo, ignorancia sospechosa de las alarmas del entorno, por ejemplo manipulaciones de éste, con sollicitaciones indirectas de reacciones que desencadenan protestas. También de la apariencia física, en un juego de ocultar y mostrar, denegado por el discurso.

Aunque la reacción de los padres (cf. P. Angel y col., 1983), esté hecha de ceguera, de negación, de desprecio del riesgo de muerte, de confusión, de dramatización ansiosa o de complicidad directa o indirecta, su poder de acción es negado, anulado, siguiendo un efecto inverso, su reacción interdictora a veces violenta no puede más que reforzar el sentimiento de poderío del adolescente cuyo ego se constituye en la oposición. El sentimiento de identidad se definió primero por la vía negativa: no ser más el niño sumiso, conforme a los deseos de los padres, manifestar por su comportamiento una rebeldía que no puede hablarse de tanto miedo que da su destructividad. Secundariamente, una nueva identidad se funda sobre la investidura narcisista de la conducta sintomática en tanto ésta remite a una nueva imagen de sí mismo. *Ser el toxicómano, ser la anoréxica, a falta de otra definición de sí mismo, para no ser más el niño de sus padres* pero de una manera que es, sin saberlo, una manera de permanecer siendo niño.

En la adolescencia, el personaje social del toxicómano se refiere de buen grado a ciertas subculturas como las sectas orientales, o de orientación hippie, que contradicen los valores de

la cultura dominante: el trabajo, el rendimiento, el provecho, la sujeción a las normas y a las leyes. El desafío a los padres y a la sociedad se expresa como tal; la anoréxica, en cambio, lo niega. La valoración social del modelo estético y ético de delgadez, belleza, juventud y distinción de la *mannequin* no deja de tener relación con el uso, por parte de ciertas adolescentes anoréxicas, de su aspecto corporal. Pero esta puesta en escena de sí mismas como personaje no se reconoce como tal, sino que aparece como indirecta y relativa o destinada a provocar las reacciones de los padres o de los médicos. Este aspecto es mucho más neto en las conductas transitorias ligadas a la crisis de la adolescencia, o a las crisis de orden histérico que no son anorexias mentales propiamente dichas. Es en esos casos que la asociación con el consumo de tóxicos es más frecuente, sin que se pueda hablar de toxicomanía en sentido estricto.

La persistente pertinencia de la descripción de Lasègue (en 1873), cuando el ideal cultural de silueta femenina era inverso, prueba que este factor no es decisivo e invalida el reduccionismo sociogenético. Sin embargo, queda una pregunta: ¿puede imputarse a la femineidad la utilización tan particular de la apariencia corporal en muchas anorexias mentales?

En algunos casos hay una “fetichización” del cuerpo estrecho, fino, delicado, pequeño, despojado, siempre erigido en la hiperactividad y el rechazo de todo relajamiento, de todo dejarse ir, de toda pasividad del yo (a diferencia de la pasividad como fin pulsional, que puede ser muy activamente buscada). E. Kestemberg y col. han insistido mucho en este aspecto, que se ha vuelto más sensible y hasta es posible que se haya reforzado por el psicodrama usado preferentemente por ellos.

Cualquiera sea la noción de fetichismo del cuerpo magro, que bien podría estar asociada a un modo particular de investidura del objeto de la cual E. Kestemberg ha tratado de dar cuenta en términos de “relación fetichista de objeto”, dicha noción plantea el problema de las relaciones entre anorexia mental y estructura perversa, problema que no dejan de plantear igualmente las toxicomanías.

Es muy probable que este aspecto permanezca velado o marginal en los casos en que el psicoanálisis (o la psicoterapia analítica) es posible, o también que no exista más que bajo ciertas formas. Por otra parte, en efecto, la *sobreinvestidura del cuer-*

po toma la forma de sensaciones corporales y de estados del propio cuerpo que no corresponden a ninguna categoría semiológica clásica. Se trata por ejemplo del sufrimiento de un cuerpo que no permite jamás ser olvidado porque es percibido como enorme, inerte, amenazando con asfixiar al sujeto o centralizando a pesar suyo sus atormentadoras preocupaciones, eventualmente en lo que J. M. Alby ha designado como “hipocondría de la apariencia corporal”.

Mientras que los toxicómanos no invisten su cuerpo más que como instrumento de acción, la perturbación de *la relación con el cuerpo –el interior y la apariencia– es específica de la anorexia mental*; la vivencia del cuerpo atiborrado, la obsesión por la gordura van de la mano con una alteración global de la percepción del cuerpo y de sus necesidades. Las sensaciones corporales son así de naturaleza particular, a veces en relación directa con los sucesos, más precisamente con el alejamiento o la aproximación –también física– con los objetos (“mi madre entra en la pieza, y yo siento que peso diez toneladas”, me decía Cecilia, torturada por su cuerpo que la asfixiaba).

No se trata ni de una dismorfofobia, generalmente referida a un perjuicio sufrido en los primeros años de la vida y que remite a las decepciones provenientes de los padres y a las carencias maternas precoces, ni de la hipocondría, en la cual el órgano y la función constituyen una amenaza persecutoria actual que el médico debería diagnosticar y curar, ni de signos somáticos de angustia que el adelgazamiento reforzaría o, en todo caso, no podría reducir.

La especificidad reside en el carácter amenazante de un cuerpo que se engrosa y cuya delgadez nunca es suficiente para proveer la seguridad del sujeto.

Pero hay otra diferencia fundamental entre las toxicomanías y la anorexia mental. M. Selvini-Palazzoli ha dado su descripción fenomenológica insistiendo sobre el “remarcable élan vital”, un amor apasionado pero loco por la vida, un “estímulo hiperesténico” que expresa por sí mismo las reacciones heroicas de defensa de la anorexia. Yo agrego que es precisamente ese estimulante hiperesténico el que ha determinado la elección de la anorexia por sobre la toxicomanía o la obesidad, dos condiciones que implican la capitulación ante la propia avidez.

El punto de vista psicoanalítico da cuenta de ello por la fuerza

pulsional en juego en la investidura de *un ideal del yo original*, pero lo relativiza al tomar en consideración los aspectos negativos de la problemática del narcisismo primario. El principio de Nirvana, efecto de la pulsión de muerte, está en marcha en las formas crónicas que comportan la desinvestidura objetal y la inhibición del hambre y del apetito. Pero en todos los casos *la investidura del rechazo⁴ de la represión de los deseos, de la renuncia al servicio de un ideal del yo de perfección y de omnipotencia hace específica la anorexia mental y la opone diametralmente a las toxicomanías.*

El estatuto narcisista del acto consumatorio tiene una dirección inversa, la posición del sujeto es diferente. A la idealización del objeto-droga corresponde la idealización del yo anoréxico que rehusa, del yo que renuncia. En las toxicomanías la actividad fantasmática está polarizada por la conquista de la satisfacción a través del acto consumatorio, aún si éste tiene por efecto reducirla y cualesquiera sean las consecuencias a más largo plazo. El principio de realidad es cargado por los demás o por la sociedad, la autonomía no se tiene en cuenta más que como condición de acceso a la búsqueda del placer sensorial, aún cuando éste sea autodestructivo. El toxicómano se abandona a aquello que la anoréxica rechaza y que pondría más radicalmente en cuestión su sentimiento de identidad y de integridad; así, lo que aparece como la mayor fortaleza es una gran fragilidad, pero esta gran fragilidad narcisista es lo que la preserva del proceso inducido por los efectos farmacogénicos. La fragilidad la deja sin recursos, salvo el de la renegación del estado y de la realidad de su cuerpo, y de la ilusión de una omnipotencia que no dura más que un tiempo. La desesperanza está más directamente ligada a la percepción de las contradicciones internas que en las toxicomanías. En ese momento, el pedido de ayuda da más chances a un trabajo de tipo psicoanalítico.

¿En qué medida esta mayor fragilidad narcisista está ligada al

⁴ Winnicott ha escrito así: “En un crecimiento normal, existe un estado intermedio donde la experiencia más importante para el paciente en relación a un objeto bueno o un objeto que puede satisfacerlo, es su rechazo del objeto (lo que origina un problema muy difícil para el terapeuta en los casos de anorexia mental... Es una paciente anoréxica la que me enseña actualmente la sustancia de esto que expongo tal como lo escribo”. (“Acerca de la comunicación y de la no comunicación”, en *Processus de maturation chez l'enfant*, Paris, Payot, 1970).

sexo? El ideal del yo irreal de la anoréxica es primero un ideal corporal de delgadez percibido como condición de acceso a todos sus demás aspectos. Este ideal asume el contrapunto exacto de la percepción del cuerpo que él indica en negativo, aún si se trata de un cuerpo en tanto femenino. M. Selvini da una fuerte descripción de esta especificidad de la adolescencia femenina: una adolescente está “expuesta a las miradas lujuriosas, sujeta a la menstruación, destinada a ser penetrada en el curso de los encuentros sexuales, invadida por el feto, succionada por el niño”. El psicoanálisis da cuenta del carácter angustiante de esta percepción en referencia a la proyección de la actividad fantasmática de tipo pregenital, es decir, oral, anal y fálica.

En efecto, más que de la integración del cuerpo erógeno, se trata de la integración de la dimensión genital de la sexualidad, la que requiere la transposición y la elaboración de la oralidad y de la analidad. La reactivación del Edipo en la adolescencia suscita la actualización regresiva de estos últimos registros pulsionales que dan lugar a una externalización en las relaciones actuales con el entorno y directamente respecto a la madre, vivamente solicitada a responder como el objeto primario que fue alguna vez. El evitamiento anterior de la conflictiva materna en la constitución de un “falso self”, es decir, al precio de un clivaje del self, no se manifiesta más que en registros profundamente regresivos y del comportamiento.

Las especificidades relativas de la adolescencia femenina han sido muy bien establecidas en la revista *Adolescence* (tomo 1, n° 2, “Femineidad 1”), y yo no daré cuenta aquí más que de un hecho sobre el cual había insistido Freud: el desarrollo libidinal de la niña, a diferencia del desarrollo del varón, requiere *un cambio de objeto*, de la madre al padre y por tanto el abandono, al menos relativo, del objeto primario. Este cambio de objeto es tanto más difícil cuanto que las relaciones con la madre han permanecido intensamente conflictivas y no elaboradas en tanto tales, debido, por ejemplo, a la organización del tipo falso self. Este último es a todas luces característico de la historia infantil de las anoréxicas. Además, las actitudes de la madre han podido estar determinadas en los primeros años en parte por el sexo del niño y lo son con evidencia en la adolescencia.

Es a partir de estas consideraciones que se puede dar cuenta del predominio femenino en la anorexia y del hecho de que, en

referencia a una problemática en parte común, los muchachos devienen toxicómanos mientras que las chicas devienen anoréxicas en el momento en que la adolescencia los confronta con problemas insolubles para ellos.

La ausencia de anorexia mental en los negros, tanto en Africa como en América, es un hecho sobre el cual he insistido porque conduce a interrogarse sobre el rol, preventivo de ese riesgo, de ciertas tradiciones de “maternaje” de los bebés. Es diferente para las toxicomanías.

En los dos casos la adolescencia es condición necesaria pero no suficiente del síndrome. La integración de nuevas dimensiones de la sexualidad, de la autonomía, de la identidad que la adolescencia requiere en ambos sexos contrasta con una imposibilidad que es la fuente de una confusión que revela, reactualizándolas por *après-coup*, las fallas de la organización psíquica cuya comprensión requiere la referencia a los modelos de los conflictos tempranos.

Esto conduce a hablar de la búsqueda de una relación fusional con el objeto primario, de la indiferenciación originaria, del narcisismo primario, de las fallas de la organización narcisista y de los procesos de separación-individuación, por tanto de la constitución a partir de identificaciones precoces, de las funciones de autorregulación de la autoestima, de la investidura del cuerpo propio, tanto en sus necesidades como en su apariencia.

IV. FALLA DE LAS REGULACIONES NARCISISTAS Y DISPOSICION ADICTIVA

Se sabe que todos los adolescentes que experimentan el consumo de tóxicos (aún de ciertas drogas llamadas “duras”), no evolucionan –felizmente– hacia la toxicomanía propiamente dicha y que la adolescencia se caracteriza justamente por la relativa reversibilidad de los compromisos y de los procesos psicopatológicos. Los factores psicosociales y conjeturales determinan la iniciación más que la evolución a largo plazo, la cual admite como factor de peso ciertas características de la personalidad y del funcionamiento psíquico: *las fallas en las regulaciones narcisistas* dejan al sujeto sin más recurso, ante la regresión pulsional, que la dependencia anaclítica de objetos (individuo, grupo o institución), llamados a asumir el rol de yo auxiliar, o, en

otros casos, de imago parental idealizada o de espejo idealizante. La clínica de estas estructuras está centrada en el vacío: sentimiento de vacío y vacío realizado, tanto en la actividad mental como en la vida del sujeto. Las investiduras secundarias son frágiles y aparecen todas las gradaciones entre la desesperanza, la ausencia de todo proyecto, la morosidad, el sentimiento de falta y la alucinación negativa del objeto. Olivenstein ha insistido en la masividad de la investidura del terapeuta que contrasta con el vacío relacional que prevalecía previamente al consumo y a la privación del tóxico. Con la noción de “rotura del espejo” trata de dar cuenta de la carencia narcisista.

Las nociones clínicas de fármacodependencia y de psicodependencia van a la par de las nociones de inmadurez, de incapacidad de estar solo, de imposibilidad de establecer relaciones duraderas con un objeto investido en tanto tal, de pobreza imaginativa, de fragilidad del sentimiento de identidad y de autonomía con sensación de falta (alucinación negativa del objeto: “alguien falta”, o de impresión de vacío).

Se invoca entonces un defecto en la estructura edípica, la mala diferenciación de las imagos, las contradicciones de las identificaciones, el defecto de organización o de interiorización del superyó, o aún una organización que se definiría por la “a-estructuración” (J. Bergeret).

La comparación con lo que sucede en el curso de la evolución de algunas anorexias mentales conduce a reagrupar estas problemáticas en el eje de las fallas de las regulaciones narcisistas. Ese cuadro general da cuenta de un conjunto de características clínicamente localizables, admite varios modelos explicativos y permite poner en relieve una cuestión que no cesa de plantearse con estos pacientes: la del status y la función del objeto. Se admite generalmente que más acá de la interiorización de las palabras parentales que es, según Freud, el origen del Superyó, la madre tiene un rol de espejo que juega un papel decisivo en la constitución del self por una parte, y del mundo de los objetos por la otra. En consecuencia, lejos del proceso de separación-individuación, el niño se identifica con las actitudes de la madre hacia él hasta llegar a ser, progresivamente y en varios planos, él mismo su propia madre, ya se trate del autoerotismo o del poder hacer frente a sus emociones, calmarse, ocuparse de sí, sobreponerse, pensar sus pensamientos, etc..

La disposición adictiva común a las anorexias y a las toxicomanías, en lugar de remitirse simplemente a la fijación oral, puede aproximarse, a partir de la noción de carencia de las regulaciones narcisistas y de las investiduras secundarias (desde un punto de vista genético, de la noción de *carencia de internalización*), a la psicopatología de los estados límite, a las estructuras narcisistas y a la psicopatía, así como a algunas estructuras psicosomáticas. Dando por sentado que el modelo freudiano de la segunda tópica supone instancias intrapsíquicas diferenciadas, ése es su límite y ello obliga a esperar de las teorías de las relaciones de objeto los modelos de reemplazo. Se conoce la extraordinaria expansión de dichas corrientes de pensamiento en la literatura psicoanalítica anglosajona y de qué manera la referencia al desarrollo puede llevar a un psicoanálisis sin gran relación con el modelo freudiano de lo inconsciente, de la sexualidad, de la realización alucinatoria de deseos o de la resignificación. La teoría etiopatogénica de la anorexia mental de H. Bruch es un ejemplo acabado, puesto que la derivación fenomenológica alcanza allí un punto de vista, si no behaviorista, al menos descendiente directo de las teorías del “learning”. La psicoterapia se transforma en una reeducación tendiente a suplir los defectos de aprendizaje de los cuales la madre se ha vuelto culpable.

En Francia, este problema ha suscitado el interés por la primera tópica freudiana, por las características de la actividad fantasmática, particularmente preconsciente (P. Marty y col.), por la teoría del apuntalamiento, de la simbolización (J. Laplanche), por la constitución del objeto en sus relaciones con la satisfacción alucinatoria y la economía pulsional (R. Diatkine); el cuestionamiento de la noción de autoerotismo, de narcisismo primario, ha conducido a nuevos interrogantes sobre el rol del objeto, principalmente a partir de Winnicott y de Bion (A. Green).

En la patología adictiva, la regresión pulsional relega a segundo plano la problemática sexual genital, el deseo y la identificación. Pero tiene de particular que *el deseo es percibido como necesidad esencial*, necesidad de un placer que es urgente experimentar, de un objeto que es urgente de obtener y que no debe faltar en ningún caso. De allí la intolerancia a la frustración, a la prórroga, a la espera, que, lejos de constituir una presencia virtual, no puede ser más que un vacío que hay que ocultar. La búsqueda anoréxica de la falta ha sido imputada a la falta de la falta: “la

anoréxica ha sido atiborrada del objeto de necesidad, no le ha faltado nada, pero si algo ha faltado, la falta le ha faltado” (F. Perrier). Por su comportamiento parece apuntar al vacío, a la nada que apela al todo, la bulimia⁵.

La oposición de necesidad y deseo retomada por J. Lacan del modelo freudiano del apuntalamiento ha sido, desde hace tiempo, remarcablemente explicitada por J. Laplanche en una perspectiva diferente (el establecimiento del orden de la sexualidad por un doble movimiento de apoyo y desprendimiento sobre el orden vital de la necesidad), y aplicada a la anorexia mental propiamente dicha por S. Leclaire.

A pesar de la relativa heterogeneidad de esas contribuciones, el modelo teórico es el mismo. De acuerdo a Freud, el orden de la necesidad en tanto se dirige a un objeto que la calma entera pero provisoriamente (en el bebé, la ingestión de la leche calma el hambre y el niño se duerme hasta el retorno del hambre), está opuesto al orden del deseo en tanto se dirige a un objeto que no aporta más que una satisfacción incompleta, pero un objeto que permanece después de la satisfacción, asegurando la continuidad de la vida psíquica. Está constituido por los procesos de desplazamiento que instauran la simbolización; mientras que la necesidad se dirige hacia la ingestión de leche, el deseo apunta a la incorporación del seno de la madre.

Pero este modelo teórico remite la necesidad a la relación dual de la madre y el niño, a lo imaginario, a la relación especular narcisista, y el deseo a la metáfora paterna en su función de

⁵ En *La Chaussée d'Antin*, François Perrier escribe: “Ya sea que se trate de bulimias, de anorexias o bien en otro campo, y por desplazamiento, de toxicomanías, nos parece que se encuentra en cada caso una medida común que se traduciría por la inscripción en el cuerpo del paciente, cualquiera sea el síntoma, de la falta de una falta; estado que induciría a dicho sujeto a establecer en ‘otra escena’ una situación donde la ilusión de la falta recreada le abriría de nuevo las puertas del deseo; algunos se las ingenian de esta manera para crearse, por una tendencia suicida, ya sea que ésta tome la forma de la toxicomanía o de la anorexia grave, el agujero donde la muerte los envolverá definitivamente en nombre del deseo de realidad, bajo la tapa del fantasma de la realidad del deseo; confusión de registro que puede definir una clínica del suicidio; estos pacientes confunden demasiado a menudo la búsqueda de su ‘más allá’ y el descubrimiento del ‘más allá de la vida’”. Y F. Perrier se interroga: “¿No hay que buscar del lado de la perversión del maternaje cada vez que se nos presenta uno de esos casos donde, de una u otra manera, es el cuerpo el que se involucra en sus comercios con el exterior pero también con su propio interior como Otro alienado e inalienable?”.

prohibición (portadora de la ley) y de mediadora (el lenguaje). Supone pues, el acceso al orden simbólico que tacha la forclusión del nombre del padre (cf. M. Laxenaire, 1983).

La regresión del deseo a la necesidad sería característica de la anorexia mental, como las toxicomanías, siendo la avidez incorporante característica de lo “imaginario” y de la “relación dual” con la madre. La aplicación del modelo lacaniano de la psicosis padece aquí de su propia excesiva generalidad.

En efecto, el vacío es buscado en el plano corporal para conjurar el vacío mental, pero el cuerpo es sobreinvestido en tanto es el lugar de la ingestión y de la digestión en una coalescencia estrecha de la fantasía y de la acción corporal, que ha sido considerada por N. Abraham y M. Torok como efecto de un proceso anti-metafórico. Es que la metáfora supone el acceso a lo simbólico y, por tanto, la falta es posible. El objeto se constituye en la experiencia de la falta que sigue al fracaso del cumplimiento alucinatorio de la satisfacción.

El objeto completo se constituye en el odio porque supone la experiencia de pérdida, es decir, de la ausencia, de la diferenciación yo-no yo, interior-exterior, adentro-afuera, y por tanto la pérdida de la indiferenciación originaria: aquélla requiere y hace posible la simbolización.

El lugar hecho al objeto puede ser evaluado a partir de estos reparos. La identificación proyectiva e introyectiva remueve los límites del interior y del exterior, del adentro y del afuera, al punto que la elaboración de la posición depresiva no asegura la introyección estable del buen objeto interno, que es objeto de una identificación fundadora de un yo susceptible de relaciones objetales.

En el mismo movimiento, el simbolismo propiamente dicho ha seguido a las “ecuaciones simbólicas” originarias y luego a las “equivalencias simbólicas. La cuestión es saber a qué tipo de objeto corresponden el alimento o el ayuno en la anorexia, la droga en las toxicomanías; la dimensión de realidad que parece ser necesaria para que un objeto pueda constituirse, ser investido, o en otros términos las condiciones de posibilidad de la objetalización.

El consumo del tóxico, deseado y asumido por el sujeto en la toxicomanía, deseado y rechazado en la anorexia mental, es una mimesis concreta de la incorporación como si ésta se realizara efectivamente; concretamente, la incorporación mágica de un

objeto ideal. Lo que se siente como peligroso, y rechazado hasta las últimas energías en la anorexia mental, se reencuentra paradójicamente en el seno de la organización narcisista y autoerótica que tiende a proteger de ese peligro: la excitación y la satisfacción en referencia a la alucinación de un objeto ideal, al cual el sujeto se siente unido o identificado. El placer de las sensaciones debidas a la carencia de aportes alimentarios es el efecto de un comportamiento de rechazo, está activamente determinado, domesticado, y sobre todo su duración no depende más que del sujeto, contrariamente a lo que sucede en la satisfacción alimentaria que conlleva la saciedad, la pérdida del apetito: la regresión pulsional vuelve a ésta equivalente de la pérdida del deseo, de la pérdida del objeto y de la pérdida de sí, como ya hemos visto.

La erotización de la sensación de hambre no sería entonces un aspecto secundario y marginal, sino una consecuencia de la *transformación pulsional que lleva a investir al acto alimentario como realización alucinatoria de la satisfacción* y, en consecuencia, como extinción del deseo y desaparición del objeto, como vacío.

Esta problemática del vacío es central tanto en las toxicomanías como en las anorexias mentales, pero tiene otros determinismos. El vacío es la manifestación subjetiva del agotamiento económico del yo en razón:

a) de la importancia del rechazo (las sensaciones histéricas de vacío);

b) de la imposibilidad de las introyecciones y de la prevalencia de los procesos de exteriorización, los que están en el origen de la transposición en las relaciones interpersonales de los conflictos intrapsíquicos y las que, tal como la identificación proyectiva excesiva, tienen directamente una función expulsiva;

c) de la repetición de actos consumatorios que tienen valor de realización alucinatoria de la satisfacción, o poder de reinstalar la espera ilusoria a despecho o en razón de la inversión de su efecto, el de acrecentar la frustración: tal es la lógica de la toxicomanía cuyo resultado final es la autodestrucción. Esta repetición tiene parentesco con la lógica no menos autodestructiva de la anorexia. La anoréxica corre el riesgo de morir y lo niega en una ilusión de invulnerabilidad, que es un aspecto de la fantasía de omnipotencia y del narcisismo primario.

La anorexia mental en sus relaciones con la bulimia ilustra claramente esta economía pulsional: la transposición de un deseo al que su intensidad y su destructividad vuelven angustiante, al que su naturaleza primaria vuelve irrealizable, cuyo objeto es indisociable de la falta y del riesgo de perderlo que definen su naturaleza, es decir, al status de objeto distinto de sí, en una necesidad⁶ o, al menos, en un deseo de un objeto de necesidad cuya posesión o no posesión depende de sí, cuya ausencia puede siempre ser evitada, que es real, concreto, enteramente controlable, repudiable, incorporable y también focalizable; un objeto del cual no hay que preocuparse, que puede ser destruido sin culpa, ignorado, despreciado y sobre el cual se puede triunfar haciendo desaparecer el hambre, objetivo que está virtualmente al alcance de cualquiera, y aún el primero y último del cual un ser humano pudiera disponer.

La obsesión de engordar está en relación con la obsesión del acto alimentario percibido como toxicomanía potencial que empuja al sujeto a una dependencia negativa de sí; de allí la abstención, o al menos, la restricción del acto, los ataques contra su ritualización social y la crítica de estilo ascético de la realización del vil placer alimentario.

Algunas anoréxicas se parecen más que otras a los toxicómanos y la comparación tiene diversos grados de pertinencia. En los casos de tratamiento difícil y de evolución prolongada, la *presencia del vacío* es tan importante como en las formas mayores de toxicomanía y, en los dos casos, el abandono del comportamiento sintomático (“el destete”), revela más directamente su extensión. En esas anorexias, la sobreinvestidura de un ideal del yo de omnipotencia y perfección, no juega nunca más que como el modelo ideal del cual se espera vanamente la conciliación de las múltiples servidumbres del yo, es decir, la regresión pulsional, la realidad y un superyó estrechamente dependiente de las exigencias de los otros. La reivindicación de independencia se subtiende a una extrema dependencia de la mirada del otro sobre sí que amenaza continuamente al sentimiento de identidad, cuya última garantía es la delgadez. El proyecto de alcanzar este ideal de

⁶ D. Braunschweig y M. Fain han propuesto la noción de “neo-necesidad” en una teorización original que da un papel determinante a las actitudes maternas.

Braunschweig (D.), Fain (M.), *La nuit, le jour* (ensayo psicoanalítico sobre el funcionamiento mental), Paris, P.U.F., 1975.

delgadez reemplaza por un tiempo al vacío, cuya repleción es ulteriormente esperada de la bulimia, o más bien que la compulsión bulímica tiende a rellenar a pesar suyo (ya sea que dé lugar a pasajes al acto o que permanezca como una fobia de impulsión), o también las sensaciones corporales penosas y la hiperactividad fáctica.

Desde un punto de vista exterior al sujeto, la hiperactividad por una parte, y la bulimia efectiva o virtual por la otra, pueden ser consideradas como una compulsión, es decir, una imposición interna que empuja al sujeto a pesar suyo hacia pensamientos o actos que no desea. Pero en lo que se refiere a la adicción, la imposición es percibida como proveniente del exterior, aún si se ejerce desde el interior. Significa la potencia del objeto externo, de un objeto exterior seductor que exige la rendición del sujeto, la transformación pasiva del yo, la pérdida de control, la humillación, la vergüenza, al menos en el caso del objeto alimentario o de la persona que hace comer (se dice “hacer comer”, más que dar de comer).

Pero el librarse a... como el darse a... es un goce asumido como tal en la hiperactividad de la anorexia y en ciertas formas de toxicomanía y de alcoholismo. *El objeto real es fascinante, su presencia y su posición real están sobreinvertidas a expensas de la economía de su representación y del destino interno de ésta.*

Así la búsqueda ávida del tóxico marcha a la par del empobrecimiento de las actividades psíquicas que pertenecen al orden de los afectos, de las representaciones, y son por lo tanto fantasías concientes y preconcientes, o al orden de los pensamientos. Esta otra escena que además vuelve soportables y hasta fuente de placer la frustración, la ausencia del objeto y la espera, se colapsa: la representación ya no tiene el status de sustituto de la satisfacción, el pensamiento no es nada si ella no está en relación inmediata y directa con el acto.

Hay representaciones sobreinvertidas que apelan a la realización en acto con gran fuerza y con toda una gama de posiciones del sujeto respecto a ellas. Pueden estar investidas narcisísticamente (el adolescente que se reconoce toxicómano y reivindica el derecho a serlo, hasta alcanzar en ello la definición de su identidad), o al contrario, negativamente investidas en tanto antinarcisistas, desconectadas de toda representación aceptable

de sí, clivadas y aisladas en el seno de la psiquis como un cuerpo extraño interno persecutorio respecto al cual se desarrollan defensas que tienden a agotar los recursos psíquicos del sujeto, en una lucha que no termina más que en la muerte o en la actuación impulsiva (bulimia, robo, embriaguez).

Estas representaciones de un acto que relaciona al sujeto con el objeto en el goce constituyen así una suerte de introyectos persecutorios que en la anorexia son proyectados en el cuerpo, vivido en algunos aspectos como exterior a sí. También hay relaciones de las cuales da testimonio la oscilación de la sintomatología, entre la hipocondría y la paranoia por una parte, y la persecución del cuerpo gordo respecto a la persecución de la imago materna por la otra. La primera protege de la segunda permitiendo mantener un intenso vínculo con una madre ideal. Esta no aparece en la cura tanto como objeto con el cual fundirse en la indiferenciación, sino como susceptible de llenar, calmar, apaciguar, lo que implica, de todas maneras, el apaciguamiento de los deseos, pero más en la extinción que en el goce.

V. ALGUNAS CONCLUSIONES TERAPEUTICAS

Prestar atención a aquello que en las anorexias mentales tiene alguna relación con las toxicomanías de la adolescencia nos ha conducido, más allá de los reparos de los parentescos y las diferencias, a estudiar algunos aspectos de la psicopatología de las conductas de adicción por una parte, y a las fallas en las regulaciones narcisistas por la otra. Cualquiera de esas dos problemáticas tiene *efectos directos sobre la relación terapéutica*. La primera se manifiesta en la transferencia, tarde o temprano; la segunda requiere ciertas particularidades del encuadre y de la técnica, pero ambas tienden a determinar movimientos contra-transferenciales que son la causa de muchos fracasos o del abandono del trabajo psicoanalítico por métodos menos ambiciosos y de menor implicación de los terapeutas.

En toda psicoterapia de una anoréxica llega un momento en que la sesión es vivida como una comida; un sueño lo anuncia a veces mucho tiempo antes. Los violentos movimientos contradictorios respecto a la alimentación se reencuentran en la sesión, principalmente aquéllos ligados al fantasma de la toxicomanía: el temor a tener deseos de venir todo el tiempo, de no poder irse, de sentirse

vacía y desesperada al salir de una sesión frustrante, teniendo como único recurso el atracón bulímico o el sueño para borrar la frustración y la agresividad violenta, habitualmente ejercidas contra sí mismo. El miedo a la avidez suscita la limitación de la investidura y la *puesta a prueba del terapeuta* que no falta jamás. Solamente la claridad, la autenticidad y a veces la autoridad de sus actitudes permiten la confianza y la aceptación de un encuadre que es preferible instaurar progresivamente. El riesgo aquí es que algún aspecto del encuadre venga a provocar directamente la reacción negativa o de huida, por ejemplo aquí toma valor de repetición de algo que ha sido vivido anteriormente como traumatismo, como abandono o como persecución, manipulación, amenaza de la autonomía.

La confusión, el sentimiento de estar atrapada en un sistema sin salida, pero sobre todo el hecho de que la obsesión de engordar y la sensación de estar gorda devienen una tortura a partir de que la delgadez no alcanza, nunca es suficiente, y por ello es evidente, indeneable, el infierno de sensaciones corporales que no dejan ninguna libertad de espíritu y que hay que abolir con la hiperactividad, el ayuno, la persecución del adelgazamiento (reducir las necesidades, “enderezar los deseos”, contenerlos en la forma lo más limitada y cerrada posible del cuerpo estrecho), sostienen la demanda de ayuda y de sostén, pero a condición de estar segura allí, de mantener el control.

De ahí el peligro de la interpretación intempestiva, inexacta o prematura, que no puede más que reforzar los mecanismos de anulación, de aislamiento, de negación, de apartamiento, la restricción de los intercambios, el ausentismo, la ruptura o la persecución de una psicoterapia de hecho desinvertida, mantenida como un encuadre vaciado de sus contenidos pero utilizado como sostén, como elemento de “holding”, como depositario de elementos simbióticos, como garante de la continuidad de sí.

El material no puede enriquecerse, en efecto, más que en razón de la seguridad encontrada en el hecho de que las intervenciones del analista se mantengan cercanas al yo, es decir, que sean explícitas, fundadas sobre material próximo a la conciencia, y que eviten sobre todo cualquier implicación o connotación que las pudieran hacer percibir como intrusivas o narcisísticamente hirientes.

La introyección de la función interpretativa del analista

sólo es posible secundariamente; requiere, como condición de posibilidad, la introyección de la función calmante, reguladora, portante del encuadre, al cual pertenecen las actitudes y la presencia del analista.

Lo importante es que el terapeuta sea el garante de la posible inteligibilidad de los problemas con los cuales el sujeto se confronta en una gran confusión que no tarda en reconocerse como tal; el terapeuta no puede mantener ese rol más que dándose los medios para ello y sensibilizando a su paciente acerca de ese rol. El silencio es de indicación limitada por aquello que el sujeto pone allí y por lo que puede hacer con él. El terapeuta debe sostener el funcionamiento psíquico, la verbalización, principalmente de los afectos, la memorización de los descubrimientos de la psicoterapia, de las experiencias anteriores y del conjunto del trabajo psicoanalítico. Cuando el material se enriquece, ese trabajo psicoanalítico se hurta a los mecanismos de defensa arcaicos, denegación, proyección, clivaje, identificación proyectiva, tanto más productora de vacío cuanto que ésta tiene una dirección expulsiva. La cuestión es entonces el cuidado de los factores desencadenantes del “trabajo de lo negativo”, en referencia a la historia infantil –cuya rememoración es, junto con la riqueza de los afectos, el mejor índice de los cambios sobrevenidos y de un buen pronóstico terapéutico.

Muchos aspectos del psicoanálisis de las anoréxicas son comunes al psicoanálisis de los estados límite y de la patología narcisista, pero el problema mayor de todas las formas de compromiso terapéutico de las anoréxicas, así como, según otras modalidades, de los toxicómanos y más generalmente de los adolescentes, es el de las *contraactitudes y de la contratransferencia*. Yo diría que la contratransferencia tiene un sentido amplio. Incluye la cultura, los presupuestos teóricos, los conocimientos acumulados y, explícita o implícitamente, los modelos técnicos de los cuales dependen, pero la condición de posibilidad de un análisis es la suspensión de toda significación a priori para poder abrir el campo a un interrogante. Este pone en cuestión las significaciones dadas por el paciente. Allí comienza el trabajo psicoanalítico. En este planteo la dificultad viene a veces de parte del clínico, ya que dispone de demasiadas ideas; la lista de las significaciones posibles de los comportamientos bulímicos, ya larga con Wulff, ha crecido después de él, por ejemplo con R. Held.

El problema es muy general: la literatura de inspiración psicoanalítica siempre corre el riesgo de estar al servicio de un punto de vista fenomenológico que enriquece, prolonga, completa la semiología y le da medios de comprensión que son también medios de disolver la especificidad de cada caso, en una visión global, demasiado evidente para ser verdadera, demasiado convincente e irrefutable como para no sospechar. La concurrencia de las interpretaciones multiplica el conflicto entre ellas, pero enriquece la escucha psicoanalítica.

VI. EN RESUMEN Y PARA CONCLUIR

A diferencia del renunciamento religioso, el rechazo anoréxico es una última solución para defender los límites del yo, preservar la integridad y la continuidad narcisistas y asegurar, por la permanencia del deseo, la permanencia del objeto. Este último aspecto está evidentemente en relación con el conflicto de ambivalencia y la falla en la elaboración de la posición depresiva, de tal suerte que la destructividad tiende a prevalecer.

Los mecanismos de defensa arcaicos están a mano, sobre todo los clivajes. De ello resulta la insuficiencia de la elaboración secundaria y la fijeza de una actividad fantasmática que, lejos de comportar los mecanismos de desplazamiento y sustitución que hacen posibles la simbolización y las sublimaciones, tiende a volcarse a una preocupación incesante por el acto alimentario, emparentada con la del consumo de tóxicos.

La comparación con las toxicomanías, y más generalmente con la patología adictiva, conduce a interrogarse sobre el *status metapsicológico del acto y de la representación del acto*. Se puede esperar una definición de la noción de adicción que no esté fundada solamente en el comportamiento observable, sino que sea considerada *como un destino de la pulsión que puede ser enfocado en sus relaciones con la realización alucinatoria de deseos, por una parte, y las regulaciones narcisistas por la otra*. Esta problemática incluye los *modos de utilización de los objetos externos*, cuyo estatuto y función plantean problemas teóricos muy actuales, ligados directamente a la práctica psicoanalítica.

La función de soporte y mediación de los objetos externos y del

encuadre (institucional o psicoanalítico), es apropiada para hacer menos angustiante, si no para conjurar, el fantasma de la transferencia toxicomaniaca. La introyección no es posible más que a partir del momento en que las amenazas provenientes del objeto que es lugar de la investidura pulsional, no sobrepasan lo tolerable para el sujeto desde el punto de vista de los límites del yo.

En la anorexia mental del adolescente el destino adictivo de la pulsión tiene por características, por un lado confrontar la genitalidad y la pregenitalidad, y por otra parte estar directamente ligada a la realización de una función vital, de manera que no hay otra defensa posible que por medio de contrainvestiduras siempre insuficientes. Estas tienden a mantener un anclaje usualmente compulsivo en la realidad de las actividades y de los objetos que no pueden permanecer investidos más que a expensas de su significación sexual y en una relación tangencial que limitan la implicación del sujeto. Mientras tanto la inhibición y la desinvestidura son paralelamente los puntos de vista permanentes de una economía narcisista en la cual tiende a prevalecer la pulsión de muerte —no la agresividad sino la destructividad del “narcisismo primario absoluto”.

Sheila Mac Leod, conmovida por las palabras de un poema de W. Blake, dijo a su madre que le hacía admirar un girasol:

“Oh girasol, tan lejos del tiempo
que cuentas el paso del sol,
en busca del dulce país del oro
donde las penas del viajero se acaban,
donde el joven consumido de deseo
y la virgen pálida con sudario de nieve
emergen de su tumba y aspiran
el día que mi girasol querría esperar.”⁷

BIBLIOGRAFIA

- ABRAHAM, N. *L'écorce et le noyau*, Paris, Aubier-Flammarion, 1978.
ANGEL, P.; GEBEROWICZ, B.; STERNSSCHUSS-ANGEL, S. *Le toxicomane et sa famille*, Paris, Ed. Universitaires, 1983.

- BERGERET, J. "Aspects économiques du comportement d'addiction", en *Le psychanalyste à l'écoute du toxicomane*, Paris, Dunod, 1981.
- "Le toxicomane et la cure psychanalytique", *Neuro-psychiatrie de l'enfance*, 1980, 28, 7-8, 303-309.
- BRAÇONNIER, A., ET COLL. "Les conduites alimentaires des toxicomanes", *Médecine et Diététique*, 1976, 10, 4, (59-65).
- BRUCH, H. *L'énigme de l'anorexie*, Paris, P.U.F., 1979.
- BRUSSET, B. "Les boulimies de l'anorexie mentale", *Perspect-Psychiat*, 1979, 5, 74, 387-392.
- "Valeur sémiologique des anomalies des conduites alimentaires". *E.M.C.*, Paris, 1981, 37105 D 10.
- *L'Assiette et le Miroir*, Toulouse, Privat, 1983 (2^e éd.).
- COURNUT, J. "D'un reste qui fait lien", *Nouv. Rev. Psychanal.*, 1983, 28, 129-150.
- FENICHEL, O. *La théorie psychalytique des névroses*, Tome II, Paris, P.U.F., 1979.
- GREEN, A. *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, Paris, Minuit, 1983.
- IGOIN, L. *La boulimie et son infortune*, Paris, P.U.F., 1979.
- JEAMMET, PH. "L'anorexie mentale", *E.M.C. Psychiatrie*, 1974, 37350, A10 et A 15.
- KESTEMBERG, E.; KESTEMBERG, J.; DECOBERT, S. *La faim et le corps*, Paris, P.U.F., 1972.
- LAXENAIRE, M. *La nourriture, la société et le médecin*, Paris, Masson, 1983.
- LE COGUIC, C. "Anorexie et toxicomanie: conduites ordaliques", Thèse de médecine, Paris VI, 1982.
- MAC LEOD, S. *The art of starvation*, trad. fr., *L'anorexique*, Paris, Aubier-Montaigne, 1982.
- MARTY, P. *L'ordre psychosomatique*, Paris, Payot, 1980.
- RADO, S. "La psychanalyse des pharmacothymies", *Rev. F. Psychanal.*, XXXIX, 4, 603-618.
- REYMOND, J.M. "Toxicomanie aux anorexigènes", Mémoire pour le C.E.S. de Psychiatrie, Paris VI, 1983.
- ROSENFELD, H. "La toxicomanie", en *Etats psychotiques*, Paris, P.U.F., 1976.
- SELVINI PALAZZOLI, M. *L'anoressia mentale*, Biblioteca de psichitrica i de

⁷ Blake (W.), *Le tournesol*, en *Oeuvres I*, Aubier-Flammarion, 1974.

ANOREXIA MENTAL Y TOXICOMANIA

- psichologia clinica, Milan Feltini, 1963.
- VENISSE, H. *L'anorexie mentale*, Paris, P.U.F., (coll. Nodules), 1983.
- WULFF, M. "Ueber einen interessanten oralen Symptomenkomplex und seine Beziehung zur Sucht", *Int. Zschr. Psychanal.*, 1932, 18.
- WURMSER, L. "Psychoanalytic considerations on the etiology of compulsive drug use", *J. amer. psychoanal. ass.*, 1974, 22, 1.

Traducido por Cristina Bisson de Moguillansky.

Descriptores: Anorexia. Bulimia. Adicciones. Adolescencia.

Bernard Brusset
26 Rue Friant
75014 Paris
Francia