

Los enigmas de la anorexia-bulimia

Maria Luisa Siquier

Resumen

La anorexia-bulimia ocupa una posición de encrucijada entre la infancia y la edad adulta, tal como acostumbra a pasar en la adolescencia, entre lo psíquico y lo somático, entre lo individual y lo social; y, entre ambos, el grupo familiar, la importancia del cual se admite cada vez con menos reticencia. Encrucijada entre el yo ideal y el ideal del yo, entre el narcisismo y el Edipo.

Más allá del carácter repetitivo y estereotipado del síntoma, los trastornos de las conductas alimentarias revelan una dinámica específica de las relaciones y las investiduras.

La observación de estos pacientes muestra en acción parejas de opuestos y juegos de equilibrio entre contrarios, entre lo manifiesto y lo latente. Pareja antagónica, anorexia-bulimia, en su expresión más manifiesta: no hay anoréxica que no tema volverse bulímica.

Tener un cuerpo para sí mismo es un suicidio a perpetuidad

F. Perrier

La escucha analítica muestra en acción parejas de opuestos y juegos de equilibrio entre contrarios, entre aquello que se manifiesta y aquello que está latente. La anorexia-bulimia ocupa una posición de encrucijada entre la infancia y la edad adulta, tal como acostumbra a pasar en la adolescencia, entre lo psíquico y lo somático, entre lo individual y lo social; y, entre ambos, el grupo familiar, la importancia del cual se admite cada vez con menos reticencia. Encrucijada entre el yo ideal y el ideal del yo, entre el narcisismo y el Edipo.

El diccionario nos da como definición de encrucijada: nudo, cruce; situación difícil que no se sabe cómo seguir; apuro, aprieto, atolladero, berenjenal, brete, dificultad, lío, peligro; figuradamente, ocasión que se aprovecha para hacer daño a uno, emboscada, asechanza.

Por el momento, la anorexia mental sigue siendo enigmática y escandalosa en diversos niveles:

A nivel individual: la voluntad de autosuficiencia (de total dominio sobre el cuerpo, las necesidades, los sentimientos; la ascesis alimenticia y sexual y la feroz y razonante denegación del malestar) provocan tanto una cierta forma de admiración, como de repugnancia, rechazo e incomprensión.

A nivel familiar: al surgir casi siempre en familias externamente unidas y ajustadas a nuestras normas sociales, la anorexia pone en cuestión al grupo familiar, cuestionamiento del que nunca nadie se salva.

A nivel colectivo: la conducta de hambre en una sociedad de abundancia aparece más bien en las clases sociales elevadas. La descripción de la anorexia mental de las mujeres jóvenes es relativamente reciente, poco más de un siglo. Hubo doscientos cincuenta casos descritos hasta 1950, más de cinco mil observaciones se realizaron en 1987.

La historia de los conceptos referidos a la anorexia está en relación con la historia de la psiquiatría y el psicoanálisis, las ciencias biológicas y sociales, de sus interacciones a lo largo de los siglos XIX y XX, es decir, de la difícil comprensión del paso de la psiquiatría a lo fisiológico y viceversa. El aumento significativo de los casos de anorexia en los países industrializados y la proporción entre los sexos (un varón contra diez o veinte chicas) parecería mantenerse. Esto supone investigaciones diferentes con esfuerzos organizadores o integrativos no siempre con éxito. Cada teoría, fragmentaria o abarcadora, biológica o psíquica, tiene consecuencias inmediatas en la terapéutica.

Un poco de historia: Richard Morton, en 1694, es señalado como el primer autor que la describió como «consumación nerviosa». Pero la verdadera individualización de la dolencia deriva del esfuerzo clasificatorio del siglo XIX. Lasègue, en 1873, y Guel, en 1874, la describen casi simultáneamente. Lasègue la incluye, con la entrada en escena de las



neurosis, y en particular de la histeria, en la nosografía psiquiátrica. Su monografía se titula *De la anorexia histérica*. Hubard, diez años después, la sustituye por el nombre de «anorexia mental».

La postura clínica es puesta en duda cuando Charcot escucha lo que dicen las histéricas para describir su padecer. El paciente sabe; aunque necesite al médico para decir lo que sabe. La descripción de Lasègue se ubica al final de su carrera. Ha pasado por la experiencia del manicomio (es inspector general adjunto de los manicomios). Sus dones como clínico y su estilo literario animado hacen de su texto la mejor referencia descriptiva sobre el tema. A partir de él, y gracias principalmente al psicoanálisis, fueron profundizándose los mecanismos psicopatológicos. Por el contrario, aunque las costumbres se hayan suavizado, la práctica del aislamiento como único medio terapéutico o asociado a otras técnicas, nunca fue seriamente cuestionada. Sin embargo, podemos atribuir a Lasègue curiosidad, comprensión y minuciosa descripción a partir de lo que escucha, innovación teórica con respecto al sistema de referencia y respeto por el individuo. A Charcot le debemos la necesidad de reducir lo desconocido a lo conocido, quebrar el síntoma de cualquier modo. Estas dos actitudes se encuentran en diferentes niveles en los trabajos posteriores. La pasión por saber llevó a Freud a intentar descubrir el enigma a través de muchos de sus textos.

La observación que concierne a un caso de anorexia se encuentra en la prehistoria del psicoanálisis. En *Un caso de curación hipnótica* (1893), donde nos muestra cómo una madre se vuelve anoréxica a raíz del nacimiento de su hijo, Freud interviene a través de la hipnosis y analiza los síntomas en términos de perversión del querer y contravoluntad. Pone en evidencia la perturbación originaria y repetitiva de la relación madre-hijo, mostrando con claridad la ecuación simbólica comer-amamantar, como lo señala Valabrega (1967). El caso de Emmy Von N, publicado en colaboración con Breuer (Freud, 1895), ilustra los avatares de la relación terapéutica en una paciente que presentaba, entre otras cuestiones, un rechazo hacia la comida. Sus anotaciones cotidianas son interesantes, revelando lo que puede provocar una anoréxica en cualquier persona, aunque se trate de Freud, deseoso de curarla. Breuer, en el mismo libro, describe la anorexia y la disfagia de un niño de doce años, acontecidas tras la seducción por un adulto en un baño público. La relaciona con varios factores: «predisposición nerviosa, irrupción de lo sexual en el alma infantil bajo la forma más brutal

y, como factor determinante, la represión repugnante».

En 1895, en el *manuscrito F*, Freud pone el acento en el aspecto depresivo de la anorexia, con pérdida del apetito y, en el terreno sexual, con pérdida de la investidura libidinal. En una carta a Fliess del 9 de junio de 1898, al analizar la obra literaria, esboza la primera noción de novela familiar en relación con un cuento: *La mujer juez*. Esta mujer es madre de un varón y de una niña anoréxica. La seducción no es imputada al hermano, sino a la madre. Dice ahí que el veneno en los paranoicos corresponde a la anorexia en las histéricas. En otra carta del 9 de diciembre de 1899, relaciona la psicosis con el autoerotismo, y deriva la anorexia mental de una corriente autoerótica de la histeria.

Otros textos de Freud que abren nuevas perspectivas para la comprensión de la anorexia son: *Introducción del narcisismo* (1914), en el que introduce el dualismo libido del yo-libido de objeto; *Más allá del principio del placer* (1920), en el que plantea el papel de la pulsión de muerte; *El malestar en la cultura* (1930), que abre el camino a la sociología psicoanalítica. Las estructuras (neurosis, psicosis, perversiones), los tipos de personalidad (histérica, fóbica, depresiva y hasta obsesiva y esquizoide) han sido mencionadas y todas serán profundizadas por otros.

La fase entre 1914-1937 en que la anorexia fue considerada exclusivamente endocrina, retrasó las investigaciones médicas, no así las psicoanalíticas. El aporte de Karl Abraham (1927) intenta mostrar el origen de los trastornos alimentarios estudiando más a fondo el papel del sadismo, la ambivalencia de la oralidad (devorar-ser devorado, amar-destruir) y de la culpabilidad específica al deseo de incorporación del pene paterno. En *Manifestaciones del complejo de castración de la mujer* (1920) y en *Influencias del erotismo oral en la formación del carácter* (1924) señala la relación entre comer-estar embarazada, y el placer del dominio anal de la anoréxica. En *Estudios sobre el desarrollo de la libido* (1925) la relaciona con la melancolía, siguiendo a Freud en su *manuscrito G*.

Melanie Klein (1935) la interpreta como defensa contra la angustia insoportable que incita a desconfiar de los objetos en el instante mismo de la incorporación. Anna Freud (1965) sitúa la anorexia como comportamiento ascético de la adolescencia que apunta al plano de las pulsiones que se sienten amenazantes. El rechazo de las tendencias pulsionales incestuosas de la pubertad se extiende a cualquier satisfacción pulsional. Hilde Bruch ubica



el trastorno fundamental en la imagen del cuerpo, secundario a perturbaciones de las percepciones interoceptivas, y de la autonomía. Francis Tustin (1958), en el Reino Unido; Thomae (1961-1963), en Alemania; Kestemberg (1983) y colaboradores en Francia, describen las modalidades específicas de la regresión, de la organización pulsional y el masoquismo erógeno primario, donde el placer está ligado al rechazo de la satisfacción de la necesidad.

El aporte de Lacan (1958), que se ocupó en contadas ocasiones de la anorexia, abrió nuevos caminos con su distinción entre necesidad, demanda y deseo. «Se trata de comprender la anorexia mental como: no que el niño no come, sino que come nada...». En la medida en que ha sido colmada en sus necesidades biológicas (a menudo antes de la expresión de la necesidad), la anoréxica no puede soportar que cualquier demanda sea interpretada en términos de necesidad. Así, se vuelve vital comer «nada» con el fin de que se mantenga viva la dimensión del deseo. Desde el concepto de los tres registros trabaja la función paterna en el campo social y psíquico. El padre es el que desaloja al niño de la mortífera posición dual que consiste en considerarse el falo de la madre. La anoréxica cuestiona corporalmente tanto la transmisión social del parentesco como su transmisión psíquica, dándole al padre, y no sólo a la madre, el sentido que puede tener para ellos el hecho de estar juntos y haberla traído al mundo. «Desde el inicio el niño se alimenta tanto de pan como de palabras pues él muere de palabras y como dice el evangelio, el hombre no sólo muere por lo que entra su boca, sino también por lo que de ella sale...», dice Lacan. El cuerpo está dominado por la función digestiva y esto implica la soledad del órgano. Éste es a la vez cuna y tumba.

El momento vital en que la anorexia revela su presencia, es un momento de encrucijada con el vínculo probable entre esos trastornos y los procesos de cambio: sensibilidad hacia los cambios de la pubertad y los procesos de acceso a la autonomía, sensibilidad hacia los cambios socio-culturales, pero también revela la incapacidad de su simbolización, recurriendo a una expresión actuada y a una inscripción corporal.

Más allá del carácter repetitivo y estereotipado del síntoma, los trastornos de las conductas alimentarias revelan una dinámica específica de las relaciones y las investiduras. La observación de estos pacientes muestra en acción parejas de opuestos y juegos de equilibrio entre contrarios, entre lo manifiesto y lo latente. Pareja antagónica anorexia-bulimia, en su expresión más manifiesta:

no hay anoréxica que no tema volverse bulímica. El temor a engordar, el deseo de adelgazar más, el control de las calorías, la ingestión de laxantes y diuréticos, el control ansioso de sus formas físicas, aparecen como otras tantas contrainvestiduras de un deseo bulímico tiránico. Éste se expresa por su pasión por el alimento, la colección de recetas, la fascinación por las vidrieras de comida, el robo de alimentos, la ingesta a escondidas y la voluntad de alimentar a los demás.

El juego pulsional es menos patente en la bulimia. En ella se presenta un deseo de llenarse, pero si el yo lucha menos que en la anorexia, su sufrimiento no es menos manifiesto: con el desmoronamiento de la autoestima, los efectos depresivos, las ideas y tentativas de suicidio. Resuelto el síntoma alimentario aparecen las dificultades psíquicas notables que según Jeammet (1991) podrían agruparse alrededor de tres polos preferenciales: depresivo, fóbico e hipocondríaco. En cuanto a los vínculos, se agrupan en dos grandes tipos: una relación de tipo pasional (simbiosis), o una reacción de evitamiento o retracción. Son dos reacciones en espejo, una es la inversión de su contrario, con masividad del compromiso narcisista y la mala diferenciación sujeto-objeto. Otras características son la masividad en las relaciones, la dificultad para el desplazamiento, la ausencia de defensas sólidas y de matices.

Cualquier relación emprendida compromete masivamente al yo y su equilibrio narcisista. La amenaza a la relación pasional de apego o simbiosis conlleva la vivencia de la persecución. La relación de enfrentamiento del peligro se traduce en acomodamientos fóbicos, mal localizados y extensivos, retraimiento y desinvestidura extensiva de los vínculos. El mayor riesgo se sitúa en la extensión de la conducta anoréxica al conjunto de las investiduras, en estrecha analogía con el alimento, la imagen corporal y sus relaciones de objeto.

En general, en su comienzo procura proteger las otras relaciones, en particular las escolares, que suelen ser satisfactorias, pero también las de los objetos más cercanos, padres y especialmente la madre, preservándolos en apariencia de todo conflicto. Cuando en el curso de una cura estos vínculos exitosos pierden su valor localizador, aparecerán otros conflictos: los de los deseos reprimidos o renegados. Este proceso se produce de una manera masiva, poco diferenciada y elaborada. Perciben más su sentimiento de vacío interno, su desconcierto y su corolario: la necesidad de un sostén externo, más que un deseo propio hacia una



persona determinada. Este funcionamiento narcisista o arcaico produce una confusión entre el deseo, su objeto y el yo. El deseo ya no sirve a los fines de sostener el yo y enriquecerlo, sino que se ha convertido en el caballo de Troya del objeto en el seno del yo. Hay ausencia de una organización dominante y la coexistencia de modalidades defensivas de niveles muy diversos, desde posiciones defensivas arcaicas a niveles más neuróticos, como por ejemplo histéricos.

Habría aquí una transnosografía, en la cual participarían las adicciones y los trastornos de comportamiento de la adolescencia. La estructura y la organización psíquica dominante, que constituye el contexto psicológico individual, en el cual adhiere el síntoma alimentario, es importante, porque una parte del pronóstico depende de él, así como las modalidades terapéuticas, pero no es él el que nos aclarará la génesis del trastorno.

Los trastornos alimentarios son como un análogo de las conductas racionales. Como síntoma son testimonio del sufrimiento del yo, incluso de su desborde y desorganización, pero también de sus tentativas de reacomodamiento. Pensamos que debe existir una analogía entre la relación que mantienen con los alimentos y su propio cuerpo, sus relaciones de objeto y su forma de investirlos. La psicoterapia lo confirma. Las relaciones de estos pacientes están hechas de una lucha activa contra un deseo de apropiarse de aquello que les falta, de llenarse sin restricción, deseo contra el cual luchan las anoréxicas por medio de la privación. Es conocida la propensión en ellas a no poder concederse placeres y satisfacciones en otra forma que no sea a escondidas, en secreto. Haciendo eco a los fantasmas bulímicos inconscientes, que las condicionaría a tragarlo todo y a ser engrosadas en su yo ideal, se empequeñecen todo lo posible, se encogen sobre sí mismas, hasta hacerse, en cierta forma, una sombra de su madre. Toda relación es vivida, no como un intercambio, sino como robo recíproco. El movimiento identificatorio hacia la madre implica sustituirla con un fantasma incestuoso que cuenta con la complicidad narcisista de uno o ambos padres. La única manera de escapar a la mirada materna es realizar esos placeres por detrás. Es el temor a la necesidad que puedan tener de ese objeto lo que las lleva a la búsqueda de un doble, que al perderse (hermanos que crecen, amigas que se ennovian) en su papel de completud narcisista, precipita la entrada en la situación anoréxica. La pérdida de esa completud es sentida como pérdida violenta de sus apetitos, que les hace sentirse como ogros con ganas de tragárselo todo,

pero con un terror a ser tragadas concomitante con su proyección.

Permitirse un trabajo de interiorización, el del asociar, es abandonarse al surgimiento de lo desconocido y enfrentarse con el riesgo depresivo. Las anoréxicas se defienden mejor de él que las bulímicas. Tienen la posibilidad de probarse que pueden subsistir sin el objeto, deseando nada, porque a ellas no les falta nada; son más fuertes también que sus necesidades, ya que se satisfacen a través de su no satisfacción. El trastorno de comportamiento alimentario implica que el sujeto siente una amenaza narcisista frente a cualquier relación de placer o de proximidad. Esta fragilidad narcisista, la lucha contra los procesos introyectivos, les conduce a ordenamientos defensivos que se apoyan más en la realidad externa perceptivomotriz que en el mundo de las representaciones y los afectos (escisión del yo), la apetencia relacional y la creación de vínculos. Están frente a lo opuesto al proceso normal de identificación al objeto de deseo, que refuerza la estima de sí mismo permitiendo tomar para sí las cualidades admiradas en los otros, para transformarlas en cualidades propias.

Intentaré ahora hacer algunas precisiones sobre la bulimia. Etimológicamente, es «hambre de buey», e implica que el sujeto se entrega con fuerte apetito, voracidad y glotonería a ciertas cosas y actividades. La desmedida es un signo de vitalidad y uno evoca al Gargantúa que comía los peregrinos en ensalada. Caso extremo de la gula, imagen bíblica del pecado original y uno de los siete pecados capitales, opuesto en todas las religiones al ayuno. Las restricciones alimentarias del ascetismo implican la oposición maniqueísta al cuerpo animal, mal opuesto al espíritu consagrado a Dios. Las concepciones de ciertos gnósticos evocan la de la anorexia, que se opone a las tentaciones bulímicas, que entran en el cuerpo de las mujeres, representantes del mal (el maligno) y del que se debe liberar por la redención. Platón, los cátaros y las anoréxicas no están lejos de una visión del mundo siempre renaciente: el cuerpo debe devenir etéreo, aéreo y finalmente pura esencia espiritual. Diametralmente opuesta a la anorexia, la bulimia está del lado del mal; de la caída, del pecado.

La imagen cultural del exceso alimentario está asociada al exceso sexual, la orgía, y a ciertas calificaciones ansiógenas de la sexualidad femenina como insaciable, devorante, vampiresca, peligrosa para el hombre: la bruja, los aquelarres, la hembra vampiro de las leyendas orientales. En la cultura contemporánea la bulimia aparece como el espejo



invertido de la cultura del rendimiento, es decir, de la alimentación racional, medida, determinada por las necesidades biológicas. Ilustra a veces en forma monstruosa la sociedad del sobreconsumo. Los valores sociales que explota la publicidad se centran en el vínculo entre salud y eliminación, delgadez y distinción, frugalidad y eficacia social. La obesidad se convierte en una forma de vulgaridad rechazada y en objeto de mofa. En la clínica, la bulimia aparece como la búsqueda de un goce imposible; un tormento, un sufrimiento. Como el alcoholismo, es una patología del exceso, y más que éste, muestra cómo la búsqueda del goce es diferente, y hasta opuesta, a la felicidad y al placer.

Desde el punto de vista psicopatológico, es importante, igual que en la anorexia, distinguir el síntoma, su contexto de aparición y las significaciones diversas del síndrome, conocido desde hace varios siglos. La historia de la psiquiatría los ha incluido en las perversiones del instinto alimentario, distinguiéndolas de las perversiones del instinto de reproducción, por ejemplo en los tratados de psiquiatría del siglo XIX. Las perversiones y su paralelismo nos sugieren estas frases: por la neta prevalencia femenina; por defecto, anorexia y frigidez; por exceso, bulimia y ninfomanía.

Estos comportamientos, refutados por la moral y la educación, han sido mantenidos relativamente aislados y subestimada su frecuencia. El acto bulímico es privado, habitualmente solitario, ridiculizando la cocina, el buen gusto, las costumbres aprendidas, la ruptura violenta con la adaptación a las necesidades biológicas, la ética y la estética; revancha salvaje de la naturaleza sobre la cultura. La subversión de la cocina y las costumbres de la mesa sugieren desde Levi-Strauss (1964), esa ruptura: lo crudo impulsivamente preferido a lo cocido. A pesar de los conocimientos aprendidos por la experimentación con animales sobre localizaciones cerebrales y neuromediadores en juego en las regulaciones del comportamiento alimentario, en el tratamiento de la bulimia los resultados son marcadamente pobres.

Desde el punto de vista psicoanalítico y del primer dualismo de las pulsiones (autoconservación y sexualidad) la bulimia es la perversión de las primeras y su subversión por las sexuales. El dualismo de narcisismo y objetividad, como el de pulsión de vida y pulsión de muerte, no son evidentes. Pero fundamentalmente la bulimia ilustra la lógica de la pulsión sexual, que impidiendo la satisfacción completa hace posible la sublimación. A falta de ésta aparece la satisfacción en la desmesura sin límites, locura erótica y destructiva.

La orgía alimentaria lleva a recordar la teoría freudiana de *Totem y Tabú* (Freud, 1911-1913 [1913]), del desenfreno criminal de la comida canibalística, primera fiesta de la humanidad y origen del hombre social, moral y religioso. El horror del crimen bulímico llamaría al vómito anulador y expiatorio.

La psicopatología actual situaría la bulimia-vómito como patología de entrecruzamiento no asimilable a las estructuras conocidas (neurosis, psicosis, perversión). Esencialmente, patología femenina relacionada con el cuerpo en una forma adictiva. Está en el corazón de los problemas planteados entre el goce y el cuerpo. Podríamos decir que la apetencia bulímica es apetencia objetual, busca objetos para consumir o apoyarse, con una excitación interna permanente, ya que el encuentro con el objeto no la calma, obligándola a huir al retraimiento autístico o a la indiferencia. Su narcisismo es ampliamente sostenido por los objetos externos, según modalidades que combinan el apoyo y el doble. Su deficiente autoestima aparece inadecuada por las actitudes de denigración que adoptan respecto a su interior, frecuentemente marcadas por una connotación anal o por las vivencias de vacío e insignificancia.

En la bulimia, como en la anorexia, la imagen del cuerpo representa un punto de fijación importante, sobre todo en los casos en que el componente narcisístico es esencial. Se encuentra a la vez el desfallecimiento de la función de espejo de la moda y el aferramiento a ésta, en la búsqueda de la imagen ideal, donde los reencuentros con los objetos fluctuarán entre el doble signo de la idealidad y la represión de las pulsiones; como en la identificación femenina marcada por la incompletud y la insatisfacción. La mirada también ocupa un papel central en la regulación narcisística de los sujetos. La mirada subraya el borrarse de la interioridad y el acento en lo que pasa en la superficie (se presentan como tontas, no pueden hablar de lo que sienten, no pueden asociar). Los procesos primarios infiltran el pensamiento consciente. Hay un terror a la emergencia de los fantasmas, presentados como posibles concretizaciones omnipotentes del deseo. Intentando hallar especificidad, tal vez la podamos pensar en su doble nivel: el de la articulación entre narcisismo y relación de objeto, y modalidades de la regresión que acompañan el conflicto precedente y los acomodamientos de la regresión.

La pubertad, y más aún la adolescencia, crean las condiciones y una doble oposición: salvar la autonomía y el narcisismo del sujeto, así como la



integridad de sus límites. El antagonismo narcisístico-objetal tendría una lógica paradójica: «lo que necesito, porque lo necesito y en la medida misma de esa necesidad, es lo que amenaza mi autonomía naciente». La actuación ofrece una posibilidad de dominio sobre el objeto necesario (o sustitutos), e invierte la situación de pasividad del rol activo, creando las condiciones de una identidad reencontrada. El rechazo de toda interiorización hace que la bulimia rechace el alimento ingerido, antes tan codiciado. No puede conservarlo y menos aún hacerlo suyo. Si lo hace, queda como un cuerpo extraño de tonalidad persecutoria. Vómitos o laxantes, se instala un vaivén más repetitivo que compulsivo, hecho de la sucesión bulimia-vómitos, y que puede tomar la forma paroxístico dramática de hasta veinte crisis por día, que evoca más el movimiento masturbatorio que el juego del *fort-da*. Triunfa el narcisismo de muerte sobre el de vida, según lo plantea Green (1983). La raíz misma del funcionamiento mental se subvierte: el placer de la ensoñación, de asociar, el deseo de investir, que suponen un juego de la diferencia, la presencia y la ausencia, se intentan abolir en las crisis. La conducta bulímica tiene tendencia a drenar los investimentos del sujeto y lo que resta en él de apatencia objetal.

Relación de intimidad, de cuerpo a cuerpo con el objeto, que no deja de recordar la de la relación perversa. Salvo que aquí la comida ha tomado el lugar del cuerpo. Se sitúa en lo opuesto del objeto transicional a pesar de su situación de frontera entre el adentro y el afuera. No permite un área de libre intercambio entre sujeto y objeto, bajo la cual compartir el placer, sino todo lo contrario. Objeto bajo dominio, con las características del fetiche y que nos hace pensar nuevamente en el arreglo perverso. Señalaré siguiendo a varios autores —Khan (1979), Grenacre, Schimberg (1960), Chasseguet-Smirgel (1989), Barande (1982) — los rasgos remarcables de la bulimia: importancia de la relación de dominio; movimiento de desligazón y desobjetalización: lugar otorgado a las sensaciones, particularmente cutáneas, y de la mirada; empobrecimiento de las emociones; omnipresencia de la muerte, que puede tomar la forma de la destrucción (del objeto y del yo) o de la fusión con pérdida de límites; emergencia regular de excitación que garantizará el sentimiento de continuidad.

Una de las funciones económicas de la perversión: transformar el objeto de deseo en objeto de necesidad bajo dominio, y el objeto total en objeto parcial. La neorrelación de objeto bulímica es

la respuesta a la conmoción de relación de dependencia con los objetos infantiles, introducida por la pubertad. El contacto garantiza la presencia del objeto y su no destrucción, al mismo tiempo que asegura su lugar de extraterritorialidad salvaguardando los límites y su identidad. En contrapartida la fuente de excitación permanece externa y debe ser renovada sin cesar.

La expresión de Khan (1979) «orgasmo del yo» para calificar ciertos arreglos perversos parece pertinente para la orgía bulímica. Es en el seno del yo donde se busca la plenitud que se consigue con un orgasmo, porque la unión con el objeto es demasiado amenazante. El orgasmo alimentario de Rado (1926) o el orgasmo de hambre de Kestenberg y colaboradores (1983), a propósito de la anorexia, se sitúan en la misma línea. Sustitución del objeto por su función.

Las pulsiones parciales, actuadas por la regresión, se focalizan alrededor de problemáticas exhibicionistas y sadomasoquistas. Los fantasmas de bisexualidad (Freud, 1908) conviven con un rechazo de la identificación femenina. El cuerpo sexuado, la particular crudeza de la menarca, vividas con un elemento de fascinación y terror, representan la presencia de un cuerpo autónomo del control del pensamiento. La obesidad y la vergüenza que pueden aparecer revelan la importancia de la identificación masculina y la convicción de una conflictiva fálica, a la cual difícilmente renuncian.

Como en el caso de la anorexia tendríamos que hablar del carácter transnosográfico Jeammet (1991) y transestructural: libido, destructividad, polaridad narcisista-objetal, acomodamientos defensivos, prevalencia oral, anal o fálica, se combinan de tal manera que lo que prima es la inestabilidad de la combinación sobre los contenidos. Dice Joyce McDougall (1991): «Detrás de toda organización adictiva, encontramos la madre arcaica, la madre droga, esa que no ha podido ser interiorizada de manera estable en el mundo interno del infante. Este fallo fundamental corre el riesgo de producir desastres psíquicos en cadena. El sujeto está obligado a buscar sin descanso, a hacer jugar un objeto del mundo exterior el rol del objeto faltante, falta simbólica, pero también falta en lo imaginario, porque una prohibición implícita a fantasear libremente está comprendida en esta problemática».

Son características del tratamiento la transferencia masiva, la dificultad para asociar y para historiar. No recuerdan nada. No pueden pensar y, sin embargo, son excelentes estudiantes.



El fracaso en la interiorización, como en el registro pulsional autoerótico, no permite a la organización jugar su rol organizador. Pero van ocupando un lugar importante si el tratamiento se mantiene. Entonces la dimensión histérica (histerificar al paciente) prevalece sobre la obsesiva, con la función de encrucijada que hacemos jugar entre narcisismo y relación objetal. La coloración oral de la histeria es más un señuelo que una realidad y remite más a la dimensión abandonada y de carencia, que a una relación pulsional muy activa. Para un paciente es más sencillo evocar un trauma con angustia, que un vacío con horror. Las bulimias pueden ser reemplazadas por relaciones efectivas sexuales o por actividades físicas, artísticas o sociales, que pueden tener al principio modalidades adictivas. Son ellas causa y efecto de la evolución y posibilitan la conciliación del placer y realización del mismo.

Proponer a alguien que vive en actos sin palabras que diga lo que sabe, qué quiere y qué teme, qué ama y qué odia, implica una modificación considerable de la percepción del mundo en el que habita. Más allá de sus actos, ese ser mutilado busca nacer a través de la palabra que a veces la transferencia le permite decir.



María Luisa Siquier

C. del Lluçanès, 6, 2n subs., A
08006 Barcelona
Tel. 93 212 15 08

Bibliografía

- ABRAHAM, K. (1920) «Manifestaciones del complejo de castración de la mujer». En: *Psicoanálisis clínico*. Buenos Aires: Hormé. 1959.
- (1924) «Influencias del erotismo oral en la formación del carácter». En: *Psicoanálisis clínico*. Buenos Aires: Hormé. 1959.
- (1925) «Estudios sobre el desarrollo de la libido». En: *Psicoanálisis clínico*. Buenos Aires: Hormé. 1959.
- (1927) *Estudios sobre psicoanálisis y Psiquiatría*. Buenos Aires: Hormé. 1961.
- BARANDE, J. y R. (1982) «Anatomie du concept de perversion», *XLII Congrès de Psychanalystes de Langue Française*. Montreal, 1982.
- CHASSEGUET-SMIRGEL, J. (1989) «Éthique et Esthétique de la perversion», *Confrontations psychiatriques* [Champ. Vallon.], 1989, n° 31.
- FREUD, A. (1965) *Normalidad y patología en la niñez*. Buenos Aires: Paidós. 1973.
- FREUD, S. (1893) *Un caso de curación hipnótica*. Obras Completas (O.C.). Buenos Aires: Amorrortu Editores (AE). 1968. vol. III.
- (1895) *Estudios sobre la histeria*. En: O.C., AE. 1968. vol. II.
- (1887-1902 [1950]) *Los orígenes del psicoanálisis*. En: Cartas a Fliess, En: O.C., AE. 1950. vol. I.
- (1908) *Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad*. En: O.C., AE., 1979. vol. IX.
- (1914) *Introducción al narcisismo*. En: O.C., AE. 1975. vol. XIV.
- (1920) *Mas allá del principio del placer*. En: O.C., AE. 1990. vol. XVIII.
- (1930) *El malestar en la cultura*. En: O.C., AE. 1986. vol. XXII.
- GREEN, A. (1983) *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Buenos Aires: Alianza Editorial. 1986.
- JEAMMET, PH. (1991) *Addiction, dépendance, adolescence. Reflexions sur leurs liens*. Paris: Masson. 1991.
- KESTEMBERG, E.; KESTEMBERG, J.; DECOBERT, S. (1983) *La faim et le corps*. Paris: PUF. 1983
- KHAN, M. (1979) *Figures de la perversion*. Paris: Gallimard. 1979.
- KLEIN, M. (1935) «Una contribución a la psicogénesis de los estados maníaco-depresivos». En: *Contribuciones al psicoanálisis*. Obras completas. Buenos Aires: Paidós. 1975.
- LACAN, J. (1958) «De un cuestion preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis». En: *Escritos 2*. México: Siglo XXI. 1975.
- LÉVY-STRAUSS, C. (1964) *Le cru et le crit*. Paris: Plon. 1964.
- MCDUGALL, J. (1989) *Teatros del cuerpo*. Madrid: Ed. Julián Yébenes. 1991.
- RADO, S. (1926) «The psychic effects of intoxication», *Int. Journal Psychoanal.*, 1926, 7.
- SCHMIDEBERG, M. (1960) «The role of the psychotic mechanisms in cultural development», *Intern J. Of psychoanal. Study child.*, 1960, 15.
- THOMAE, H. (1961) *Anorexia nervosa*. Stuttgart: Huber Klett. 1961.
- (1963) «Some psychoanalytic observations on anorexia nervosa», *Br. Med. Psychol.*, 1963, 36, p. 239-248.
- TUSTIN, F. (1958) «Anorexia nervosa in adolescent girl», *Br. Med. Psychol.*, 1958.
- VALABREGA, J. P. (1967) «L'anoréxie mentale, symptôme hystérique et symptôme de conversion», *L'inconscient*, 1967, 2. 133-173.

