

desde el diván

Anorexia. Una perspectiva psicoanalítica*

Silvia Tubert

Introducción

Los llamados trastornos del comportamiento alimentario, aunque han sido registrados desde hace siglos, nunca alcanzaron la frecuencia ni la trascendencia social que tienen en la actualidad: se trata de un fenómeno masivo, como lo fue la histeria en tiempos de Freud. Los estudios epidemiológicos indican que se trata, esencialmente, de una patología de la adolescencia femenina: en su incidencia la relación hombre/mujer es de 1/10, la edad de comienzo es habitualmente la adolescencia y la frecuencia es mayor entre las clases medias y altas —aunque se está extendiendo a las clases bajas— y en los países occidentales. Asimismo, se ha observado un aumento de la incidencia en ciertos grupos (azafatas, modelos, deportistas, bailarinas) y la existencia de casos de depresión, alcoholismo y trastornos de la alimentación en la familia. Estos trastornos comprenden diversos tipos de manifestaciones; los más importantes, según la clasificación propuesta por el DSM IV son los siguientes:

- Anorexia nerviosa, que puede ser de tipo restrictivo o purgativo.
- Bulimia nerviosa, de tipo purgativo o no purgativo.
- Trastornos alimentarios no especificados.

En lo que respecta a los criterios diagnósticos para la anorexia, la mayoría de los autores que se han ocupado del tema coinciden en

* Este artículo forma parte de la "Memoria del proyecto de investigación subvencionado en el marco del III Plan Nacional de Investigación dentro del Programa Sectorial (CICYT-Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales) denominado 'Estudios de las Mujeres y de Género', 1997-1999" (Equipo de investigación coordinado por Isabel Martínez Benlloch, Universidad de Valencia).

destacar el miedo intenso a engordar, que no disminuye a medida que se pierde peso; la alteración de la imagen corporal; una disminución de 25% del peso, aunque este criterio ha sido sustituido por la reducción del índice de masa corporal (que se determina dividiendo el peso por el cuadrado de la talla: los valores de 17.5 o menos se consideran de riesgo médico); la negativa a mantener el peso corporal por encima del mínimo según edad y talla; la ausencia de enfermedades somáticas que justifiquen la pérdida de peso, los trastornos orgánicos son, por el contrario, una consecuencia del adelgazamiento; no obstante, tienen a su vez efectos psicológicos y pueden alcanzar una magnitud capaz de provocar la muerte. Podríamos añadir la negación de la perturbación, la ausencia de enfermedad psiquiátrica y la amenorrea, que suele considerarse como una consecuencia de la pérdida de peso aunque diversos autores observaron que es frecuente que se produzca antes de que esa pérdida lo justifique.¹

En las anoréxicas suelen presentarse ciertos rasgos comunes de una manera bastante estereotipada: ignoran o niegan las sensaciones de hambre y de fatiga, les gusta preparar comidas muy elaboradas, coleccionan recetas, acaparan alimentos en casa, conocen el contenido calórico de los alimentos, tienen una resistencia profunda al tratamiento, no admiten que se hayan producido modificaciones en su aspecto físico y creen estar gordas, realizan ejercicios físicos exagerados y en los casos más graves toman laxantes y diuréticos y se autoprovoan vómitos. En cuanto a los rasgos de carácter que pueden operar como factores que predisponen a la anorexia, la mayoría de los autores coincide en la descripción de la anoréxica como "niña modelo": obediente y perfeccionista, buena alumna, exigente consigo misma y preocupada por agradar y complacer a todos. En el plano familiar, es frecuente la presencia de casos de alcoholismo, depresión, trastornos de la alimentación o al menos preocupaciones exageradas con respecto a la dieta, al control del peso y a la apariencia física. Entre los factores desencadenantes juegan un papel importante las separaciones o pérdidas de distintos tipos. También hemos de hacer referencia a los factores que tienden a perpetuar la sintomatología, como

¹ Silvia Marí, "Trastorno de la conducta alimentaria en la adolescencia. Anorexia y bulimia", trabajo presentado en la Escuela de Clínica Psicoanalítica de Niños y Adolescentes de Madrid, 25-4-1998.

los efectos de la desnutrición en el terreno biológico, el aislamiento social que conlleva e incluso podemos observar en muchos casos, entre estos factores, los efectos iatrogénicos de los tratamientos centrados en el problema somático. Como consecuencia de la anorexia —o acompañándola— se presentan diversos síntomas: amenorrea, trastornos del sueño, estreñimiento, dolor abdominal, saciedad prematura, intolerancia al frío, hipotermia, cianosis y vasoconstricción. La persistencia del cuadro conduce a la caquexia, bradicardia, hipotensión, lanugo y edema.

Con respecto a la bulimia, los criterios diagnósticos se refieren a episodios recurrentes de voracidad (*binge eating*), es decir, ingesta de gran cantidad de alimentos en un corto periodo de tiempo y/o falta de control de la alimentación durante el episodio; un promedio de dos episodios de voracidad semanales durante al menos tres meses y una autoevaluación excesivamente determinada por la forma y el peso corporales. Se distinguen dos formas clínicas, la no purgativa y la purgativa; en la segunda se aprecian también conductas compensatorias, como los vómitos autoinducidos o el empleo de laxantes y/o diuréticos. Con frecuencia se observan casos mixtos que presentan deseos irrefrenables de comer, generalmente por atracones, una búsqueda desesperada de la delgadez y estrategias para bajar de peso (dietas hipocalóricas, vómitos autoinducidos, purgantes), junto al miedo enfermizo a engordar. Los casos de bulimia se asocian, con mucha mayor frecuencia que los de anorexia, a la ingesta de alcohol (20% de los casos), drogas (28%), robos (12%), automutilaciones (9%) e intentos de suicidio (23%).²

Desde el punto de vista psicoanalítico debemos señalar que la clasificación de la anorexia y la bulimia como trastornos del comportamiento alimentario, tal como se las presenta en el DSM IV, conduce a un doble error que cierra las puertas a todo intento para comprender lo que está en juego en estos casos. Por un lado, presupone que el TCA es una entidad nosológica *per se*, en tanto que la clínica y la investigación psicoanalíticas ponen de manifiesto que se trata de un síntoma o conjunto de síntomas (*síndrome*) que se pueden desarrollar en diversos cuadros psicopatológicos y en diferentes estructuras de personalidad. Todos los autores consultados consideran que estos trastornos son, por

² S. Marí, *idem*.

decirlo así, transestructurales y transnosográficos,³ es decir, no remiten a una categoría diagnóstica ni a una estructura específicas, sino que se trata de un síndrome que da cuenta de una problemática psicopatológica que es necesario comprender como *proceso*; por otra parte, pueden ser más o menos masivos y transitorios. Debemos notar, sin embargo, que suelen presentarse en personalidades histéricas u obsesivas —aunque el síntoma mismo se aproxima a los de carácter histérico; recordemos que se excluyen de esta categoría diagnóstica los casos en que la negativa a alimentarse forma parte de un cuadro psicótico— y encubren, en la mayoría de los casos, cuadros depresivos de diversos grados de seriedad. Por otro lado, la categoría de TCA sitúa a la anorexia y la bulimia en el plano de la conducta manifiesta; si las definimos como síntomas, por el contrario, es porque entendemos que tales trastornos tienen un valor simbólico, es decir, han de ser descifrados para acceder a la significación que tienen para el sujeto que los padece.

Al concebir el síntoma como un mensaje cifrado que revela y encubre al mismo tiempo ciertos deseos, angustias y conflictos de una persona, se hace necesario recurrir, para acceder al sentido inconsciente del mismo, a las asociaciones verbales del sujeto, que abrirán el camino a la expresión de aquello que había sido reprimido. De este modo, el psicoanálisis sustituye la clínica de la mirada, propia del modelo médico, por la clínica de la escucha: se ofrece al paciente la posibilidad de *hablar*, puesto que sólo en su discurso podrá emerger su propia subjetividad, en la medida en que logre poner en palabras aquello que se manifestaba como síntoma. En los casos de anorexia y de bulimia, precisamente, el sujeto y su palabra quedan borrados a favor de los *actos*: ingesta de alimentos, rituales relacionados con ella, vómitos, purgas pasan a un primer plano en su vida; si la atención médica y / o psicológica se centra en estos actos y se propone conseguir su modificación, dejando de lado la problemática subjetiva que aquéllos manifiestan de manera simbólica, no hará más que entrar en una lucha con el sujeto que, entonces, se verá obligado a insistir en sus síntomas —como única manera paradójica, por

³ Philippe Jeammet, "Dysrégulations narcissiques et objectales dans la boulimie", en B. Brusset, C. Couvreur, A. Fine, *La boulimie. Monographies de la Revue Francaise de Psychoanalyse*, París, PUF, 1991, p. 84.

cierto— de afirmarse y exigir ser reconocido como tal; o bien contribuirá, iatrogénicamente, a desalojarlo de su posición subjetiva vinculada a su condición de ser hablante para reducirlo a su existencia orgánica, convirtiéndose en *objeto* de los deseos e intenciones de los *otros* —en este caso, el personal sanitario. La etiqueta diagnóstica suele ofrecer al sujeto una respuesta y una certidumbre acerca de su propia identidad. Esta certeza garantizada por el saber médico obtura toda posibilidad de interrogación y cuestionamiento con respecto a su ser y a su deseo que, como veremos más adelante, es lo que está en juego en estos casos.

Es importante subrayar que la concepción del síntoma como sustituto de aquello que no se puede poner en palabras no supone que haya un significado único y común a todas las personas que lo padecen sino que, por el contrario, es necesario buscar su significación en cada caso, puesto que es el resultado de un proceso singular: la historia de las relaciones intersubjetivas en cuyo seno se constituyó el sujeto. En consecuencia, podemos decir que la anorexia y la bulimia tendrán tantos sentidos diferentes como pacientes aquejados por ellas nos dispongamos a escuchar. Sin embargo, intentaremos esbozar algunas generalizaciones —siempre parciales y provisorias— a partir de nuestras observaciones clínicas.⁴

Los estudios epidemiológicos —como ya he señalado— revelan un aumento impresionante en la incidencia de estos trastornos en el mundo occidental durante los últimos veinte años. En la medida en que afectan al cuerpo de las pacientes, responden a una compleja problemática subjetiva y han adquirido un carácter de "epidemia" que los convierte en una cuestión social relevante al tiempo que ponen en evidencia su significación como fenómeno cultural, exigen un enfoque multidisciplinario que haga posible abarcar sus diversas dimensiones —biológica, psicológica, familiar y socio-cultural. En este trabajo me ocuparé de dos de ellas: los ideales propios del imaginario social vinculados al lugar de lo femenino en la cultura como espacio de malestar —según los estudios epidemiológicos 90% de los casos de anorexia se presentan en mujeres,

⁴ Agradezco a Gonzalo Morandé por haberme autorizado a entrevistar pacientes —tanto ingresadas como externas— en el Servicio de Trastornos de la Alimentación del Hospital del Niño Jesús y a Eduardo Paolini por haberme facilitado el acceso a su fichero de historias clínicas. Asimismo quiero expresar mi agradecimiento a todas las pacientes cuyo discurso —oral o escrito— fue el punto de partida de mis reflexiones sobre esta cuestión.

aunque en los últimos años ha aumentado la incidencia en varones— y la crisis narcisista de la adolescencia —la sintomatología se inicia habitualmente en esta etapa de la vida, aunque también van en aumento los comienzos en edades más tempranas.

La anorexia y la construcción cultural del cuerpo femenino

Los ideales vinculados a la feminidad que dominan lo imaginario social son responsables, en parte, del malestar femenino en nuestra cultura, en tanto coadyuvan a la subordinación social, legal, económica y familiar de las mujeres, imponiendo unos modelos de identidad que operan como el lecho de Procusto: para amoldarse a ellos cada una ha de recortar algo de sí misma, ya sea que se trate de deseos, necesidades, aspiraciones o potencialidades personales. La renuncia, represión y alienación que generan esos ideales se pagan, como ha mostrado Freud, al precio de las neurosis u otras patologías.⁵ Desde este punto de vista, la psicopatología sólo se distancia de la psicología *normal* —en el supuesto de que tal cosa exista— por una diferencia cuantitativa y no cualitativa: los trastornos de la alimentación, especialmente la anorexia, nos permiten apreciar, como si se tratara de una lente de aumento, los conflictos inducidos por los modelos de identidad femenina —fundamentalmente los referidos a la imagen corporal ideal y los medios prescritos para alcanzarla— que dominan en el mundo occidental. Es decir, existe un continuo entre las exigencias interiorizadas de manera relativa y con cierta flexibilidad por las mujeres que son consideradas como normales y los efectos devastadores de esas mismas exigencias asumidas de manera absoluta —tanto que pueden llevarlas a la muerte, aunque en un número reducido de casos— por las anoréxicas. En este sentido, el ideal de la esbeltez y las dietas seguidas para alcanzarlo proporcionan un excelente ejemplo de un valor socialmente aceptado que quizá no habría sido cuestionado si no mediara su aplicación llevada hasta sus últimas consecuencias en los casos considerados como patológicos. La anorexia se presenta, entonces, como emblema de la construcción del cuerpo femenino en nuestra cultura.

⁵ Sigmund Freud, *El malestar en la cultura, Obras Completas*, T. III, Madrid, Biblioteca Nueva, 1968.

El cuerpo humano no se genera exclusivamente por la reproducción biológica, sino que tiene una historia: no sólo ha sido percibido, interpretado y representado de diversos modos en distintas épocas, sino que también ha sido vivido de maneras diferentes, se lo ha llamado a la existencia en culturas muy variadas, ha estado sujeto a un amplio espectro de tecnologías y medios de control, y se ha incorporado a diversos ritmos de producción y consumo y a otros tantos regímenes de placer y dolor.⁶

Las dietas no representan una exigencia cultural reciente. La dietética griega regulaba la ingesta de alimentos con la finalidad de alcanzar la moderación y el autodominio. En la Edad Media la práctica cristiana del ayuno buscaba la purificación espiritual y el dominio de la carne. En ambos casos la dieta era un instrumento para la construcción de un sujeto que buscaba desarrollar las posibilidades más profundas de la excelencia espiritual. Todas las religiones rechazan por igual la gula, imagen bíblica del pecado original y también uno de los siete pecados capitales, y confían en que el ayuno permita ganar méritos y virtudes, en función de la oposición maniquea del cuerpo animal y el espíritu consagrado a Dios. No ha de sorprendernos, entonces, que la bulimia se asocie con un sentimiento de debilidad espiritual y la anorexia con otro de fuerza. Asimismo, esto nos permitirá comprender a la anorexia como un intento de escapar a la misma voracidad a la que se abandona el bulímico.

Hacia el final de la era victoriana, quizá por primera vez en el mundo occidental, las clases medias comienzan a rechazar el alimento en aras de un ideal estético: ya no se aspira a la perfección del alma, sino que se pretende que el cuerpo se ajuste a una imagen modélica que prescribe determinado peso o forma física como ideal. Hoy ya no se lucha contra los apetitos o deseos, buscando sólo el control de los impulsos y la evitación de los excesos, sino que se combate contra la grasa, la celulitis, la flacidez. En consecuencia, se desarrollan numerosas técnicas destinadas a lograr una transformación puramente física, como las dietas, gimnasias, medicamentos e incluso intervenciones quirúrgicas.

⁶ Catherine Gallagher y Thomas Laqueur, *The Making of the Modern Body*, Los Ángeles, University of California Press, 1987, p. VII.

Sin entrar en la cuestión de la explotación industrial de estas técnicas y los intereses económicos que están en juego, debemos señalar que al mismo tiempo que aumenta la incidencia de los trastornos de la alimentación surge la preocupación por los casos extremos de quienes han llegado a obsesionarse o han ido demasiado lejos en el intento de hacer coincidir su cuerpo con la imagen ideal. Así, proliferan en la actualidad los libros y artículos sobre la bulimia y la anorexia nerviosa junto a las advertencias contra los riesgos de las dietas líquidas, la gimnasia compulsiva, la cirugía de estómago y de reducción de grasas, y la liposucción. Pero aunque estos excesos son percibidos como patológicos, la preocupación por la gordura y la dieta no sólo responde a la norma, sino que funciona, como ha observado Susan Bordo utilizando conceptos de Foucault, como una poderosa estrategia de normalización, que busca la producción de *cuerpos dóciles*, capaces de autocontrol y de autodisciplina, dispuestos a transformarse y a mejorarse al servicio de las normas sociales y, fundamentalmente, de las relaciones de dominio y subordinación imperantes.⁷ Es decir, las representaciones del cuerpo (científicas, filosóficas, estéticas), en función de los efectos performativos de los discursos que las articulan, operan como regulaciones prácticas que no sólo modelan sino que también *construyen* el cuerpo viviente. Foucault afirma, al referirse a la autodisciplina, que el poder no necesita emplear la violencia física para imponer sus reglas; le basta con una *mirada* vigilante que cada individuo llega a interiorizar, de modo que acaba por controlarse a sí mismo. Y, en la medida en que las mujeres están más intensamente sujetas que los hombres a este tipo de control —en razón de su subordinación social y familiar— esta maquinaria normalizadora reproduce, al mismo tiempo, la codificación cultural de las diferencias y relaciones de poder entre los sexos. De este modo, las disciplinas de la dieta y el ejercicio, que surgen de las prácticas normativas de la feminidad en nuestra cultura —a las que simultáneamente reproducen—, preparan al cuerpo femenino para la docilidad y la obediencia. No obstante, las mujeres experimentan estas mismas prácticas como fuentes de poder y de control en tanto las perciben como medios para alcanzar la belleza, la aceptación social,

⁷ Susan Bordo, *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture and the Body*, Berkeley-Los Ángeles-Londres, University of California Press, 1993.

laboral y sexual; en suma, la posibilidad de influir en los otros: como afirmaba Foucault, el poder y el placer no son excluyentes. La anorexia, en consecuencia, expresa una paradoja: se trata del deseo de controlar el cuerpo —cuando es imposible controlar alguna otra cosa— y de lograr la autonomía —no depender de nada ni de nadie—, pero el control acaba por escapar al control y debilita tanto a quien la padece que debe ser hospitalizada y pasa así a depender totalmente de los otros.⁸

Si la forma esbelta, delgada pero firme, ha llegado a imponerse como modelo estético dominante en nuestra cultura, es porque representa una solución de compromiso entre exigencias contradictorias y porque permite acallar la angustia que genera el cuerpo, su realidad siempre inaprensible, sus exigencias, sus limitaciones que obstaculizan los proyectos humanos, su relación significativa con la muerte, tanto en el sujeto que se encarna en él como en el *cuerpo social*, cuyas debilidades también representa.⁹

La compulsión a amoldar el propio cuerpo a una imagen y el rechazo a las carnes que desbordan el límite ideal —ya no se trata de corregir un peso excesivo sino de hacer entrar el cuerpo en los contornos de una *forma* imaginaria— dan cuenta de la angustia, individual y social, ante el fantasma de una corporalidad identificada con deseos, apetitos e impulsos incontrolables. El cuerpo se convierte en metáfora de la exigencia pulsional que amenaza al sujeto poniendo permanentemente en cuestión su supuesta identidad y lo obliga a reconocer, paralelamente a su corporalidad, su falta de ser y su desconocimiento de sí mismo. El cuerpo representa, de este modo, un doble problema: para el sujeto mismo, que sólo vive encarnado en una materia que, sin embargo, le parece ser exterior y ajena a su subjetividad; para la cultura, que sólo puede persistir y transmitirse a través de una sucesión de generaciones de individuos cuyos cuerpos nunca pueden ser completamente controlados. En este sentido Mary Douglas, para quien el cuerpo es una forma simbólica y puede funcionar como metáfora de la cultura, ha observado que la inquietud que lleva a mantener unos límites corporales rígidos y

⁸ Harriet Fradd, "Anorexia as Crises Embodied: A Marxist Feminist Analysis of the Household", en H. Fradd, S. Resnick, R. Wolff, *Bringing it All Back Home. Class, Gender and Power in the Modern Household*, Londres y Boulder (Colorado), Pluto Press, 1994, pp. 112-131.

⁹ Silvia Tubert, "Desórdenes del cuerpo", *Revista de Occidente*, núm. 134-135 (1992).

que se manifiesta, por ejemplo, en rituales y prohibiciones concernientes a las excreciones corporales y a las delimitaciones entre el interior y el exterior del organismo, se hace más intensa y evidente en las sociedades o en los periodos históricos inestables. Los bordes del cuerpo pasan a representar las fronteras sociales. De este modo, el control rígido de los cuerpos, el dominio de los deseos, responde al intento de regular en el organismo del individuo las inestabilidades o transformaciones que amenazan al cuerpo social.¹⁰

No es extraño entonces que la angustia ante los apetitos incontrolables de las mujeres se intensifique en periodos en que aquéllas adquieren una mayor independencia y se manifiestan en el espacio público, tanto social como político. Así, en la segunda mitad del siglo XIX, paralelamente a la primera ola del feminismo, se produjo una proliferación de imágenes femeninas oscuras, peligrosas y malvadas en el arte y la literatura. En ningún otro momento se representó a la mujer de manera tan coherente, programática y desnuda como vampiro, castradora o asesina.¹¹ Asimismo, el siglo XIX se destacó por la obsesión por la sexualidad —en especial la femenina— y su control médico. El tratamiento para la *excitación sexual* excesiva incluía la aplicación de sanguijuelas en el cuello de la matriz, la clitoridectomía y la extirpación de los ovarios.¹² En esa misma época se puso de moda un corsé más ajustado que nunca: mientras las sufragistas trabajaban por la emancipación legal y política de las mujeres, la moda y la costumbre las aprisionaban físicamente más de lo que jamás lo habían hecho.¹³ Así, por ejemplo, un anuncio de 1878 afirma que el corsé es "el monitor siempre presente de una mente bien disciplinada y de sentimientos bien regulados".¹⁴ Por otra parte, a la imagen de una mujer peligrosa, insaciable y agresiva le responde una feminidad ideal, purgada de todos

¹⁰ Mary Douglas, *Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*, Madrid, Siglo XXI, 1991.

¹¹ Peter Gay, *La experiencia burguesa. De Victoria a Freud*, vol. I: *La educación de los sentidos*, México, FCE, 1998.

¹² Barbara Ehrenreich y Deirdre English, *Brujas, comadronas y enfermeras*, Barcelona, La Sal, 1984.

¹³ Amaury deRiencourt, *Sex and Power in History*, Nueva York, David McKay, 1974, p. 319.

¹⁴ S. Bordo, *op. cit.* p. 162.

los aspectos amenazadores, que desempeña un papel importante en el mantenimiento de las relaciones de poder entre los sexos: la doctrina científica oficial —en la voz de Krafft-Ebing, por ejemplo— proclamaba que la mujer carece de deseos sexuales, lo que se articula perfectamente con el tema moral de la mujer como ángel del hogar.

La literatura de la época da cuenta de una estética de la delgadez, la debilidad y el hambre prototípica de las heroínas victorianas: algunas recurren a la negación de su cuerpo para manipular a las familias, como las anoréxicas; también, como ellas, comen a escondidas; preparan los alimentos para los demás, pero nunca los prueban. Otras enferman misteriosamente entre el momento crítico de la admisión de sus sentimientos y la declaración amorosa del héroe. El primer signo de esa enfermedad es generalmente el rechazo de la comida y se presenta, como en la anorexia, en el momento en que la heroína debe reconocer su propia sexualidad: castiga así, al mismo tiempo, a su cuerpo por sus deseos inaceptables y a su entorno por no reconocerlos.¹⁵

En una época como la nuestra, marcada por el cuestionamiento de las identidades sexuales de hombres y mujeres, y la transformación de las categorías y relaciones genéricas, no nos sorprende que tengan tanto auge técnicas que intervienen con violencia en los cuerpos femeninos —además de los estereotipos que constituyen un poderoso instrumento ideológico para contener los apetitos femeninos, como la noción de que las mujeres prefieren cuidar y alimentar a los otros más que a sí mismas. Esta intervención puede tener fines aparentemente opuestos: garantizar su función procreadora, como sucede en el caso de las técnicas de reproducción asistida, o consolidar una forma ideal que define a la feminidad no maternal, cuando se trata de la estética corporal.¹⁶

Peter Gay sugiere que estos ideales son producto de una reacción al peligro de que se produzcan modificaciones en las relaciones establecidas entre los sexos; aunque —debemos añadir— no actúan sólo desde el espacio social y cultural sino que son interiorizados de modo que llegan a operar desde el ideal del yo de las mujeres. El lúcido análisis de

¹⁵ Helena Michie, *The Flesh Made Word. Female Figures and Women's Bodies*, Nueva York y Oxford, Oxford University Press, 1987, p. 26.

¹⁶ S. Tubert, *op. cit.*

John Berger permite apreciar la identificación de la mujer con la mirada masculina, con la consiguiente división subjetiva. Berger afirma que las mujeres están ahí para satisfacer un apetito ajeno, pero no para tener uno personal; el deseo de ser reconocidas como deseables contribuye a que se configuren como objetos para ser consumidos por los otros más que como sujetos de un deseo propio. Los hombres miran a las mujeres y éstas observan cómo son miradas, lo que determina no sólo la mayor parte de las relaciones entre hombres y mujeres, sino también la relación de la mujer consigo misma: el observador existente en la mujer es masculino, en tanto que la observada es femenina. Al experimentar su propio cuerpo como si fueran los observadores masculinos de sí mismas, se transforman en un objeto, en particular en un objeto visual.¹⁷

Robert Crawford señala que en la sociedad industrial postcapitalista las contradicciones estructurales de la vida económica producen exigencias agonísticas en la personalidad. En tanto productores, debemos ser capaces de reprimir y diferir la gratificación inmediata de nuestros deseos para cultivar una ética del trabajo; en tanto consumidores, servimos al sistema a través de una capacidad ilimitada de capitular ante el deseo y ceder a los impulsos, abandonándonos a una satisfacción constante e inmediata, consumiendo los productos industriales que nos prometen la plenitud y la felicidad. Debemos consumir, lo que exige ceder continuamente a la tentación, pero al mismo tiempo se censuran los excesos que podrían llevar, a la larga, a anular nuestra capacidad productiva.¹⁸ No podemos dejar de mencionar, aunque no entremos ahora en ello, la situación de las grandes mayorías que enfrentan un problema diferente, al tener que convivir con el incesante estímulo consumista y la carencia de recursos económicos, fuente de un malestar que se suma al derivado de la imposibilidad de satisfacer las necesidades humanas más elementales.

Esta contradicción, que nos divide al situarnos al mismo tiempo en dos posiciones incompatibles, se articula con los antagonismos intrapsíquicos que escinden nuestra subjetividad: exigencia pulsional e imposibilidad de hallar un objeto adecuado y definitivo (lo que nos encadena al consumismo, que ofrece siempre nuevos objetos que prometen

¹⁷ J. Berger, *Modos de ver*, Madrid.

¹⁸ S. Bordo, *op. cit.*

el acceso al goce, uniendo asintóticamente el placer libidinal objetual y la satisfacción narcisista); falta de ser e imposibilidad de prescindir de una identidad que no puede sino ser ilusoria, en tanto nos proporciona una imagen de unidad y plenitud (lo que nos conduce a demandar lo que nos ofertan, que no es meramente un objeto, sino que representa la esperanza de ser alguien que, además, tiene *poder*).¹⁹ Según Susan Bordo, el cuerpo esbelto codifica la idea tantálica de una persona autorregulada en la que *todo está en orden* a pesar de las contradicciones de la cultura y, debemos añadir, pese a su propia escisión como sujeto deseante. Así, el carácter problemático de la estructura social, articulado a las incertidumbres propias de nuestra condición de sujeto hablante, acaba por inscribirse en el cuerpo. La bulimia se configura, desde esta perspectiva, como una contradicción moderna de la personalidad que expresa explícitamente el desarrollo exagerado del hambre de consumo irrestricto (orgías de ingesta incontrolada de comida), que coexiste en una tensión inestable con la exigencia de sobriedad y la necesidad de purgación (vómitos, ejercicios físicos compulsivos e ingesta de laxantes).

La misma oposición se inscribe en la aparente paradoja del aumento simultáneo de la obesidad y de la anorexia. Si la bulimia encarna la doble exigencia del capitalismo consumista, la anorexia y la obesidad representan otros tantos intentos de solución de la contradicción, cada uno de los cuales se sitúa en uno de los polos de ésta. La obesidad podría entenderse como capitulación ante el consumo, basada en la creencia en la promesa de saciar el deseo, eliminándolo al identificarlo con la pura necesidad; la disolución del sujeto en un cuerpo-organismo a través de su absoluta *encarnación*. La anorexia, en cambio, se asocia a la ética del trabajo que requiere un estricto autocontrol; el sostenimiento del deseo en una escena ajena a las necesidades del cuerpo; el intento de salvaguardar la dimensión de sujeto deseante al *desencarnarlo* y renegar de su corporalidad. En ambos casos se manifiesta una resistencia a la norma cultural, que la bulímica, en un movimiento pendular, cumple al pie de la letra. En los trastornos de la conducta alimentaria se aprecia, entonces, el esfuerzo por ajustarse al estereotipo de la mujer atractiva y, al mismo tiempo, el rechazo de ese estereotipo. En la anorexia, de manera paradó-

¹⁹ S. Tubert, *op. cit.*

jica, se sacrifica el cuerpo para aproximarse al ideal y simultáneamente se ataca y destruye ese ideal al ofrecer una parodia de la demanda social de delgadez, que imita y ridiculiza a unos modelos imposibles.

El cuerpo esbelto es, sobre todo, un ideal femenino, así como los trastornos de la alimentación predominan entre las mujeres. Susan Bordo ha observado que si la esbeltez contemporánea representa un correcto control del deseo, su significación está sobredeterminada porque el hambre ha sido siempre una metáfora cultural de la sexualidad, el poder y el deseo femeninos: desde la diosa Kali, sedienta de sangre que, en una de sus representaciones, aparece devorando sus propias entrañas, pasando por las brujas del siglo XV, descritas como voraces e insaciables, hasta las representaciones de las mujeres como seres dominados por sus emociones, sometidas a sus caprichos y, en suma, más ligadas por su corporalidad al reino de la naturaleza que al de la cultura. Es fácil apreciar que las anoréxicas se autocontemplan con una mirada vigilante y acusadora por cuanto se encuentran habitadas por una representación de sí mismas como hambrientas, insaciables y descontroladas, al tiempo que intentan desesperadamente alcanzar el ideal de control y eliminación de sus deseos sexuales, expresados en el lenguaje de la pulsión oral.

En las culturas patriarcales, la regulación del deseo femenino constituye un problema: los deseos femeninos son otros, misteriosos, amenazantes. Esta imagen de la mujer deviene más problemática, como ya he señalado, en periodos de transformación de las relaciones establecidas entre los sexos. A medida que proliferan las representaciones terroríficas de la mujer insaciable —sobre todo en la segunda mitad del siglo XIX— adelgaza la imagen del cuerpo femenino, haciéndose más semejante a la de una niña o un adolescente. Pero la representación andrógina de la mujer no sólo tiende a apaciguar la inquietud que suscita lo imaginario colectivo con respecto a los deseos femeninos, sino que también asume una significación aparentemente contradictoria, que puede explicar su atractivo para las mujeres mismas: les ofrece una imagen diferente de la del cuerpo maternal asociado a su destino reproductor. A la representación pasiva de la feminidad, la anoréxica —que no se contenta con ser *deseable* sino que aspira también a ser *deseante*— opone una actitud activa de control, culturalmente asociada a la masculinidad, lo que le permite integrar lo femenino y lo masculino en un ideal andrógino.

La contradicción se pone de manifiesto, además, por cuanto la anoréxica controla y rechaza la comida para satisfacer el estereotipo de la mujer atractiva, para lograr la aceptación de los otros como objeto sexual pero, simultáneamente, niega y denuncia el estereotipo: trata de lograr la belleza y se convierte en parodia de la demanda social de esbeltez; imita y se burla a un tiempo del modelo, intentando recuperar su autonomía en el acto de transformarse imaginariamente en su propia consumidora.²⁰ De este modo, se niega a aceptar la representación de la mujer asociada a lo corporal, a la carne; su cuerpo consumido representa el rechazo de la imagen social de la sexualidad femenina. La paradoja es, una vez más, que la pretendida huida de la carne la vuelve a conducir a la obsesión por la carne.

Fraad habla de una exigencia triplemente contradictoria que se impone mediáticamente a las mujeres en la actualidad: 1. Que sean "femeninas" y se centren en el ámbito doméstico en una sociedad en que las necesidades se perciben como una molestia; 2. Que se centren en la competencia y el rendimiento en los ámbitos social y político en los que actúan con desventaja; 3. Que se centren en el sexo y sean atractivas en un espacio público en que esa actitud entraña riesgos.²¹

En oposición a la definición del cuerpo femenino como un organismo biológico que debe realizar sus funciones reproductoras, para lo cual es necesario que el sujeto normalice su deseo, estamos en presencia de una imagen estética que el sujeto debe colocar en el lugar de su ideal del yo; en ambos casos se trata de construcciones discursivas que lo despojan de sus referentes subjetivos al ignorar la dimensión del deseo inconsciente que nos exige tomar en consideración la singularidad. La patología de la alimentación, en sus diversas formas, pone de manifiesto que el cuerpo es un escenario en el que se desarrolla el drama del sujeto: sólo puede reconocerse en los significantes propios de un orden simbólico que no puede constituirlo como humano sin alienarlo; sólo puede dar cuenta de su experiencia corporal a través de un lenguaje y de unas imágenes que mediatizan su relación singular con su propio cuerpo.

²⁰ H. Fraad, *op. cit.*, p. 115.

²¹ *Idem*, p. 123.

Anorexia, bulimia y crisis narcisista de la adolescencia

La problemática de los trastornos de la alimentación se despliega en el cuerpo de una manera multidimensional: en tanto síntoma, se aproxima a la conversión histérica por cuanto se activa en el espacio físico, aunque remite a otra escena, creando *un* nuevo cuerpo en el cuerpo.²² Además, se produce un *cortocircuito* de la representación, que desencadena procesos fisiológicos que, a su vez, tendrán efectos psíquicos.²³ Es por eso que, si la histeria se contenta con producir una anatomía imaginaria, aunque ésta afecte a sus funciones, en la anorexia el cuerpo se ve comprometido en su dimensión *real*; en este sentido, se trata de una patología *psicosomática* de alto riesgo. Es decir, no sólo se presenta como escenario en el que se juegan conflictos que no se pueden expresar de otro modo, que no acceden al discurso del sujeto, sino que éste interviene en su cuerpo (dietas, purgas, vómitos) y, en este sentido, se trata de una patología del acto: se hace lo que no se puede decir. Podemos afirmar, con Lacan²⁴ que no nos hallamos ante *cuerpos hablantes*, sino ante sujetos hablados por el cuerpo. Así, por ejemplo, observamos que el discurso de las pacientes está centrado en la nutrición: cantidad y calidad de alimentos ingeridos o evitados, peso, dietas, etc. Esto facilita que el médico, ante una situación enigmática e inquietante, capaz de despertar tanto la fascinación como el horror, se sienta obligado a intervenir, es decir, a *actuar* en el plano orgánico —por otro lado, su formación no suele proporcionarle otro tipo de recursos—, manteniendo así la relación subvertida entre el sujeto y el cuerpo, en la que el síntoma se ha escondido en lo real del cuerpo emaciado. Pero está claro que, aunque el drama se despliega en el cuerpo, lo que está en juego desde el punto de vista del sentido no es el organismo biológico, sino la subjetividad alienada en él; para que ésta pueda emerger en la palabra es necesario no actuar sino *escuchar*.

El hecho de que la edad de comienzo de los TCA sea la adolescencia (se han observado dos momentos privilegiados de comienzo: la pubertad y en torno a los 18 años, cuando se acaban los estudios secundarios)

²² Paul-Laurent Assoun, *Corps et symptôme*, T. I., *Clinique du corps*, París, Anthropos, 1997, p. 27.

²³ Bernard Brusset, "Introduction générale", *La boulimie*, RFP, *op. cit.*, p. 11.

²⁴ Jaques Lacan, *Le séminaire. L'angoisse*, xerografía.

nos lleva a pensar que existe alguna relación entre el síntoma y la crisis que se experimenta de manera privilegiada —al menos en la cultura occidental— en este momento de la vida, así como su mayor incidencia entre las mujeres nos condujo a considerar su relación con la construcción del cuerpo femenino en la cultura. En efecto, la comprensión de los trastornos de la alimentación no se agota, de ninguna manera, con la referencia a los efectos subjetivos de los ideales estéticos de la figura femenina. Aunque éstos desempeñan, evidentemente, un papel importante, no nos permiten entender por qué no todas las mujeres sufren su impacto de la misma manera; para orientarnos en esa dirección es necesario explorar la dimensión intrasubjetiva, fundamentalmente en lo que respecta a la peculiaridad de los procesos adolescentes. Mi hipótesis, en este sentido, es que los trastornos de los que nos estamos ocupando corresponden a un fracaso en la resolución de la crisis adolescente, de modo que hemos de analizar esa crisis con algún detalle. Quiero aclarar ante todo que entiendo que la adolescencia no es meramente una etapa evolutiva, sino que está marcada por el enfrentamiento del sujeto con las coordenadas básicas de nuestra existencia: la sexuación y la mortalidad. En consecuencia, la resolución de la crisis sólo puede ser parcial y relativa, puesto que la angustia, la incertidumbre y la herida narcisista que derivan del reconocimiento de aquellas coordenadas estarán presentes a lo largo de toda nuestra vida, aunque generalmente de manera más atenuada o bien encubiertas por las máscaras de la adultez y la madurez.²⁵

Freud observaba que en la pubertad, en virtud del segundo florecimiento de la sexualidad desencadenado por la maduración gonádica, se produce una reedición del complejo de Edipo que sólo se resuelve mediante la intervención definitiva e inexorable del tabú del incesto ("exigencia civilizadora" que actúa especialmente en la adolescencia), que conduce a la ruptura generacional y a la liberación de la autoridad de los padres.²⁶ El pasaje por la situación edípica hace posible la articulación simbólica de la diferencia entre los sexos y la diferencia entre las generaciones. Pero la metamorfosis corporal que se produce en este momento supone, desde el punto de vista pulsional, una excitación

²⁵ S. Tubert, *La muerte y lo imaginario en la adolescencia*, Madrid, Saltés, 1982.

²⁶ S. Freud, "Tres ensayos sobre teoría sexual", *op. cit.*, T. I.

somática difícil de procesar psíquicamente. Esto genera una intensa angustia y evoca, al mismo tiempo, los fantasmas y recuerdos de carácter libidinal referidos a la sexualidad infantil pregenital. De modo que la modificación corporal despierta, y se convierte en representante de, fantasías inconscientes en las que se articula el deseo; simultáneamente, aquella transformación produce una herida narcisista que afecta al yo o, en su caso, revela en este momento su fragilidad. Esto conduce a apartar la libido de los objetos y retornar al autoerotismo que proporcionó la satisfacción sexual en la infancia. Este redescubrimiento del cuerpo lo sitúa en primer plano, en el centro de las preocupaciones del sujeto, al tiempo que el yo, que es entre otras cosas un yo corporal, sufre a su vez una serie de transformaciones, especialmente en lo que respecta a la imagen de sí, que se viven como pérdidas:

—La pérdida de la imagen de sí mismo que se había elaborado en la infancia y alcanzado cierta estabilidad en el periodo de latencia: los adolescentes observan en el espejo una figura transformada, que no coincide con su autorrepresentación y genera la experiencia de extrañamiento con respecto a su cuerpo.

—La pérdida de la representación narcisista del niño o niña ideal, es decir, sin carencias, ajena al reconocimiento de la castración, la sexuación y la mortalidad, reconocimiento que dará lugar a una profunda herida narcisista.

—La pérdida de la figura de los padres como soporte del ideal del yo infantil (en función, precisamente, de la ruptura generacional asociada a la instauración del tabú del incesto), que relanza la dialéctica identificación/separación, en tanto le hace revivir el drama de la separación originaria, de la decepción inicial consecutiva al desprendimiento irreparable del otro.

Estas transformaciones ponen en cuestión la organización del esquema o imagen corporal, resultante de la identificación narcisista con la forma corporal del otro establecida en el estadio del espejo y punto de partida, a su vez, de la unidad fantasmática del yo, frágil pero necesaria. Este yo, tal como afirma Freud, ha sido en su origen un yo corporal, la proyección de la superficie del cuerpo.²⁷

²⁷ S. Freud, "Introducción al narcisismo", *op. cit.*, T. I.

Por todo ello podemos concebir la crisis de la adolescencia como crisis narcisista y aproximarnos desde esta perspectiva a la problemática intrasubjetiva de la anorexia, que se presenta entonces, en una de sus dimensiones, como una patología del narcisismo. Pero veamos primero algunas características de esta crisis, que se despliega tanto en el terreno de la pulsión sexual como en el del *narcisismo*, el yo corporal y el goce mortífero asociado a la liberación de la pulsión de muerte.

Ante todo, se aprecia un retraimiento de la libido, que se aparta de las representaciones de personas y cosas del mundo exterior para orientarse hacia el propio yo. Este proceso, necesario e importante para la reestructuración psíquica del sujeto, suele desarrollarse en una etapa transitoria a partir de la cual libidinizará nuevos objetos, ajenos a la constelación edípica; sin embargo, se puede producir un estancamiento en la posición narcisista con el consiguiente peligro de desequilibrio y regresión. Manifestaciones clínicas del retraimiento libidinal son, por ejemplo, los frecuentes trastornos orgánicos que se presentan en este momento de la vida, así como la alteración del ritmo del sueño, las preocupaciones hipocondríacas y la actualización de algunas características de la vida anímica infantil, como la omnipotencia de las ideas o la sobreestimación del poder de los propios deseos. Cuando esta "megalomanía" fracasa, como consecuencia de la confrontación entre el yo real y el yo ideal, suelen generarse cuadros depresivos.

La resolución de esta crisis se produce a través del reencuentro con el Otro, en tanto puede ser reconocido en un plano simbólico, como objeto del deseo, lo que supone la aceptación de que no se lo puede tener —como se creyó haber poseído alguna vez a los objetos de la infancia— sino *encontrar*. Es decir, al ingresar en el orden del intercambio se anula el circuito cerrado del narcisismo, y no sólo el Otro sino el propio sujeto llega a significarse de manera simbólica, mediante la identificación con los emblemas que orientarán su identidad adulta y sexuada. Sin embargo, el narcisismo marca el tipo de elección de objeto que realiza inicialmente el adolescente de ambos sexos. En un primer momento, el objeto erótico se escoge conforme a su propia imagen, de modo que la elección es de carácter homosexual, ya sea consumada como tal a través de juegos sexuales o sublimada en la relación con el amigo o amiga íntimos en los que se proyecta el yo ideal infantil que el sujeto ya no puede sostener. Luego, cuando se produce la elección heterosexual, observamos las huellas del narcisismo en la idealización de la pareja, a quien se coloca

en el lugar del yo ideal perdido. Desde este punto de vista, se trata de subsanar la ruptura narcisista ocasionada por la pérdida de la bisexualidad imaginaria de la infancia: lo femenino en el caso del varón y lo masculino en el de la mujer se recuperan, también imaginariamente, en la relación con el Otro sobrevalorado. De este modo, el Otro representa aquello que completaría imaginariamente al sujeto, encubriendo así la castración que supone nuestra realidad corporal monosexuada.

La crisis narcisista incluye también una amplia problemática referida a la autopercepción, puesto que en la adolescencia "normal" es frecuente encontrar una distorsión —mayor o menor— de la imagen de sí mismo: la imagen corporal que devuelve el espejo no corresponde a la autorrepresentación estructurada a lo largo del periodo de latencia, por lo que se experimenta al cuerpo como ajeno y desconocido. En casos extremos —como sucede en la anorexia— la distorsión producida por la impronta del cuerpo fantasmático en el cuerpo real puede llegar a configurar un verdadero delirio corporal.

Freud afirmaba que el punto más espinoso del sistema narcisista corresponde a la creencia en la *inmortalidad del yo*; la imposibilidad de seguir afirmándola impone el reconocimiento de la finitud de la existencia.²⁸ En consecuencia, el reconocimiento de la sexuación —renuncia a la bisexualidad imaginaria e interrogación acerca de la propia identidad sexuada— y el de la mortalidad —renuncia a la *inmortalidad*— son, en cierto modo dos caras de la misma moneda. Parte importante de la psicopatología específica de la adolescencia —tal como sucede en las anorexias y bulimias— se vincula con la imposibilidad de asumir esta doble herida narcisista y a las correspondientes operaciones defensivas con las que se intenta neutralizarla.

Debemos mencionar, aunque sólo sea brevemente, que esta problemática afecta también a los padres de un hijo o hija adolescente. Por un lado, la transformación corporal de los jóvenes cancela la imagen *del niño o niña maravillosos* que sostiene una representación narcisista primaria; en efecto, en la economía libidinal parental los hijos se sitúan como prolongación y último reducto del narcisismo de los padres, de modo que el nuevo individuo queda asociado al destino psíquico de otros. Por

²⁸ S. Freud, "Introducción al narcisismo", *op. cit.*

otro, la necesaria separación del hijo o hija amenaza con la disolución de la familia, lo que sugiere el carácter temporal de las instituciones y las vidas humanas; en última instancia, la mortalidad. En términos generales, para comprender las anorexias y bulimias es imprescindible investigar su compromiso con la estructura familiar, ya que si el síntoma revela y encubre al mismo tiempo el enfrentamiento del sujeto que lo padece con unas coordenadas existenciales que despiertan angustia y son difíciles de aceptar, cumple también una función similar para sus padres o al menos alguno de ellos. En muchos casos de bulimia es fácil apreciar que el cuerpo de la hija investido narcisísticamente de una manera ambivalente —idealización y hostilidad— encarna el objeto de un duelo imposible de la madre. Esto nos permite entender la frecuente complicidad de los padres con un síntoma que pretenden reducir pero que, inconscientemente, contribuyen a perpetuar.

En consecuencia, la angustia específica de la adolescencia no se refiere sólo a la reedición del conflicto edípico con su correlato, la castración y la consiguiente separación de los objetos originarios, sino también a los procesos relacionados con la transformación de la propia imagen. Como consecuencia del derrumbe narcisista se produce, empleando un concepto de E. Lemoine,²⁹ una verdadera partición: la pérdida imaginaria de una parte de sí mismo, vivida como una mitad, es decir, la pérdida de sí mismo en tanto unidad imaginaria. Es posible situar esta partición imaginaria en cuatro dimensiones de significación (de acuerdo con las pérdidas a las que ya me he referido anteriormente):

—Ruptura del vínculo con la madre, soporte de la posición narcisista del sujeto en su infancia, en tanto constituía con ella una célula autosuficiente y ocupaba el lugar del objeto de su deseo (a esto nos referimos al hablar de reedición del complejo de Edipo).

—Pérdida del yo corporal, debido a la metamorfosis puberal.

—Pérdida de la bisexualidad imaginaria, es decir, del otro sexo negado por la realidad anatómica. Si en el plano pulsional aquélla se experimenta como castración, en lo que concierne a la imagen corporal y a la identidad del yo se presenta como partición, en tanto es necesario renunciar a la otra mitad, de la que se podía disponer imaginariamente en la infancia.

²⁹ Eugénie Lemoine-Luccione, *Partage des Femmes*, París, Seuil, 1976.

—Culminación de la diferenciación entre el yo actual y el yo ideal (hablamos siempre en términos relativos, ya que la discriminación total nunca se acaba de alcanzar); la libido que ocupa la representación del yo ideal en la posición narcisista se desplaza al ideal del yo. En la medida en que la partición se experimenta como un desdoblamiento, se intenta restaurar el narcisismo perdido mediante la relación con objetos que operan como un doble del sujeto por cuanto representan al ideal y asumen tanto el antiguo vínculo con la madre como la bisexualidad. Este objeto ocupa el lugar de la imagen especular y responde al desdoblamiento narcisista de la propia imagen.

Es posible observar una gradación en el pasaje del yo ideal al ideal del yo en función de los objetos que va libidinizando el adolescente en el intento de restituir su narcisismo, aunque esta vez de un modo simbólico que requiere una diferenciación cada vez mayor: el diario íntimo, el amigo o amiga íntimos (del mismo sexo que el sujeto), un sustituto del objeto parental idealizado (ídolos juveniles) y, finalmente, el compañero heterosexual. En estas condiciones, lo que se ama, según Freud, es aquello que posee —supuestamente— la perfección que le falta al yo para alcanzar el ideal. Es decir, se ama una imagen de algo que se cree haber poseído y perdido: el yo ideal, que ya no puede sostenerse ante la confrontación con la realidad, es sustentado por otro; cuanto más valioso sea este otro, tanto más valioso resultará el propio yo.³⁰

En suma, el niño o niña debe desprenderse de las identificaciones con sus padres, tanto primarias, es decir, generadas a partir de la posición narcisista infantil —en la que el yo ideal corresponde al deseo de los padres, para quienes funciona inicialmente como espejo participando así en la organización narcisista parental—, como secundarias o post-edípicas —que a diferencia de las anteriores son parciales e incluyen, fundamentalmente, la asunción de los modelos de la masculinidad y la femineidad. Los conflictos de los adolescentes con sus padres constituyen un signo de este proceso de diferenciación que es esencial en la estructuración del sujeto. Es en este sentido que Lacan habla de la alienación (identificación fusional con el otro) y la separación como momentos fundantes en la génesis del sujeto deseante. En consecuencia, la nueva

³⁰ S. Freud, "Introducción al narcisismo", *op. cit.*

identidad que se configura en la adolescencia no es una mera síntesis o integración de las identificaciones infantiles, como se suele decir, sino que consiste, esencialmente, en la destrucción de aquéllas. Por eso, en la medida en que se establece sobre la base de la separación y la partición, podemos decir que no hay identidad sino imaginaria: puesto que implica separación, no hay identidad con el otro; en tanto supone partición, no hay identidad consigo mismo.³¹

Como ya he sugerido, todo aquello que se pierde en la crisis narcisista de la adolescencia se elabora a través del fenómeno del doble, cuya función es, precisamente, restaurar el narcisismo herido. Es así que encarna el pasado (todo lo que se ha perdido) y representa, al mismo tiempo, una recuperación imaginaria del yo inmortal: la idea de la mortalidad se niega mediante una duplicación del yo.³² Este doble del adolescente (producto del cuádruple desdoblamiento ya mencionado) constituye su verdadero objeto, casi a la manera de un objeto transicional o principio organizador. Aunque podrá encarnarse en el diario íntimo, el amigo o amiga, el ídolo o la pareja, el doble se significa, fundamentalmente, en la imagen especular, en el reflejo del propio cuerpo. Por un lado, la pérdida del cuerpo infantil enfrenta al adolescente con la sombra del cuerpo —en términos de E. Lemoine—, es decir, con su densidad: no es una mera imagen sino que tiene, por lo menos, tres dimensiones; es un cuerpo sexuado, pulsional, marcado por la falta y el deseo. Por otro lado, aunque en estrecha relación con lo anterior, el cuerpo es el referente del proceso de simbolización, cuyo fracaso se traduce en fenómenos de fragmentación, despersonalización o desdoblamiento. Un ejemplo de ello es la disociación entre el sujeto y su cuerpo —como objeto desubjetivizado— en la anorexia y la bulimia.

El doble es, entonces, un producto de la disolución de la identidad infantil, cuestionada por las transformaciones corporales que exigen el reconocimiento de la sexuación y la mortalidad. En tanto tal, cumple una función defensiva contra la despersonalización aunque, al mismo tiempo, representa una amenaza para la integridad del sujeto por cuanto encarna el amor narcisista al propio yo y todo aquello que el sujeto

³¹ S. Tubert, "Identidad y adolescencia. Reflexiones sobre un mito", *Clínica y Salud*, VII, 2 (1997).

³² Otto Rank, *El doble*, Buenos Aires, Orión, 1976.

rechaza porque no lo puede asumir. El complejo proceso de salida de esta coyuntura comprende la asunción del cuerpo real monosexuado y mortal, que conduce a la sustitución del yo ideal por el ideal del yo —femenino o masculino, en concordancia o no con el sexo anatómico—, la remodelación de la imagen del cuerpo, producto de la articulación de la identificación imaginaria narcisista, la libidinización y la potencialidad sustitutiva y simbólica del lenguaje, que orienta la identificación; y la configuración del objeto del deseo —elección de objeto, ya sea hetero-homosexual. El fracaso de este proceso o conjunto de operaciones simbólicas se significa en una serie de manifestaciones sintomáticas que se pueden entender simultáneamente como patologías del narcisismo y patologías del acto, destinadas a exorcizar al doble mortífero del adolescente: tal es el caso de los intentos de suicidio, el abuso de alcohol y drogas, la delincuencia y los trastornos de la alimentación.

Anorexia y bulimia: el fracaso en la elaboración de la crisis narcisista de la adolescencia a la luz de la construcción cultural de la feminidad

La clínica psicoanalítica de la anorexia y la bulimia da cuenta de una problemática similar, lo que era de esperar si se tiene en cuenta que ambos síndromes se solapan: la bulimia se presenta como subtipo en 50% de las pacientes con anorexia; entre las bulímicas, de 25 a 57% tienen una historia previa de anorexia. En ambos casos el síntoma se sitúa en el eje de la problemática que al sujeto le plantean el cuerpo y su goce, lo otro en sí mismo que constituye el inconsciente pulsional. Hilde Bruch en los años cincuenta y María Selvini en los sesenta ya habían aproximado los síndromes de anorexia y bulimia. Se llegó a considerar a la anorexia como una suerte de organización reactiva al impulso bulímico y al deseo regresivo de fusión con el objeto originario. Según B. Brusset, la anorexia es una bulimia virtualizada, realizada alucinatoriamente de manera subyacente a la sensación de hambre y a las representaciones alimentarias activadas por la restricción de la nutrición. Es como si la bulimia se realizara inconscientemente y sus efectos fueran alucinados en la percepción del cuerpo como lleno y grueso. Una de las formas más frecuentes en que la anoréxica lucha contra la impulsión bulímica es el desplazamiento de la libido desde la función de autoconservación hacia la hiperactividad física, intelectual y social, así como hacia el ideal de la delgadez. Pero su goce también se genera al hacer el vacío, eliminar,

expulsar, lo que revela la impronta de la pulsión de la muerte. Todos los demás deseos se borran y pierden su efecto sobre el funcionamiento psíquico, que impresiona en muchos casos por su empobrecimiento y su rigidez.³³

Tanto en la anorexia como en la bulimia se pone en evidencia el fracaso en el doble proceso de pasaje de la relación de objeto narcisista al reconocimiento simbólico del Otro que hace posible el encuentro con el objeto diferenciado del propio yo; y de la identificación primaria que configura al yo ideal —en la imagen del niño maravilloso, objeto absoluto del deseo de la madre— a la identificación secundaria constitutiva de un ideal del yo relativamente autónomo que sostenga la propia identidad —siempre inestable, fragmentaria, inacabada. Este pasaje se produce merced a la experiencia del lenguaje, que ha de articularse con la dimensión narcisista o espejular de la identificación para configurar una imagen corporal localizada en un espacio simbólico. El fracaso de este proceso libra al sujeto a una lucha a muerte con un objeto que, aunque ya no se identifica totalmente con él por cuanto ha operado la escisión, tampoco se puede diferenciar suficientemente de él; esta pérdida insoportable aproxima la anorexia y la bulimia a la depresión, que muchas veces subyace a ellas. Freud había observado tempranamente (1895) que "la neurosis alimentaria paralela a la melancolía es la anorexia. La tan conocida anorexia nerviosa de las adolescentes me parece representar, tras detenida observación, una melancolía en presencia de una sexualidad rudimentaria".³⁴

En la medida en que no se ha elaborado el duelo de una modalidad de relación primaria con el objeto, prevalece el principio del placer-displacer sobre el de realidad. Si en un nivel se observa un modo de funcionamiento neurótico, en otro encontramos una problemática narcisista ligada a un duelo imposible de elaborar y a la angustia de separación vivida como pérdida irreparable. El resultado es, con frecuencia, significar la partición en la dualidad cuerpo-psiquismo y encarnar el objeto inasimilable en el cuerpo. En consecuencia, en lugar de utilizar la hostilidad para separarse del objeto, el super yo la dirige contra el yo que,

³³ Bernard Brusset, "Psychopathologie et métapsychologie de l'addiction boulimique", *La boulimie*, RFP, *op. cit.*, p. 116.

³⁴ S. Freud, "Manuscrito G. Melancolía", *O. C.*, T. III, p. 679.

en función de la regresión narcisista, vuelve a ser fundamentalmente un yo corporal. Es decir, el fracaso del proceso simbólico de separación mantiene al yo en una fusión imaginaria con el objeto que se intenta romper mediante el desdoblamiento y la enajenación del propio cuerpo. En este sentido —hablando en términos generales, puesto que nunca insistiremos bastante en la necesidad de desentrañar la significación singular de cada síntoma— la anorexia tendría una doble significación que, en cierto modo, podríamos calificar de progresiva y regresiva (en términos de Foucault se trata del par antitético obediencia/resistencia): sustraer el cuerpo —como significante del yo— a la relación con un otro indiferenciado —la madre que se ha apropiado imaginaria y a veces realmente del cuerpo de la hija; destruir ese cuerpo como único medio de provocar una separación o corte simbólico que no se puede practicar de otro modo y de deshacerse de una feminidad conflictiva. El anhelo de matar a la hija de la madre tiene necesariamente una connotación suicida; al exigirse a sí misma el cumplimiento del ideal, la hija se convierte en un reproche viviente dirigido al Otro. Debe quedar claro que la "protesta" de la anoréxica, como la que entraña el síntoma histérico clásico, se presenta inscrita en el cuerpo de la joven, lo que no supone ningún tipo de comprensión social o política por su parte; por el contrario, los síntomas mismos operan como una barrera que impide la toma de conciencia de la problemática cultural que los trasciende.³⁵ De este modo, la resistencia potencial resulta utilizada para el mantenimiento y la reproducción de las relaciones existentes tanto en el seno de la familia como en la escena social más amplia.

Como consecuencia del fracaso en la simbolización, el cuerpo real —donde está enquistada la significación— se convierte en un campo de batalla donde combaten las pulsiones de vida con las de muerte —el fantasma adolescente de morir como niño para renacer a la existencia como adulto relativamente autónomo pasa al acto—; la sexualidad se enfrenta con la autoconservación —se intenta controlar la angustia que genera el encuentro con la sexuación y la mortalidad reduciendo a su mínima expresión el cuerpo que las significa—; el yo se opone al otro —que se presenta como un doble, es decir, como una parte enajenada de uno mismo. La clínica psicoanalítica de los trastornos de la alimentación

³⁵ Bordo, *op. cit.*, p. 159.

nos permite apreciar el despliegue de este triple conflicto tanto en el terreno de la sexualidad como en el de la imagen de sí mismo; en términos freudianos, en las trayectorias de la libido de objeto y la narcisista.

En lo que respecta a la imagen, la anorexia revela su construcción de acuerdo con un modelo de feminidad que se inscribe en la superficie del cuerpo merced a un doble proceso: por un lado, se produce una identificación con una imagen de la mujer culturalmente fetichizada (insistencia en la moda, el maquillaje, los regímenes dietéticos), por otro, esa imagen está desencarnada, es decir, desprendida de su sensualidad, de sus referentes subjetivos, y alienada de la materialidad del cuerpo.³⁶ Así, por ejemplo, es frecuente que las adolescentes aquejadas de anorexia hablen del deseo de "quedarse en los huesos", eliminando la carne asociada al erotismo. En consecuencia, el cuerpo real se percibe como algo separado del sujeto, casi como un "cuerpo extraño" que es necesario controlar e incluso castigar por su falta de perfección, por su inadecuación a la imagen ideal, precisamente en la adolescencia, cuando pasa a un primer plano el cuerpo como fuente de *desorden*. La transformación corporal imprevisible, la menstruación, las primeras poluciones, el nuevo florecimiento de la sexualidad que marca al organismo como cuerpo erógeno, como sede del placer y del dolor, la confrontación con la realidad monosexuada a la que se asocian fantasmas de castración y el consiguiente intento de negarla sosteniendo las fantasías infantiles de bisexualidad, dan cuenta de la vivencia de *monstruosidad* física tan frecuente en la adolescencia y de las dismorfofobias que caracterizan tanto a la anorexia como a la bulimia.

La búsqueda de la delgadez, identificada con la perfección, tiene entonces varias vertientes: defensa ante la angustia suscitada por los desórdenes del cuerpo —asociados tanto en lo imaginario social como en la familia y en la subjetividad de las mujeres, fundamentalmente, con el cuerpo femenino—, castigo, búsqueda de una identidad que devuelva la estabilidad perdida. Lo que se suele elaborar es una pseudo-identidad, en tanto se funda en una sobreadaptación a las expectativas de los otros: en términos generales, se trata de niñas que han sido excesivamente responsables, hiperactivas, perfeccionistas y sumisas; en la adolescencia se someten también a los modelos ideales culturales, los toman "al pie de la

³⁶ J. Holland, C. Ramazanogen, S. Sharpe y R. Thomson, "Power and Desire: The Embodiment of Female Sexuality", *Feminist Review*, núm. 46 (1994), 21-38.

letra", pero los exageran llevándolos hasta sus últimas consecuencias, en una verdadera parodia que, en tanto tal, deja trascender una hostilidad sorda —que pasa por la autodestrucción— y una rebeldía abortada. El cuerpo desordenado entraña diferentes peligros; algunos de ellos dependen de la condición humana, como los asociados a la sexualidad, la sexuación, la castración y la mortalidad, y otros derivan del lugar que la sociedad patriarcal asigna al cuerpo de la mujer, como la violencia sexual: en muchos casos, efectivamente, las pacientes han sufrido abusos en la infancia. La adolescente intenta conjurar estos peligros y la angustia que conllevan mediante la producción de una figura andrógina y la asunción de unos valores que tradicionalmente se han codificado como masculinos: autodominio, ejercicio de la voluntad y desarrollo de la capacidad intelectual. De este modo, asume y subvierte los ideales estéticos de la feminidad al tiempo que se esfuerza por desarrollar las potencialidades que una larga historia de subordinación ha pretendido suprimir en las mujeres.

La imagen del cuerpo, en suma, se ha convertido en metáfora de valores morales, intelectuales y estéticos; se encuentra, como el yo, sometido a la tiranía del ideal —tanto cultural cuanto instancia intrapsíquica— con el que tiene una relación persecutoria en la medida en que ese ideal amenaza con ocupar el lugar del yo (destruirlo); la imagen del cuerpo perfecto atenta contra la integridad corporal; el narcisismo adquiere una tonalidad mortífera.

Desde el punto de vista pulsional, el fracaso en la resolución de la crisis adolescente conduce a una regresión que supone el desplazamiento de la genitalidad a la oralidad y la reactualización del autoerotismo. En este punto se bifurcan los dos tipos de trastorno: la bulímica se abandona a la repetición de un goce al que se niega a renunciar, dando existencia al cuerpo libidinal en una experiencia de placer y de dolor simultáneos o sucesivos, en la que pierde al objeto —y correlativamente, a sí misma— por el fracaso de la articulación simbólica. La anoréxica, en cambio, lo controla —y lo reencuentra— en el ascetismo, que le proporciona el "placer del no placer".³⁷ Este ascetismo expresa un deseo singular, al tiempo que alivia un dolor psíquico insoportable en tanto lo reemplaza

³⁷ M. Miles, "The Good Body", en M. G. Winkler y L. B. Cole, *Asceticism in Contemporary Culture*, New Haven y Londres, Yale University Press, 1994, p. 50.

por el sacrificio del cuerpo, dolor voluntario, elegido y controlado que será, a su vez, erotizado. El ascetismo puede ser entonces la única forma de aliviar el dolor psíquico; su práctica actúa, a través del cuerpo que muere de hambre, la muerte de hambre psíquica. Pero también es una forma de resistencia: en oposición a la exagerada atención que se presta a su cuerpo, en detrimento de su existencia como sujeto de deseo, la anoréxica intenta, paradójicamente, compensar la inmensa significación social del cuerpo.³⁸ Tal como sucede con el asceta, el rechazo de los objetos socialmente designados como deseables funda una actividad de autoconstrucción alternativa que le permite escapar imaginariamente a la pasividad y al sometimiento. En este sentido, el estudio de Caroline Walker Bynum sobre las actitudes y prácticas alimentarias de las religiosas medievales muestra que con frecuencia lograban, mediante la abstinencia alimentaria, autoridad social y religiosa.³⁹ En estas condiciones, el castigo de sí mismo y de los otros ocupa asimismo un lugar secundario con respecto a la producción de un goce; es lo que ponen en evidencia los documentos históricos que mencionan los placeres sensoriales asociados al ascetismo. Tomás de Aquino, por ejemplo, advertía acerca de los peligros del ayuno en razón de la "renovación de los sentidos" que se produce como resultado de la depravación sensorial: deshabitúa el sentido del gusto y clarifica el paladar. A través de las prácticas ascéticas los sentidos quedan despojados de sus condicionamientos, el cuerpo se modifica y hace notar que siente de una manera diferente.⁴⁰

Lo que está en juego, fundamentalmente, es el deseo de hacer reconocer su propio deseo; en este sentido, es una protesta contra la reducción de toda demanda al plano de la necesidad.⁴¹ Siguiendo la sugerencia de Lacan, podemos entender que la anoréxica sacrifica la necesidad, la autoconservación, para afirmarse como sujeto de deseo más allá de su corporalidad. Esto es precisamente lo que no puede enunciar verbalmente, por lo que emerge bajo la forma de síntoma, es decir, a través de

³⁸ *Idem*, p. 61.

³⁹ C. Walker Bynum, *Holy Feast & Holy Fast: The Religious Significance of Food to Medieval Women*, Berkeley, University of California Press, 1987.

⁴⁰ M. Miles, *op. cit.*, p. 54.

⁴¹ J. Lacan, "La dirección de la cura y los principios de su poder", *Escritos II*, México, Siglo XXI, 1984.

una formación de compromiso. Logra así hacer presente su deseo —su condición de sujeto y no de mero objeto del deseo del otro— pero sólo de una manera regresiva que sustituye el deseo por el goce autoerótico y la autocontemplación narcisista.

En términos generales, la significación del síntoma remite tanto a la relación temprana de la niña con la madre —en la medida en que despliega la problemática de la oralidad— como al pasaje fallido por la situación edípica: la actualización del erotismo oral, que retorna de lo reprimido en el síntoma, es el producto del desplazamiento de una genitalidad que no se puede asumir.

Esto nos lleva a mencionar, al menos, la dimensión familiar de la cuestión, en tanto el fracaso en la resolución de la crisis adolescente es el resultado de una historia de relaciones intersubjetivas que requiere que consideremos el síntoma en su referencia al otro, por cuanto el sujeto forma parte de la economía libidinal y es objeto de los fantasmas de quienes fueron sus objetos primarios. En el contexto de la relación con la madre, la negativa a comer puede representar un intento de establecer una separación, una distancia, de impedir que el otro la "llene"; es la única forma de hacerlo con una madre que, según informan las historias clínicas, ha centrado su atención a la hija en la alimentación, obstruyendo la enunciación de cualquier deseo posible mediante la satisfacción de la necesidad orgánica o la exigencia de amoldarse al ideal materno. A medida que la hija crece, la madre puede desplazar el interés por sus necesidades a otros aspectos de su existencia, siempre que se trate de algo concreto —como el rendimiento en los estudios, por ejemplo—, pero no puede tomar en consideración la condición de sujeto de la niña: sus deseos, fantasías, aspiraciones. En consecuencia, espera rendimientos elevados de su hija, pero toma la mayor parte de las decisiones que le conciernen: aquélla ha de ser aceptada y valorada socialmente como producto de su madre, como espejo que debe reflejar su ideal narcisista. Por eso, si en los casos más leves, asociados a estructuras histéricas o cuadros depresivos, la anorexia puede entenderse como *acting-out* (actuación), en el sentido de la escenificación de un conflicto que no se puede articular de otro modo, que se muestra al otro, en los más graves, cuando el proceso de alienación se aproxima a la psicosis, hemos de pensar en un verdadero pasaje al acto, puesto que se trata de una ruptura en la que el sujeto está destituido de su posición y reducido a la condición de objeto.

Si la anoréxica se siente invadida por el Otro e intenta dejarlo fuera para afirmarse como sujeto, la bulímica se siente vacía y procura incorporar al objeto, que cree haber tenido y perdido, a través de la ingesta de comida —en muchos casos, además, de alcohol y/o drogas.⁴² Ya Otto Fenichel había observado la naturaleza adictiva de la bulimia, a la que definía como una "toxicomanía sin droga."⁴³

Generalmente encontramos en las historias dos situaciones opuestas que pueden hallarse en la raíz del conflicto: la madre no ha libidinizado suficientemente a la hija, no la ha visto nunca como "la niña ideal", o bien no ha podido ver en ella otra cosa que la encarnación del ideal, extendiendo su narcisismo a la hija, lo que no le permite reconocerla como Otro. La hija, correlativamente, asume los fantasmas de la madre con la consiguiente imposibilidad de formular un deseo propio. Winnicott ha establecido la relación existente entre los síntomas que implican dejar morir al propio cuerpo y una experiencia temprana de "muerte psíquica", es decir, de inexistencia —en algún sentido— para el Otro. Esto es lo que sucede cuando la hija no logra constituirse como sujeto diferenciado porque no puede salir —o sólo sale traumáticamente— de la identificación primaria con la madre: la niña se convierte en portavoz de los deseos de la madre y ésta atribuye sus propios deseos a la hija y trata de satisfacerlos bajo la apariencia de ocuparse de aquélla. En esta situación la consunción del cuerpo se convierte en un medio para la "supervivencia" subjetiva, que pone en acto, al mismo tiempo, la separación —generadora de culpa por alejarse de la madre y temor a que ésta no "sobreviva" a la separación, de modo que la propia existencia sólo pueda garantizarse a expensas de la madre— y la unión con ella —el síndrome refuerza la dependencia, por el peligro real que entraña. De este modo, la lucha entre pulsiones de vida y de muerte adquiere una expresión dramática en la relación madre-hija.

En muchos casos las historias clínicas dan cuenta de una relación intensa y ambivalente con la madre, que se rompe a causa de alguna forma de abandono (por ejemplo, en ocasión del nacimiento de un hermano o

⁴² Marcelo Adler y Celina Miller, *Anorexia-bulimia: deseo de nada*, Buenos Aires, Paidós, 1994; Graziella Baravalle, C. H. Jorge y L. E. Vaccarezza, *Anorexia. Teoría y clínica psicoanalítica*, Barcelona, Paidós, 1993.

⁴³ O. Fenichel (1945), *Teoría psicoanalítica de las neurosis*, México, Paidós, 1994, pp. 429-431.

la falta de atención en algún momento crucial de la vida de la niña). La ambivalencia de la relación se desarrolla, con frecuencia, sobre el fondo depresivo de la madre y de su imagen negativa de la feminidad; el narcisismo de la hija, en consecuencia, estará marcado por la ambigüedad y la insatisfacción crónica.

Como consecuencia de las dificultades mencionadas, pasa al primer plano una vinculación privilegiada con el padre, que es en realidad un contrainvestimento defensivo de la anterior y carece de la calidad estructurante de la relación paterna. El padre parece, generalmente, poco comprometido con la vida familiar —lo que confirma la imposibilidad de encontrar otro objeto fuera de la relación primaria fallida—, pero puede presentar una actitud contraedípica y convertir a la hija en su favorita, lo que confiere a la relación una fuerte tonalidad incestuosa, frecuentemente reforzada por intentos de seducción por parte de otros miembros del entorno familiar. Al llegar a la pubertad esta relación se hace insostenible. En la medida en que los fantasmas incestuosos, que amenazan realizarse, y la fragilidad narcisista se refuerzan mutuamente, la confrontación edípica se convierte en un factor desorganizador que, al desencadenar la regresión, permite apreciar el carácter masivo de la relación originaria. Si el padre no garantiza claramente el respeto al tabú del incesto la niña se ve obligada a hacerse cargo de establecer una distancia defensiva, eliminando de su cuerpo los signos de la feminidad: lo que rechazan, fundamentalmente, son sus pechos, caderas, vientre y muslos o, como suelen decir, "el cuerpo de cintura para abajo". En este sentido, en tanto afirma y borra el cuerpo al mismo tiempo, la anorexia encarna la contradicción entre la presencia y la ausencia del cuerpo femenino, lo que revela el fallo en la función de espejo de la madre y al mismo tiempo la adhesión a ella en busca de la imagen ideal. Como el niño que aleja y acerca el carretel,⁴⁴ la anoréxica hace desaparecer su propio cuerpo, cuya sexualidad femenina —identificada con el cuerpo materno— no puede asumir ni simbolizar, y lo hace reaparecer como metáfora de una palabra que no puede enunciar. Lo observa obsesivamente, lo pesa, lo controla, porque no logra descifrar su significación. Como hemos visto, la imagen de sí y las respuestas del objeto externo ocupan una posición central en la

⁴⁴ S. Freud, "Más allá del principio del placer", *op. cit.*, T. I.

regulación narcisista de las adolescentes; en los trastornos de la alimentación, la importancia de la mirada del otro se asocia a la habilidad de la estructura subjetiva y a la primacía de lo que sucede en la superficie corporal. Jeammet ha subrayado el papel del contrainvestimento de las sensaciones corporales que hacen presente al objeto, en detrimento de los sentimientos y de las representaciones psíquicas que presuponen la ausencia del objeto y por lo tanto el riesgo de perderlo.⁴⁵ En la medida en que no se ha "interiorizado" el objeto, tampoco se puede elaborar el duelo por su pérdida; es esta ausencia de elaboración psíquica y de simbolización lo que determina el pasaje al acto: el deseo se transforma en necesidad, el afecto en sensación, la angustia en hambre. La crisis bulímica, desde esta perspectiva, puede entenderse como un montaje perverso de una vulnerabilidad ligada al mantenimiento de una dependencia excesiva de los objetos externos, asociada al fracaso parcial de la interiorización. La comida se asemeja a un fetiche: la crisis bulímica crea una fuente de excitación interna y la aplaca, en una alternancia que representa la carencia —desamparo o depresión— y su ocultación.⁴⁶

Es necesario señalar, una vez más, el carácter iatrogénico de los tratamientos que se centran en la mera eliminación del síntoma y tienen como objetivo fundamental lograr que la paciente "gane peso". Estos tratamientos reproducen el modelo de relación familiar que condujo precisamente a la producción del síntoma y, lo que es más grave aún, intervienen en lo real del cuerpo mediante actos que insisten en ignorar al sujeto y lo reducen —una vez más— a la posición de objeto. Muchas veces estos actos están destinados a aliviar la angustia que despierta la figura de la anoréxica en tanto pone en escena la presencia de la muerte. Pero lo que intenta, excepto en un número muy reducido de casos, no es morir sino estar a punto de morir, sobrevivir negando toda necesidad vital, llevando una vida en los límites de lo posible.⁴⁷ Cuando la anoréxica se niega a comer, escribe Ginette Raimbault, está intentando decir qué es lo que quiere: "palabras, esas palabras que hacen lo humano, que lo insertan en una historia, que lo vinculan con el Otro en una dependencia

⁴⁵ P. Jeammet, *op. cit.*, p. 96.

⁴⁶ *Idem*, p. 97.

⁴⁷ Ginette Raimbault, *Clinique du réel*, París, Seuil, 1982, p. 123.

diferente de la comida, que lo inscriben como un ser de deseo y no sólo de necesidad".⁴⁸ La hospitalización puede ser necesaria cuando es imposible el tratamiento ambulatorio, en los cuadros depresivos graves, en los intentos de suicidio, en toxicomanías o abusos de medicamentos que requieren una desintoxicación, y cuando existen problemas somáticos o metabólicos. Pero la mayoría de los autores consideran que el tratamiento ambulatorio, fundamentalmente psicoterapéutico, es el más adecuado, en tanto sugieren que el programa dietético no ha de ser impuesto sino establecido de acuerdo con cada paciente.⁴⁹

Ser "anoréxica" o "bulímica" constituye una respuesta a la pregunta por la propia identidad —problema existencial, especialmente angustiante en la adolescencia—, lo que explica la tenacidad con que las pacientes parecen aferrarse a estas etiquetas diagnósticas. Pero se trata de una pseudo-respuesta que aliena al sujeto; de ahí la necesidad de ir más allá del síntoma tanto en el proceso diagnóstico como en el terapéutico: las etiquetas sólo sirven para confirmar la falsa identidad. En este sentido, es probable que los servicios destinados exclusivamente al tratamiento de estos trastornos tengan efectos iatrogénicos, reforzando aquello que pretenden curar al incluir a las pacientes en una categoría diagnóstica que, a pesar de estar fundada en una comunidad inexistente entre ellas (excepto en lo que respecta al síntoma), tiene efectos performativos; fundamentalmente, la producción de una identidad colectiva imaginaria que anula la posibilidad de reconocimiento de la diversidad y la singularidad de la problemática subjetiva.

⁴⁸ Ginette Raimbault y Caroline Ellacheff, *Las indomables. Figuras de anorexia*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1991.

⁴⁹ Christine Vindreau, "La boulimie dans la clinique psychiatrique", *La boulimie*, RFP, *op. cit.*, p. 78.