

INTERPRETACIÓN PSICOANALÍTICA DE LA ANOREXIA NERVIOSA¹

Joaquín Díaz Atienza
Psiquiatra

RESUMEN

Realizamos una breve introducción acerca de algunas interpretaciones sobre la psicopatología alimentaria en la adolescente. El planteamiento teórico que exponemos es el defendido por una de las autoridades francesas más relevantes del momento: Bernard Brusset. Por tanto, es un acercamiento más de los muchos existentes dentro del psicoanálisis.

La adolescencia es una etapa del desarrollo psicosexual de importancia capital. Se trata de un momento evolutivo en donde se reorganizan y se producen los cambios necesarios para afrontar con éxito el futuro psicológico. Sin embargo, éste depende de la posibilidad del adolescente para enfrentarse al aumento cuantitativo de las pulsiones, del acceso a la genitalidad, de cómo se resuelve el duelo de los objetos primarios y de cómo se reelabora cognitivamente el ideal del yo.

Nos ocuparemos de dos aspectos importantes del desarrollo de la adolescencia femenina y que contribuyen significativamente a comprender el núcleo psicopatológico de la anorexia nerviosa. Nos referimos a la DISCONTINUIDAD y a la INDETERMINACIÓN de la sexualidad genital.

LA DISCONTINUIDAD

La pubertad de la niña es mucho más rápida, más precoz y, físicamente, más evidente que la del hombre. La niña se transforma en una adolescente con el consiguiente cambio en las relaciones con los demás: la adolescente experimenta tanto la aparición de las reglas, el crecimiento mamario y la percepción de “otro tipo de miradas hacia ella”. La adolescente anoréxica percibe la mirada de los adolescentes masculinos como algo persecutorio, más que algo agradable desde el punto de vista narcisístico. Como refiere M. SILVINI, la adolescente se encuentra expuesta a miradas lúbricas, sujeta a una menstruación que indica su destino a ser penetrada durante el acto sexual, invadida por el feto y succionada por el hijo. De aquí que, para esta investigadora, exista esa facilidad para experimentar estos cambios como algo persecutorio y no deseado.

LA INDETERMINACIÓN.

En la adolescente existe una insuficiente diferenciación de las emociones y de las sensaciones sexuales. Esta indeterminación no es debida solo a un defecto del aprendizaje, sino más bien a ciertas particularidades de la sexualidad femenina, las cuales no se reconocen inicialmente. Entre ellas podemos mencionar la indistinción entre las sensaciones vaginales y anales, dando lugar al fantasma femenino de penetración y receptividad (BRUSSET, 1998). A esta indeterminación contribuyen las cada vez más precoces experiencias sexuales en las que la implicación de la adolescente es mínima o no existe. Esto contribuye a que no se produzca la introyección pulsional en el yo a través de la experiencia vaginal del orgasmo.

¹ Este artículo se basa en el trabajo de BERNARD BRUSSET (1998): “*Psychopathologie de l’anorexie mentale*. Dunod, París.

Justamente estos planteamientos han dado lugar a que LAUFER (1984)², sitúe el núcleo psicopatológico de la anorexia nerviosa en el contexto más amplio de la problemática de la relación del adolescente con su cuerpo y en la reactivación del conflicto de Edipo que conllevan las rápidas transformaciones de la pubertad. Para este autor, la relación del adolescente con su cuerpo es un elemento muy significativo de ruptura del desarrollo en el momento en donde se produce el acceso a la genitalidad con lo ésta conlleva de modificación en la relación con el otro y consigo mismo. La maduración que se produce en los órganos genitales durante la pubertad, puede vivirse como una forma de mutilación del cuerpo idealizado de la infancia y de la relación objetal parental. Esta ruptura puede llevar a una relación falsa consigo misma como individuo sexuado, a la renuncia del deseo, a una incapacidad para superar la sexualidad infantil y a una relación pasiva con la figura parental del mismo sexo. Desde esta postura teórica, la anorexia nerviosa representaría la imagen actualizada de la traumática sexualidad genitalizada pubertaria en todos aquellos aspectos que se relacionen con una posible amenaza narcisística. Se vuelve imposible la diferenciación e integración de la genitalidad y la pregenitalidad.

La restricción alimentaria tendría una función defensiva y sustitutiva. Según nos refiere BRUSSET el hecho del que el conflicto se centre sobre el propio cuerpo aparece, finalmente, vinculado a la especificidad de la pubertad femenina, pero en función de una prehistoria infantil que la adolescencia revela y transforma. No se trataría tanto de un conflicto con la corporalidad en cuanto tal, como de su dimensión genital de la sexualidad con lo que ella conlleva de superación de la oralidad y de la analidad. La reactivación del complejo de Edipo en la adolescencia suscita la activación profundamente regresiva de las pulsiones actualizadas en las relaciones con los padres.

Los cambios que deben producirse en la adolescencia no pueden realizarse en “una hija modelo” que se encuentra en una gran incertidumbre frente a sus deseos amorosos, relacionales o profesionales. En la psicobiografía de las pacientes anoréxicas no es difícil encontrarlos con amnesias, negaciones, clivajes evocadores de la organización de un falso yo (“faux self”): un yo adaptado a los deseos del otro en la evitación de conflictos. Como nos dice Brusset, no es difícil escuchar en nuestras pacientes con trastornos alimentarios *“Siempre he hecho aquello que se esperaba de mí y ahora no sé quién soy ni qué quiero”*.

LA FAMILIA

En la anorexia nerviosa se origina una relación respecto a las figuras parentales cargadas de gran agresividad: al mismo tiempo que se establece una puesta en entredicho y de venganza hacia de la autoridad parental, se solicita de ellos una dependencia profundamente regresiva que ni es admitida ni se soporta psicológicamente.

Se ha descrito un tipo de familia en donde sus miembros se cuidan de presentarse como una familia unida y sin problemas, pero en la que existen importantes mecanismos de negación de los conflictos, negación de las diferencias y límites poco netos entre los distintos miembros. En las pacientes hay que delimitar claramente cual es su rol dentro de la familia, sus investimentos pulsionales, su utilización defensiva, la interpretación de sus mensajes conscientes e inconscientes y en qué medida la paciente es prisionera de una problemática no totalmente suya.

² LAUFFER M y E. (1989): Adolescence et rupture du développement. PUF, Paris.

Igualmente, en las relaciones familiares nos encontramos con frecuencia con una relación doble vinculante, de una parte el mensaje paradójico de la paciente de negar justamente aquello que demanda. Situación que explicaría las frecuentes reacciones violentas, sus contradicciones y, al mismo tiempo, la necesidad de ser ayudada: la paciente, bajo la presencia de mecanismos de negación, establece unos vínculos claros de dependencia. El prototipo de paciente con anorexia sería la chica modelo, con una gran autonomía anterior al problema alimentario y que, secundariamente, desarrolla una gran dependencia respecto a las figuras parentales.

En la búsqueda de patrones evolutivos que expliquen la presentación de la anorexia se han propuesto cuatro dimensiones:

1. *Déficit en el aprendizaje de las necesidades corporales y de los propios deseos.*

Suelen ser imputables a la madre. Se daría en aquellas situaciones en donde la madre reacciona alimentado al bebé ante no importa que necesidad concreta. Esta inadaptación de los cuidados y respuestas de la madre estarían en la base de la alexitimia y del falso yo ("faux self").

2. *Las exigencias sociales y educativas.*

Contempla dos aspectos importantes: la represión de las manifestaciones de la agresividad y de la sexualidad, la represión del autoerotismo y de la autonomía precoz. Y en segundo lugar, el investimento narcisístico del rendimiento académico, sobretodo, que termina por alienar a la hija.

3. *La profunda ambivalencia y la encrucijada narcisística de las relaciones madre-hija.*

Como nos refiere Brusset podemos detectarlas a través de la "doble cara", la replicación, la dependencia regresiva recíproca confesada o negada, la delegación de un conflicto intrageneracional o transgeneracional que no se ha resuelto. La paciente se siente aceptada y querida en la medida que corresponde estrechamente a lo que se le solicita o cree que se le pide por parte de sus padres. Estos pueden dar lugar a una fijación narcisística a un yo ideal de perfección y de un sentimiento de ser todopoderosa: "*siento el desconsuelo de no ser la genio que mis padres creen que soy*".

En esta lucha permanente por conseguir diferenciar el sentimiento de lo propio respecto del impuesto por la madre, aparecen una serie de mecanismos de defensa tales como la negación, las interpretaciones violentas, la indisponibilidad libidinal, la homosexualidad suscitando defensas de puesta a distancia. Aunque lo más determinante sería la ausencia del papel estructurante y de encuentro de un espacio psíquico propio y sentimiento de identidad de sí misma. Justamente la falta de introyección de las funciones tranquilizadoras, protectoras y contenedoras de la madre impiden la continuidad del yo y el sentimiento de pertenencia. Fallaría el necesario yo auxiliar que debe representar la madre durante el desarrollo psicoafectivo de la hija. El ideal del yo megalomaniaco y asexuado de la paciente anoréxica aparece vinculado al fallo de la estructuración del superyo y del ideal del yo postedipiano en la identificación normal a la madre como modelo femenino. Este aspecto implica, igualmente, considerar el rol del padre.

4. Los fallos de la función de padre según la personalidad de éste.

Conjuntamente con la personalidad del padre hay que considerar el lugar que ocupa en la familia, la morfología y la dinámica tanto de la pareja como del grupo familiar. No es difícil encontrar a un padre excluido, ausente, descalificado, destruido, designado o vivido como incestuoso, vulgar, perverso, e incluso, maternizado, como si fuera un doble de la madre, contrariamente, a como diría LACAN, un representante de la ley y referente constitutivo para su hija. Esta ausencia del padre deja a la hija en una situación de dependencia y una situación de indiferenciación parcial a la madre que la intensidad de las actitudes ambivalentes, debido a las pulsiones, impiden la elaboración que conlleva el segundo proceso de separación – individuación que representa la adolescencia. De esta situación derivan los mecanismos de negación grupal de los conflictos conjuntamente con una complicidad entre la hija y la madre para descalificar al padre en sus funciones comunicacionales y paternal. A veces, no es raro encontrar la descalificación del padre por oposición al intrusismo de la figura de un abuelo materno idealizado.

ROL DEL DESARROLLO AFECTIVO Y PULSIONAL FEMENINO.

Desde el punto de vista psicopatológico, la anorexia nerviosa, inicialmente, fue considerada como una manifestación histérica. Sin embargo hoy se admite que la anorexia nerviosa restrictiva sería una manifestación antihistérica.

Encontramos un defecto permanente de la estructuración del edipo, de las identificaciones y de los deseos. El acceso a la sexualidad genital es imposible apareciendo una contra – identificación a la figura materna con perturbaciones en la relación debido al fuerte y ambivalente vínculo que se establece entre ellas.

Contrariamente a lo que sucede en el hombre, la sexualidad femenina implica al interior del cuerpo, la relación entre la interioridad y lo exterior, el continente y el contenido, aspectos que se evidencian en el conflicto de las vivencias entre la actividad – pasividad y la dominación – sumisión. Estos aspectos se encuentran íntimamente relacionados con la analidad y la oralidad.

Otro aspecto muy importante en la sexualidad genital femenina son los cambios en la relación de objeto que se establecen durante el desarrollo. En la mujer el gran cambio en la relación de objeto durante el desarrollo libidinal se produce durante el edipo, se pasa de la figura materna a la paterna, dando lugar al conocido complejo de castración, aunque la problemática real de la castración no es tanto la envidia del pene como el miedo a perder el amor de la correspondiente figura parental.

El cambio de vínculo objetual conlleva un proceso de duelo, de pérdida. Pero al mismo tiempo se mantiene un vínculo muy fuerte derivado de la identificación primaria a la madre. Esta situación requiere, para ser superada, la necesidad de que la madre aparezca como “mala”, requisito para poder mantener una imagen aceptable de sí misma. En la anorexia esta superación de la madre no se produce *cayendo la sombra del objeto (madre) sobre el cuerpo*.
