

Las formaciones ideales en la anorexia nerviosa

*Gonzalo Várela Viglietti**

*“¿Quiere alguien penetrar con su mirada hasta el fondo
del misterio donde se oculta la fabricación del ideal...?
¿Qué ocurre en esas profundidades?”*

F. Nietzsche

Resumen

El trabajo comienza por reseñar las pocas pero ricas indicaciones que Freud dejó sobre el tema de la anorexia.

La anorexia nerviosa es planteada por el autor en términos de fracaso de una crisis adolescente que no llega a producirse.

Se presentan una serie de viñetas clínicas que revelan las fallas del investimento narcisista y sexual de la madre y su impacto sobre el desarrollo de las formaciones ideales (Yo ideal-Ideal del yo). Pero estos trastornos no son específicos de la anorexia: ¿En dónde radica entonces su especificidad?

El camino que elige el autor es el de concebirla como una patología de las formaciones ideales con la característica particular de que dicho trastorno se encuentra “encarnado” en el cuerpo de estas pacientes.

* Miembro Asociado de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay (APU). Comercio 1941. Tel.: 5073446. Montevideo. Uruguay. E-Mail: gvarela@chasque.apc.org

Summary

This piece of work starts by reviewing the few but valuable hints left by Freud concerning anorexia. Anorexia nervosa is understood by the author as a failure of an adolescent crisis which doesn't take place.

A series of clinical vignettes are shown, which reveal failures in the mother's narcissistic and sexual investments and its impact on the development of the ideal formations. (Ego ideal-Ideal Ego). But these disorders are not specific of anorexia: Where then lies its specificity?

The road chosen by the author is to understand it as a pathology of the ideal formations with the specific characteristic of a disorder that becomes incarnated in these patients' body.

Descriptores: ANOREXIA / IDEAL DEL YO / YO IDEAL / ADOLESCENCIA / RESEÑA CONCEPTUAL / MATERIAL CLINICO

Hace ya más de 100 años, en 1895, era la histeria la que en aquel fin de siglo cuestionaba el “saber” psicológico y psiquiátrico de la época. Nacía el psicoanálisis. La histeria invitaba a su descubrimiento: había allí un sentido secreto a develar. El “descubrimiento” de la histeria se transformaba así en descubrimiento del inconsciente, del sentido oculto del síntoma, de su valor simbólico.

Hoy, en este 1999 que es nuestro fin de siglo, no es ya la histeria sino la anorexia, las adicciones, las patologías psicosomáticas, la violencia y sus consecuencias sobre el psiquismo, las que nos interpelan. (Y no, seguramente, porque ya no existan las neurosis). Pero el interpelado hoy, es el propio psicoanálisis. Ha habido en estos 100 años todo un corrimiento del interés de los psicoanalistas desde aquellas patologías en las que el síntoma es **símbolo** hacia otras en las que el síntoma es “**mudo**”. Ya no nos habla, sino en ese lenguaje que no es ya el de las palabras sino el de la acción, el del cuerpo, el del órgano. Ya no nos habla desde la “profundidad” sino desde la “superficie”. Hemos pasado de la palabra a la acción, a la imagen, y asistimos –como sostiene Baudrillard (1991)– a una suerte de muerte de la metáfora. ¿Esto anuncia también –de algún modo– la muerte del psicoanálisis? ¿Tiene aún vigencia y sentido el psicoanálisis en un fin de siglo que viene caracterizado por el estallido del símbolo?

Para que exista la metáfora, deben mantenerse unos campos de significación que necesitan permanecer bien diferenciados. Pero hoy, todo parece estar confundido. Es el siglo de lo “trans” (Baudrillard, 1991): lo transpolítico, lo transcultural, lo transexual, lo transdisciplinario. ¿Qué hacer frente a este verdadero cortocircuito del sentido? ¿Qué lugar queda al psicoanálisis? Debemos por lo menos intentar balbucear algunas respuestas, pues tenemos en el psicoanálisis, una hermosa herramienta para comprender el sufrimiento humano, para interpretarlo, para volver a dotarlo del sentido desde el que fue expulsado. Pero ¿qué hacer si ese sufrimiento se ha vaciado de sentido?

Cada vez prestamos más atención a lo que llamamos fallas de la simbolización, fallas del preconsciente, actos-síntomas, como los llamó Joyce Me Dougall (1991). Este progresivo descentramiento del interés del psicoanálisis desde las neurosis –concebidas como patologías de la libido– hacia otras patologías que comprometen el proceso mismo de simbolización o de representación— marca a mi entender la sensibilidad que ha tenido el psicoanálisis a los cambios que nos ha traído el siglo. Allí encontrará “porvenir” nuestra “ilusión” pues, la psicopatología del sentido, de la metáfora –que es la de la neurosis– va cediendo cada vez más terreno a una psicopatología del vacío.

Pero abandonemos el terreno de las consideraciones más generales para centrarnos en el tema de la anorexia. Comenzaré por Freud. Todos sabemos de nuestro gusto por citarlo. Es por eso que llama la atención, que cuando nos acercamos a un tema como el de la anorexia se haga tan notoria su ausencia; fenómeno mucho más evidente aún, si sólo tomamos en consideración las publicaciones contemporáneas. Comenzaré en este punto: ¿Qué dijo Freud sobre la anorexia?

“Un caso de curación por hipnosis”. (Freud, 1892-3)

La primera referencia a la anorexia en un trabajo publicado data de 1892 y está contenida en un hermoso artículo; me refiero a “Un caso de curación por hipnosis” (Freud, 1892-3). Se trata de una joven señora que próxima ya al nacimiento de su primer hijo alentaba el ferviente propósito de amamantarlo ella misma, pero que una vez nacido no conseguía ser una buena nodriza para él: su leche no era abundante, le causaba dolor dar de mamar, y en esa situación aparece una progresiva inapetencia que se desarrolla hasta adquirir la forma de una repugnancia a alimentarse. Freud la define aquí como una “*hística de ocasión*”.

Tras catorce días se dio por fracasado el intento y el niño fue entregado a una nodriza, tras lo cual, desaparecieron rápidamente todos los síntomas de la madre.

Tres años después, el nacimiento de un segundo hijo trajo consecuencias aún más penosas que la primera vez. La madre vomitaba todo el alimento que ingería, estaba irritable, deprimida e insomne.

Freud es llamado esta vez para intentar librar a la paciente de su padecimiento a través de la sugestión hipnótica. Luego de varias sesiones, la paciente parece estar curada y logra amamantar a su hijo durante un período de ocho meses. La sintomatología reaparece en ocasión del nacimiento de un tercer hijo y es nuevamente removida a través de la sugestión hipnótica.

Freud analiza el caso en términos de lo que definirá como “*voluntad contraria*”. La anorexia de la paciente queda planteada como perteneciente a una afección histérica. Se trata de **repugnancia y asco** por los alimentos –retengamos esta idea– así como vómitos, cada vez que a pesar de ello, intenta alimentarse. Así que síntoma anoréxico como expresión de una neurosis histérica. Y con esta observación, Freud nos introduce de lleno en el primer problema que quería plantearles: el problema nosográfico. ¿Cómo consideraremos la anorexia? ¿Cómo síntoma, síndrome o entidad clínica? Pues, ¿tiene este síntoma de su paciente las mismas características que observamos hoy en las jóvenes adolescentes y pre-adolescentes que nos consultan?

Pocos meses después de la aparición de este trabajo es publicado otro, en el cual se incluye también una observación sobre la anorexia.

“Estudios sobre la histeria”. (1893-95)

“Señora Emmy von N. (40 años, de Livonia)

Freud había comenzado en mayo de 1889 el tratamiento de una mujer que rondaba los 40 años. Su padecimiento tanto como su persona despertaron en él un profundo interés. Se trata de la Señora Emmy von N. (1893-5) a quien Freud reconoce rápidamente como histérica. Emmy caía con gran prontitud en estados de sonambulismo y con ella, Freud ensayará por primera vez el procedimiento de Breuer de “exploración en estado de hipnosis”. La paciente padecía de una serie de síntomas peculiares: dolores de todo tipo, tics, contracturas musculares, etc.

De la enfermedad de Emmy, tomaré solamente en cuenta aquello que atañe a la perturbación de sus conductas alimentarias. La paciente padecía de intensos dolores de

estómago que habían comenzado luego de la muerte de su marido. Perdió en ese momento por completo y por largo tiempo el placer de comer. Emmy comía poco, sometiéndose a estrictas dietas y ayunos, sólo tomaba algunos tipos de líquidos espesos y rechazaba el agua.

Bajo hipnosis Freud pregunta: “¿Porqué no puede usted comer más?”. La respuesta no se hace esperar y aparecen una serie de recuerdos de escenas traumáticas de su niñez y adolescencia que guardan en común un rasgo: **la repugnancia y el asco**. Freud intenta vencerlos a través de la hipnosis.

Freud define a Emmy como histérica y nos dice a raíz del mecanismo de formación de sus síntomas: “...en la histeria estamos habituados a descubrir que una parte considerable de la ‘suma de excitación’ del trauma se trasmuda en un síntoma puramente corporal”. Y escoge el término “conversión” para denominar este proceso – característico de la histeria– que consiste en la transposición de excitación psíquica en un síntoma corporal permanente.

Emmy no puede comer, porque el acto de comer está en ella enlazado con recuerdos de asco, “cuyo monto de afecto no ha experimentado todavía aminoración alguna”. Y así Freud explicará esta “anorexia” de Emmy de la misma forma en que había explicado ya –algunos años antes– las parálisis histéricas (Freud, 1888).

Pero este síntoma de Emmy –como es típico en la histeria– se hallaba desbordante de significación:

- La madre, que la obligaba a comer fría la comida que ella había dejado luego de permanecer horas en el plato, lo que la llenaba de **asco**.
- Su hermano enfermo –de una enfermedad venérea– y su temor de contagiarse al confundir sus cubiertos con los de él.
- Su otro hermano, tuberculoso, cuyo recuerdo –también vinculado a la comida– la hacía todavía experimentar una profunda **repugnancia**.

Qué riqueza ¿verdad? Pero esto es algo bien distinto de lo que ocurre en las pacientes anoréxicas que tratamos hoy. En ellas, como ya he dicho antes, el síntoma no nos habla sino que es mudo, no desborda de sentido como en Emmy (donde existe esta riqueza representacional) sino que es pobre en su representación, poniendo de manifiesto fallas en la simbolización.

Freud vio la anorexia como un síntoma histérico. Destacó por ello la sexualidad: el asco, la repugnancia, tienen que ver con la defensa, y ésta, con la sexualidad. Volvió a ponerlo de manifiesto en el historial de Dora (Freud, 1905), esa “*pequeña histérica*” que era también una “*pequeña anoréxica*” al decir de Valabrega (1978). Tras la repugnancia de Dora se escondía una fantasía de fellatio. Pero ¿es lo mismo repugnancia a los alimentos que anorexia?

Estos dos historiales, así como algunas otras indicaciones menores que existen en el historial de “Dora” y aún salpicadas en trabajos posteriores han llevado a Valabrega – entre otros– a sostener que:

“En la medida en que podamos tener un conocimiento de conjunto de la obra de Freud, nos parece que siempre consideró a la anorexia mental como un síntoma histérico”.

Y más adelante agrega:

“...señalamos una vez más que ningún hecho observado por Freud lo condujo a dar de la anorexia una interpretación que separe ese trastorno de la histeria...” (Valabrega, 1978).

Afirmaciones tajantes, de esas de las que habitualmente luego nos arrepentimos. En Valabrega, la anorexia se encuentra vinculada –como en los dos trabajos de Freud que vengo de citarles– a la noción de “*rechazo de alimentos*”. Y sí, en esto deberíamos coincidir con él. Si estamos frente al rechazo de alimentos, si se trata del asco, la repugnancia, el rechazo, estamos frente a un síntoma que es seguramente, expresión de una neurosis histérica. Pero no es ésta la forma en que mis pacientes anoréxicas intentan dar cuenta de su negativa a alimentarse.

Ninguna de las adolescentes anoréxicas que he visto mencionó jamás el asco o la repugnancia a alimentarse. Muy por el contrario, muchas de ellas pasaban la lengua por los labios al referirse a algún alimento que –aunque les resultaba hartamente apetecible– se rehusaban a ingerir. La erotización de la sensación de hambre es a veces tan intensa que puede llegar a desembocar en aquello que Kestemberg (1972) ha designado como “el orgasmo de hambre”, aunque dicha denominación de “orgasmo” no sea, a mi modo de ver, del todo feliz.

¿Daremos entonces razón a Valabrega cuando afirma que ningún hecho observado por Freud lo condujo a dar de la anorexia una interpretación que separe ese trastorno de la histeria? No, no se la daremos, o se la daremos sólo a medias, pues sin duda se debe

reconocer que dicha concepción es la predominante en Freud. Y tal vez lo sea tanto que ha conducido a muchos psicoanalistas por el camino de considerar la anorexia como un síntoma más de la histeria.¹

Pero no es la única. Eso, no se lo concederemos.

Y aquí nos encontramos con la primera carta. Se trata del Manuscrito G. (Freud, 1895) que Freud enviara a Fliess –presumiblemente– el 7 de enero de 1895.

“Manuscrito G. Melancolía” (probablemente data del 7.1.1895)

Este manuscrito me parece fundamental. En él, Freud apunta a distinguir una anorexia vinculada a la histeria, que no duda en llamar anorexia histérica, de otra, a la que podríamos llamar **melancólica**.² De esta segunda, Freud nos dice lo siguiente:

“La neurosis alimentaria paralela a la melancolía es la anorexia. La famosa anorexia nervosa de las niñas jóvenes me parece luego de una observación detenida una melancolía en presencia de una sexualidad no desarrollada. La enferma indicaba no haber comido simplemente porque no tenía apetito, nada más que eso. Pérdida de apetito: en lo sexual, pérdida de libido.”

Y agrega: “La melancolía consistiría en el duelo por la pérdida de la libido. “

Prestemos atención a que Freud llama a esta anorexia, anorexia nervosa de las niñas jóvenes poniéndola en paralelo con la melancolía. Es más, se trata verdaderamente de una melancolía, claro que en presencia de una sexualidad que aún no se ha desarrollado.

De la anorexia histérica, nos habla sólo unos párrafos más adelante y allí dice:

“Todo lo demás está en orden, sólo que no se consiente Voluptuosidad al grupo sexual psíquico, a causa de algún diverso enlace (con asco-defensa): es la anestesia histérica, en un todo análoga a la anorexia histérica (asco).”

Creo que no es lo mismo decir: no come porque no tiene apetito (melancolía), anorexia nervosa de las muchachas jóvenes, a decir no come pues se interpone el asco-

¹. En este sentido se inscribe buena parte del psicoanálisis de inspiración lacaniano que escucha la anorexia desde la noción de “deseo insatisfecho”. J. D. Nasio (1992) por ejemplo, sostiene que la anoréxica quiere “que la insatisfacción reine por todas partes, que sólo haya insatisfacción, tanto de la necesidad fisiológica como del deseo. La anorexia consiste en decir: “No, no quiero comer para satisfacerme y no quiero satisfacerme para estar segura de que mi deseo permanece intacto –y no solamente el mío, sino también el de mi madre–” La anorexia es ese grito contra toda satisfacción y es un mantenimiento obstinado de la insatisfacción. Cuando me refiero a la anorexia, la sitúo en el marco general de la histeria, pues en mi opinión es un sufrimiento típicamente histérico”.

². Siempre que recordemos que en estos primeros escritos de Freud melancolía, es casi sinónimo de depresión.

defensa que hace que la paciente reaccione con repugnancia y asco ante los alimentos, y a esta última la llama –para distinguirla de la anterior– anorexia histérica.

La **anorexia histérica** atañe entonces a la falta de “*voluptuosidad*” pues se interpone la defensa. La **melancólica** atañe a la falta de “*estímulo sexual somático*” como queda de relieve en el famoso “esquema sexual” del Manuscrito G. Esta distinción, que no he reencontrado en ningún otro lado de la obra de Freud me parece de extrema importancia sobre todo, si consideramos sus desarrollos posteriores acerca de la melancolía y de sus conexiones con el **narcisismo**.

Ya no estamos en el ámbito exclusivo donde reina una sexualidad reprimida a la que se interpone la defensa. Nos encontramos ahora hablando también de **narcisismo**, y por lo tanto, de su sede natural, el **YO**.

Existe en este texto –tal como podemos leerlo hoy– la intención de distinguir una anorexia que es síntoma de la histeria, de otra, en cuya causación debemos tener en cuenta además, una alteración en el yo. Pero existe al mismo tiempo, el propósito de deslindar de la anorexia histérica un cuadro particular al cual denomina “*anorexia nerviosa de las niñas jóvenes*”. Así que narcisismo, **alteración en el yo**, pero, todo esto además, ocurriendo en un sujeto joven. Lo cual nos permite delimitar un cuadro clínico característico, y por eso mismo separable de la anorexia como síntoma de otras afecciones, sean estas neuróticas o psicóticas, con las cuales a menudo se la ha confundido. Sin embargo, más que llamarla anorexia de las adolescentes o anorexia de la adolescencia preferiría denominarla como hizo Freud en el Manuscrito G, “*anorexia nerviosa de las niñas jóvenes*” –o si prefieren incluso– “anorexia nerviosa de las púberes”, pues querría sostener que la anorexia, en esta edad, es precisamente **una forma de evitar la adolescencia**, con todos los conflictos y duelos que ella entraña, y con el trabajo psíquico que supone para el aparato. Esto hace de esta anorexia de las chicas jóvenes un cuadro bien distinto de otros. Hoy sabemos que en la adolescencia no se trata solamente –como pensábamos en otro momento– de la reedición del conflicto edípico. Los trabajos más recientes, dan cada vez más importancia a la problemática narcisista: los cambios corporales, los procesos de identificación y desidentificación, la alterada economía narcisista, el conflicto dependencia-independencia, los ideales, etc.

¿Cómo podríamos pensar esta concomitancia entre anorexia y adolescencia? Tanto en una como en la otra se destacan:

- Las perturbaciones del esquema corporal y de la imagen del cuerpo.

- Una fuerte tendencia a la acción, al gesto, a la actuación, pues quien habla, es sobre todo el cuerpo.
- La importancia del conflicto dependencia-independencia.
- Por último, aunque podrían enumerarse aún otras características comunes, cabría mencionar el destacado papel que debe concederse, en esta etapa de la vida, a los problemas concernientes a la identidad y a la identificación sexual.

Se trata como verán de unas problemáticas que se encuentran en los mismos fundamentos de la crisis adolescente y que caracterizan también al adolescente anoréxico.

Querría sostener entonces, que concibo a la anorexia como una de las múltiples formas en que puede ocurrir el fracaso de la crisis adolescente, en una especie de “cortocircuito” o mejor aún de “**by pass**” que pretende saltarla liberando al sujeto – claro que sólo aparentemente– de su drama.

Estas pacientes que no pueden dejar de moverse –para desgastar sus energías–, no pueden tampoco dejar de pensar –aunque nunca piensen, verdaderamente–. La hiperactividad física tiene su correlato en la hiperactividad mental. Si la primera busca el desgaste del cuerpo, la segunda busca la abrasión de los contenidos mentales. Todo pensamiento, también todo afecto, es erradicado y oscurecido por un pensar compulsivo y excitado acerca de recetas, comidas, calorías, dietas, etc., etc. Su obsesión por la cocina, por los alimentos y sus valores calóricos, por alimentar a sus familias, implican una sobreinversión masiva de dichas representaciones que ocurre como consecuencia del desinversión, también masiva de toda otra representación (Brusset, 1984). Todo ello pone de manifiesto su fracaso a la hora de encarar el trabajo psíquico que es necesario transitar para abordar los problemas específicos de esta etapa adolescente, crucial en el desarrollo de todo sujeto. Todas estas conductas tienen un aspecto común: el de cortocircuitar la economía psíquica lo que va en detrimento de la vida fantasmática, sexual, afectiva, y relacional de la persona hasta el límite de lo que B. Brusset (1984) ha denominado “*vía final común de descarga de todas las excitaciones*”. **Así pensamos la anorexia como fallo, como solución abortiva, como fracaso de una crisis adolescente que no llega a producirse.**

La necesidad de estos pacientes de mantener su precario equilibrio narcisista se encuentra siempre amenazada. Esta es una de las razones que permiten entender la terrible crueldad con que destratan su cuerpo, su impulsión a borrar de él todo rasgo de

vida que pudiera ser asiento de un deseo de otro, su imperiosa marcha, siempre renovada, hacia la silueta de un cadáver, que no pueda suscitar jamás, en otro, más que el horror frente a esa figura siniestra de la muerte. Esa delgadez que deja ver los huesos, “la calavera”, el esqueleto, es como la imagen misma de la muerte, y no puede provocar más que horror. Ese esqueleto que está en el fin de todos nosotros, pero que nos encargamos de llevar bien oculto bajo la piel, nos es expuesto por la anoréxica de una forma que nos angustia pues es imagen de una muerte anunciada.

Pero este fracaso de la adolescencia no ocurre solamente en el ámbito de las pulsiones sexuales (libido de objeto) sino fundamentalmente en el campo de la libido narcisista.

La búsqueda afanosa de la delgadez juega en la anorexia un papel destacadísimo. Pero, ¿Cómo puede alguien encaminarse hacia la muerte mientras parece estar tan intensamente preocupado por el “cuidado” de su cuerpo? ¿Cómo entender que ese cuerpo “ideal” al que aspiran no sea otra cosa que la figura ominosa de un cadáver, que al tiempo que marcha hacia la muerte, se afirma en su desmentida? Inmortalidad de un cuerpo sin necesidades que –como el de los dioses– no tiene hambre ni sed, no padece la fatiga ni el cansancio, ni se deja vencer por el sueño. ¿Cómo entender –finalmente– que para ellas, vivir, sea en realidad morir? Todo esto me ha llevado a preguntarme acerca del papel que juega en ellas esta suerte de “ideal” que nos es referido como aspiración a tener “un cuerpo perfecto”, una “figura ideal”. Ideal que está siempre un poco más allá, que nunca se consigue, que es siempre aspiración insatisfecha por más que la paciente renueve cada día sus esfuerzos. He llegado a concebir dicha aspiración a un ideal de perfección corporal como aspiración a un estado que promete la fusión con el objeto primario claro que, como no podría ser de otra manera, nos revela al mismo tiempo –a veces de manera sutil, otras de forma despiadada– las fallas del cuidado materno, sus insuficiencias.

Trataré de ilustrar lo que digo a través de una viñeta clínica:

Magdalena fue una hija no deseada por su madre, y menos por su padre. Entendámonos, no deseada como hija, pues el verdadero deseo de esta madre parece haber sido el de forzar al padre de Magdalena a terminar su matrimonio con otra mujer. Nunca aceptó a esta hija, y nunca pudo amarla, ni investirla narcisísticamente. Magdalena no guarda otros recuerdos de su madre que los de oírla someténdola a una crítica despiadada, a veces con una enorme carga de sadismo. Magdalena, en su ideal de perfección, en ese cuerpo ideal que siempre estaba un poco más allá a pesar de sus

dietas rigurosas, sus laxante y diuréticos, y sus 6 horas diarias de gimnasia, busca –al principio sin saberlo– un punto que le aseguraría el amor de su madre. Si algún día llegara verdaderamente a ser así, si llegara algún día a tener ese cuerpo perfecto al que aspira, entonces sí que su madre la amaría. Claro que tardó mucho tiempo en comprender que “llegar a ser así” era verdaderamente desaparecer, era llegar a ser un cadáver, y que tal vez eso sí que cumpliera con un deseo inconsciente de la madre –el deseo de que Magdalena desapareciese– un deseo de muerte. Ella construía así un mito -mito que le permitía sobrevivir: su madre la quería hermosa. Pero la madre, en realidad, la quería muerta, y sin saberlo, ese es el destino que ella busca.

En esa búsqueda de un ideal de perfección se esconde la promesa de recibir el investimento narcisista y sexual de la madre, investimento que falló en la infancia. Dicha falla tendrá un fuerte impacto –como luego veremos– sobre el desarrollo y estructuración de las formaciones ideales (Yo-ideal, e Ideal del Yo). Ellas no han sido amadas “*con ese conmovedor amor parental, tan infantil en el fondo*” que no es otra cosa “*que el narcisismo redivivo de los padres, que en su transmutación al amor de objeto revela inequívoca su prístina naturaleza*” (Freud (1914)).

Estos padres realizan un inadecuado e insuficiente investimento narcisístico y sexual de sus hijas. Las invisten sí, pero con un narcisismo que se encuentra cargado de muerte. Es así que el intento por recobrar ese estado de fusión con el objeto primario es al mismo tiempo el reencuentro con un investimento mortífero.

Me he preguntado a menudo: ¿Qué pasa con estos padres que son con frecuencia los últimos en ver el adelgazamiento, a veces alarmante, de sus hijas? ¿En que consiste esta “ceguera” tan particular que habitualmente los aqueja? La familia de las anoréxicas se encuentra tan “absorbida” e implicada como lo están las pacientes mismas en su conducta anormal. Ambos contribuyen en el “logro” de hacer de esta conducta “anormal” una suerte de identidad –por precaria que sea–, pero por sobre todo, harán de ella un destino, por funesto que sea. Los padres de una paciente que entrevisté me decían:

“Esta chica quiere matarnos, ella conduce a toda la familia a la destrucción. Yo sé que esta enfermedad conduce a la destrucción de las familias, vamos a terminar todos liquidados, matándonos unos a otros”.

La mamá de otra de mis pacientes –tal vez la más grave que atendí pues llegó a pesar 33 Kg. y debió ser internada en dos oportunidades en servicios de nutrición– confundió una noche la medicación que debía darle a su hija –y que ya había comenzado a mostrar

sus efectos beneficiosos sobre mi paciente– con la suya propia. En vez de darle el medicamento indicado por la psiquiatra a su hija le dio otro, que ella misma estaba consumiendo. Era una sustancia utilizada para disolver las grasas (así la denomina ella cuando alarmada por su “error” llama a la psiquiatra). ¿Qué hace después? La obliga a vomitar, y así reproduce el ciclo completo de su síntoma.

La mamá de Verónica –otra de mis pacientes– me confiesa durante una entrevista la siguiente fantasía: “Cada vez que voy a entrar al cuarto de Verónica, cada vez que voy a abrir la puerta de su cuarto, tengo miedo de entrar y encontrar a Verónica colgada del techo”. Nada hay en el material de nuestro trabajo que me haga pensar que Verónica podría hacer una cosa así. Creo que se trata de una fantasía de la madre en relación a sus deseos de muerte y que se encuentra fuertemente anclada en un hecho grávido de significación y que ella misma me ha contado en la primera entrevista que mantuvimos. Se trata del hecho de que Verónica estuvo a punto de morir durante el parto a causa de una circular del cordón. Este segundo “nacimiento” de la adolescencia augura así –en esta fantasía de la madre– la amenaza de esos mismos peligros.

Pero hablar de deseo de muerte de los padres, de hijos con una pulsión de muerte hiperintensa, no es todavía una constelación que pueda describirse como característica de la anorexia. También la vemos en la psicosis, y en algunas otras patologías narcisistas. ¿En dónde radica entonces lo específico de la anorexia?

Una posibilidad, sería la de concebirla como una “enfermedad”, como una patología de las formaciones ideales. Este es el camino que escogeré.

Pero, para poder desarrollar las ideas que quiero exponerles, deberemos aún emprender un rodeo pues ¿Qué quiero decir con patología del ideal? ¿Del Ideal del yo? ¿Del Yo-ideal?

Delimitar estos conceptos en la obra de Freud no es una tarea fácil. Su sentido cambia en distintos momentos y fundamentalmente como consecuencia de la introducción de la segunda tópica. En “Introducción al narcisismo” (Freud, 1914) Freud utiliza indistintamente los términos Ideal del Yo y Yo-ideal. Se trata –para Freud– de una formación fundamentalmente narcisista que proviene de la convergencia de la primitiva idealización del yo con las identificaciones que son consecuencia de la relación con los padres, educadores, etc.

“Lo que él (el hombre) proyecta ante sí como su ideal es el sustituto del narcisismo perdido de su infancia, en la que él fue su propio ideal” (Freud, 1914).

Creo que puede ser útil sostener una separación conceptual entre estos dos términos que en “Introducción al narcisismo” Freud utilizó como sinónimos.

Propondría entonces, reservar el término **“Ideal del Yo”** tal como es presentado por Freud en “Introducción al Narcisismo” para aquella estructura que si bien hunde sus raíces en el narcisismo primario entraña a la vez un alejamiento del mismo, pues supone la pérdida de la omnipotencia correlativa al reconocimiento del otro, como distinto del Yo. Se trata de una instancia más “madura” (con respecto al Yo-ideal), que tiene más en cuenta la realidad, puesto que muestra un camino en el que la acción real o la modificación de la realidad por la acción se hacen posibles, aunque el ideal pueda permanecer siempre como inalcanzable, y aunque esta lucha por aproximarnos cada vez más a él nos lleve toda la vida. Si bien el Ideal del Yo tiene –como decíamos– su origen en unas formaciones narcisistas arcaicas (Yo-ideal) deberá separarse gradualmente de ellas si es que aspira a cumplir realmente con su función en la estructuración psíquica.

Y podríamos reservar la denominación de **“Yo ideal”** para aquella otra estructura, que sustentándose en un radical desconocimiento del otro y de la dependencia, –narcisismo primario– se afirma en la omnipotencia, es decir en la estricta coincidencia de ese Yo ideal con el Yo del sujeto. La constitución de ese Yo-ideal depende de la identificación primaria, pues es sobre todo un movimiento de identificación con la omnipotencia de la madre. (Lagache, 1995) Perturbaciones a este nivel obstaculizan la formación del Yo ideal y por lo tanto distorsionan también el posterior desarrollo de los ideales.

El pasaje del Yo-ideal al Ideal del Yo –íntimamente vinculado al complejo de Edipo y a sus vicisitudes– supone también el paso de la identificación primaria a la secundaria. El Ideal del yo resulta entonces de la reunión de esas primeras identificaciones narcisistas (que conciernen al Yo-ideal) con otras, secundarias, provenientes del complejo de Edipo. Coinciden en él de esta forma evidencias de un doble proceso identificatorio: de un lado la identificación narcisista –primaria– que tiene al Yo-ideal como su núcleo. Del otro, la identificación secundaria correlativa al sepultamiento del complejo de Edipo.

Podemos concebir la formación del Ideal del yo como un movimiento estructurante fundamental en el cual –entre otras cosas– ocurrirá un desplazamiento o proyección sobre dicho ideal, de la omnipotencia narcisista propia del primitivo Yo ideal.

“El desarrollo del yo consiste en un distanciamiento respecto del narcisismo primario y engendra una intensa aspiración a recobrarlo. Este distanciamiento

acontece por medio del desplazamiento de la libido a un ideal del yo impuesto desde fuera; la satisfacción se obtiene mediante el cumplimiento de este ideal.” (Freud, 1914)

En su trabajo “El ideal: medida y desmesura” Green (1988) ha sostenido que:

“La estructura contradictoria de la función del ideal es producto de su doble pertenencia simultánea a una organización narcisista anobjetal derivada sólo del Yo (el Yo ideal) y a una idealización del objeto paterno por identificaciones (ideal del Yo).”

Si todo funciona bien, se desarrolla entonces un “circuito idealizante” que se establece entre el bebé y sus padres, pues si el bebé puede identificarse con la omnipotencia de la madre es precisamente en virtud de que ésta misma madre, idealiza también a su bebé. No hay más que recordar la expresión freudiana que recién les mencionaba: “His Majesty the Baby” con la que Freud señala la sobreestimación de ese objeto bebé al cual se atribuyen todas las perfecciones.

El tránsito desde ese Yo-ideal hacia el Ideal del Yo sólo se hace posible si el inicial desconocimiento del objeto que le es propio, puede ser sustituido por el reconocimiento del mismo, lo que prepara la identificación secundaria.

Hasta aquí, si todo marcha bien. Pero ¿qué ocurre si este circuito idealizante no se desarrolla? O mejor dicho, si lo que circula en él está cargado de muerte, y desconocimiento.

Podríamos pensar que cuando ha habido un defecto en la constitución del Yo ideal, del tipo que he postulado que ocurre en la anorexia, el Ideal del yo desde allí desarrollado es un **Ideal del Yo patológico**. ¿Qué quiero decir con esto? Quiero sostener que en estos casos el Ideal del Yo así constituido no llega a ser más que la imagen invertida, la imagen negativa, de dicho Yo Ideal y a la satisfacción absoluta y omnipotente de éste último se opondrá entonces la renuncia absoluta a toda satisfacción posible y real, claro que como forma de afirmación de una omnipotencia –ahora destructiva– a la que no se quiere renunciar.

El Ideal del Yo, como formación que hunde sus raíces en el narcisismo, tiene gran tendencia a atraer hacia sí a la **imagen del cuerpo**. Esa aspiración de la anoréxica a un cuerpo ideal que nunca consigue tener, salvo en la muerte, nos muestra de forma paradigmática esta **patología del ideal “infiltrado” por el investimento mortífero de la madre**, y edificándose desde unas fallas narcisistas ocurridas en un **Yo ideal mal constituido**. **Plantearé entonces que existe en la anorexia una patología de las formaciones ideales, con la característica particular de que dicho trastorno, sexual**

y narcisista, se encuentra “encarnado” en el cuerpo de nuestras pacientes. En ese cuerpo que reúne todas sus preocupaciones y que es escenario de todos los procesos de investimento y también de desinvestimento. No es en su vida mental sino en su cuerpo donde aparece encarnada esta falla narcisista. Su “delirio” –si se nos permite hablar así– es un “delirio” del cuerpo, y es ese cuerpo, el que aquí grita, lo que el psiquismo enmudece.

Bibliografía

BAUDRILLARD, J. (1991): La transparencia del mal. Barcelona. Editorial Anagrama.

BREUER, J., FREUD, S. (1893a): “Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos: comunicación preliminar”. En “Estudios sobre la histeria” (1893-95). Obras completas. Vol. 2. Amorrortu Editores. 1985. Bs. As.

— (1893b): “Señora Emmy von N. (40 años, de Livonia). (Freud). En: “Estudios sobre la histeria” (1893-95). Obras completas. Vol. 2. Amorrortu Editores. 1985. Bs. As.

BRUSSET, B. (1984): “Anorexie mentale et toxicomanie”. Rev. Adolescence. Otoño 1984. T2, n. 2.

— (1990a): “Les vicissitudes d’une déambulation addictive.” Rev. Franc. Psychoanal., 3/1990.

— (1990b): “La jouissance de l’anorexique”. Rev. Franc. Psychoanal., I/ 1990.

CHASSEGUET-SMIRGEL, J. (1995): “Le surmoi e l’Idéal du Moi”. En Monographies de la Rev. Frene. Psychanal. “Surmoi II”. P.U.F. 1995.

— (1991): El ideal del yo. Amorrortu Editores. Bs. As. 1991.

FREUD, S. (1892-93): “Un caso de curación por hipnosis”. Obras completas. Vol. 1. Amorrortu Editores. 1985. Bs. As.

— (1893 (1888-93)): “Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas... Obras completas. Vol. 1. Amorrortu Editores. 1985. Bs. As.

— (1950 (1892-99)): “Fragmentos de la correspondencia con Fliess”: “Manuscrito G: Melancolía.” Obras completas. Vol. 1. Amorrortu Editores. 1985. Bs. As.

— (1905 (1901)): “Fragmento de análisis de un caso de histeria. Obras completas. Vol. 7. Amorrortu Editores. 1985. Bs. As.

— (1914): “Introducción del narcisismo”. Obras completas. Vol. 14. Amorrortu Editores. 1985. Bs. As.

FREIRE de GARBARINO, M. (1963): “Identidad y adolescencia”. Trabajo leído en la Asociación Psicoanalítica del Uruguay el 17 de junio de 1963.

GARBARINO, H., FREIRE de GARBARINO, M., MAGGI de MACEDO, I. (1990): “Técnica en psicoanálisis del adolescente.” En “Adolescencia”. Ed. Roca Viva. Montevideo.

GREEN, A. (1988): “El ideal: medida y desmedida”. Rev. de Psicoanál. APA. tomo 45, n. 1. 1988.

JEAMMET, P. (1985): “L’anorexie mentale”. Monographies Doin. Doin Editeurs. París.

KESTEMBERG, E., KESTEMBERG, J., DECOBERT, S. (1972): “La faim et le corps”. P.U.F. París.

LAGACHE, D. (1995): “Sur la structure du Surmoi: relations évolutives entre Ideal du Moi et Moi idéal.” En Monographies de la Rev. Frene. Psychanal. “Surmoi II”. P.U.F. París.

MAGGI de MACEDO, I. (1990): “Fulgurado. Reflexiones sobre la adolescencia y algunas de sus vicisitudes”. En “Adolescencia”. Ed. Roca Viva. Montevideo.

MCDUGALL, J. (1991): Teatros del cuerpo. Editorial Julián Yébenes, S.A. Madrid.

NASIO, J. D. (1992): Prólogo. En: “Anorexia. Teoría y clínica psicoanalítica”. Paidós. Barcelona. 1993.

VALABREGA, J.P. (1978): “Anorexia histérica, síntoma histérico y síntoma de conversión”. En “La Perversión”. Editorial Trieb. Bs. As. 1978.