



## **PROCEDIMIENTOS AUTOCALMANTES EN ANOREXIAS DE TIPO RESTRICTIVO. VULNERABILIDAD SOCIAL Y PATOLOGÍAS DE LA DEPENDENCIA**

**Nélida Di Rienzo\***

### **Resumen**

*Este trabajo considera los cambios sociales y su efecto en la subjetividad, para luego destacar como algunos sujetos recurren a procedimientos autocalmantes como resultado de su desvalimiento psíquico. Se presta atención a quienes padecen de anorexia de tipo restrictivo. Una multiplicidad de factores explican en parte estos fenómenos.*

*La complejización de los interrogantes surge cuando pensamos la articulación entre clínica y situación social. Tomamos en cuenta la perspectiva intersubjetiva y no sólo la individual, y destacamos que el padecer es no solo negado sino desmentido.*

*Los procedimientos autocalmantes se instalan sustituyendo la elaboración pre-conciente de pensamientos y afectos. Como consecuencia de dicha sustitución, la subjetividad queda comprometida al no poder procesar el trauma mediante juicios que permitan la ligadura de las representaciones con los afectos concomitantes.*

### **Palabras clave**

*Vulnerabilidad social / patologías de la dependencia / procedimientos autocalmantes / anorexias de tipo restrictivo*

### **Summary**

*This paper considers social changes and its effects in subjectivity. The paper pretends showing how some people use selfcalmant procedures as a result of psychic helplessness. The author pays attention on persons with restrictive anorexia. A multiplicity of elements has efficacy in this phenomena. The complexification of perspectives appears when we think relationship between clinic problems and social situation. We consider intersubjective perspective, and not just individual one, and we stress that the pain psychic is not only denial but disavowal.*

---

\* Maestría en Problemas y Patologías del Desvalimiento, UCES. E-mail: dirienzo@fullzero.com.ar

*Selfcalmant procedures substitute preconscious elaboration of thoughts and affects. As a consequence of this substitution, subjectivity is affected: the elaboration of the trauma through judges that connect affects and representations is obstaculized.*

**Key words**

Social vulnerability / dependency pathologies / selfcalmant procedures / restrictive anorexia

**Introducción**

Es necesario considerar diversos factores que dan lugar al fenómeno de la anorexia. Los mismos van desde el sexo hasta la edad e incluyen las influencias ambientales, sobre todo familiares, así como los poderes grupales y los discursos que promueven una cultura de la delgadez. Son estos factores, junto con una cierta dimensión subjetiva, los que alcanzan a explicar algunas cuestiones de la clínica actual, y conducen a desarrollar mayor fineza en el abordaje de estas presentaciones.

Las perturbaciones en el comportamiento alimentario no se limitan a la restricción de la ingesta de comida o la alteración del carácter, sino que desvían el sistema de intereses y la vida fantasmática de una manera que compromete el conjunto del comportamiento psíquico, y da lugar a la transformación de la personalidad. Esta transformación reviste grados diferentes; sin embargo, en mi experiencia con pacientes de estas características, sobre todo en las anoréxicas restrictivas, pude detectar una conducta que constituye un comportamiento típico: la hiperactividad, que se presenta como un tipo de procedimiento autocalmante. Considero importante interrogarse sobre esta conducta, por la incidencia que la misma puede tener en la evolución de los tratamientos, en lo que hace a la recuperación del peso corporal. Pero lo que orienta mi mayor interés en esta ocasión, es la situación en que los mismos se instalan sustituyendo la elaboración preconiente de pensamientos y afectos. Como consecuencia de dicha sustitución, la subjetividad queda comprometida al no poder procesar el trauma recurriendo a juicios que permitan la ligadura de las representaciones con los afectos concomitantes.

Es frecuente que se detenga la atención de la familia y de profesionales en el factor nutricional sin tener en cuenta las implicancias de dicha conducta. Estos trastornos van acompañados de dietas restrictivas, con bruscos descensos de peso con la correspondiente pérdida de tejido graso, que, combinados con prácticas extenuantes de ejercicios físicos, llevan también a una disminución de la masa muscular y visceral. Los cambios cardíacos en la anorexia nerviosa incluyen adelgazamiento de las paredes del ventrículo izquierdo. Estos cambios anatómicos están asociados con una disminución en la presión arterial y una disminución del ritmo cardíaco que puede llevar a la muerte súbita. Atendidas tardíamente o en forma discontinua, estas situacio-



nes pueden conducir también a una cronificación; en este marco, la hiperactividad se vuelve tanto más riesgosa.

En este trabajo me referiré a los cambios sociales y su efecto en la subjetividad, para luego destacar cómo algunos sujetos recurren a procedimientos autocalmantes como resultado de su desvalimiento psíquico.

### **Aspectos psicosociales en las llamadas patologías de la dependencia**

En esta oportunidad mi interés gira en torno de los aspectos psicosociales de la vulnerabilidad social. Es así que voy a centrarme en las articulaciones teóricas entre las llamadas patologías de la dependencia y la incidencia que en las mismas tienen los cambios sociales. Además de agrupar a la anorexia con otros fenómenos adictivos, podemos pensar que en ella participan también, muchas veces, procedimientos autocalmantes como modos defensivos.

Jeammet (2000) reagrupa patologías diversas que estima, son novedosas en la clínica actual y nos hablan de una suerte de construcción sintomática pero ininterpretable (a la manera tradicional de “hacer conciente lo inconciente”) y que, teniendo relación mucho más con el acting out o el pasaje al acto, colocan al sujeto en una posición de lucha frente a la amenaza que significaría depender de sus figuras significativas. En esta suerte de reagrupamiento ingresan para el autor las anorexias nerviosas, las crisis bulímicas, los intentos de suicidio reiterados, otras adicciones, etc. Si hay una clínica de la dependencia, habría un “envés de la trama” de la dependencia que sujeta al cachorro humano. Jeammet avanza un poco más enunciando que esta clínica debe llevarnos a una reformulación de la metapsicología freudiana. Así como la histeria fue para Freud el paradigma del ingreso a la hipótesis del inconciente, son hoy, para el autor, las patologías de acción la vía regia para una reformulación. Para quienes también trabajamos con la clínica vincular, agregamos la remodelación de la metapsicología a la luz de los abordajes y comprensiones aportadas por dicha práctica.

En estos fenómenos encontramos familias que podemos caracterizar como presentaciones altamente conflictivas, con un funcionamiento marcado por la violencia, con otros integrantes que padecen otro tipo de adicciones y muchas veces con historias de abuso sexual. Los integrantes de las familias suelen ofertarse, en estos casos, como una “cosa” más, arrastrados por una pasión narcisista que los envuelve.

En El malestar en la cultura, Freud notó que la violencia erótica, en el amor sexualizado, funda la alianza familiar, mantiene la unión entre hombre y mujer y permite la inclusión del hijo. Los fines sexuales: mantener el objeto, y los fines narcisistas: defenderse del sentimiento de inermidad, son propios amor y el apasionamiento sexual.

En el desarrollo freudiano se descubre la presencia de un narcisismo que no sólo



acepta un tercero, el hijo, sino que permite tener un cierto conocimiento del dolor, de la ausencia, del vacío. Bien diferente es la violencia narcisista que ignora al tercero y que conduce la relación entre sexos y generaciones hacia un afuera de la ley, hacia un más allá. Esta es la dramática en que se despliegan las configuraciones vinculares en estas patologías. La simbiosis pasional produce un desdichado empobrecimiento de la parte de placer y de deseo que le da fundamento de vida al amor. Produce además un desmantelamiento de recursos para luchar contra el dolor psíquico.

La pasión narcisista no es fructífera, pero conserva la fascinación de una luz que puede ser un abismo (drogas, alcohol, anorexia, bulimia, intentos de suicidio, incesto, estafas). Son modos de liberarse de la angustia creciente de la simbiosis pasional con la madre, fuente original de la necesidad insaciable. Simbiosis que un padre, en su función fallida, puede reforzar por acción o por omisión.

Cuando se trata del padre identificado con ese Dios al cual hay que ofrecerle, por amor, nuestra condición como objeto para su goce, estamos en lo que llamamos el hijo en posición de redentor, el hijo que viene a redimir el fracaso velado del padre. Joyce lo dice: “viene a remediar el espíritu increado de su raza”.

#### **Cambios sociales, incidencia en la clínica actual**

En un mundo asolado por la desnutrición y la malnutrición, el “no poder dejar de comer o no poder dejar de dejar de comer” (Maldavsky) nos muestra, en las actuales condiciones de producción de subjetividad tanto el fracaso de la tendencia a la supervivencia de la especie cuanto la ineptitud de algunos modelos de abordaje clínico: existe un aumento de la oferta y al mismo tiempo se producen y perpetúan estos fenómenos .

Las diversas épocas desarrollan nociones de estética para referirse a sus males y a sus exclusiones. La estética es un código de transmisión del mensaje de lo bello, la forma en que la realidad se moldea y se expresa en forma sensible. El mandato de la delgadez pasa a formar parte de un ideal femenino y promueve la pertenencia a un subtipo (anorexia- bulimia) dentro de la adolescencia femenina.

Parece que nos hubiéramos sumergido en un nuevo orden mundial, en el cual las anorexias y las bulimias nerviosas son la respuesta adaptativa a una nueva clase de hambre social.

Es a partir del sobrepeso y las preocupaciones médicas y mediáticas alrededor del mismo, que la población urbana adquiere el modelo *light*. ¿Es esto lo que nos preocupa cuando hablamos del aumento de consultas en trastornos alimentarios? Estos trastornos, verdaderos montajes de identidad que afectan mucho más a adolescentes



y mujeres, parecen intentar regular en ellas la autoestima y la desesperanza. Cada identificación es un montaje de identidad.

Conviene hacer la salvedad: este trabajo no intenta ser un estudio sociológico, sino destacar nuevas formas de sentido social que parecen justificar violencias e insatisfacciones, sobre todo en los núcleos urbanos. A ello se agregan los efectos de migraciones y exclusiones diversas, vividos en las últimas décadas, que producen efectos en nuestras prácticas clínicas y en nosotros como analistas.

Por mencionar sólo algunos de estos nuevos sentidos sociales en relación con la posmodernidad, que tantos autores han desplegado, en abundante bibliografía, podemos mencionar: el conjunto de regulaciones del mercado, la caída del Estado Nación benefactor, el cambio de categoría de ciudadano por la de consumidor. Algunas de estas condiciones construyen un sujeto nuevo que en sus presentaciones clínicas nos convoca.

En estos nuevos modos de presentación, encontramos distintos tipos de procedimientos autocalmantes. La hiperactividad, es sólo uno de ellos. Tomemos algunos ejemplos. Algunos sujetos permanecen horas inmersos en juegos electrónicos, envueltos en sonidos estridentes y monótonos rodeados de otros con quienes no mantienen ningún intercambio. Otros pasan su tiempo delante de una computadora sin ninguna finalidad laboral ni de estudio, abstraídos, “navegando” sin rumbo. Otros se sientan delante del televisor obnubilados, sin seleccionar imágenes, ni contenidos, paralizados frente a la pantalla que aporta imágenes y sonidos perturbadores. Hace poco tiempo una paciente me decía: “Me anoté para otro curso. Además del de turismo, voy a hacer uno de peluquería. Es algo distinto de la facultad, es para distraerme, siempre estoy pensando en hacer algo distinto, que me distraiga”.

Las transformaciones vertiginosas que se han producido, en el contexto social, llevan a quienes no han podido procesarlas psíquicamente, a recurrir a estos procedimientos, como modo defensivo, con lo cual se interfiere la cualificación en la conciencia de estados afectivos.

### **Subjetividad y papel del Estado**

Diversas intermediaciones anudan el lazo entre psique y sociedad (registro identificatorio, ideales y superyó). La cultura cumple una función de amparo, originariamente a cargo de las figuras parentales. El Estado Nacional fue el aliado de la familia nuclear burguesa. Se estableció con un tácito deseo la existencia de cada persona. La relación individuo-Estado Nacional ha declinado y los sujetos quedan sin institución que los enlace socialmente. La provocación y el desafío son la regla.

Según Onofrio (págs. 65, 66), “entre los cincuenta del ‘modernismo electrodomésti-

co' y los albores de los ochenta 'post-dictadura', la estética cambiante preanunciaba la caída del Estado Nación benefactor como metainstitución donadora de sentidos, por lo menos en la formación básica de nuestras nuevas generaciones. Ya no se trataba de convertirse un buen ciudadano, sino en un buen consumidor ... Ya no esperamos que la estética postmoderna, o también llamada de la "modernidad tardía", reine en pelos verdes, en tatuajes perennes o en aritos insólitos en zonas erógenas. Comenzamos entonces a preguntarnos por la marca del tatuaje, por la identidad de ser 'anoréxica', 'bulímica' o 'adicto'. También, en nuestro medio, la idea de "ser" algo para no dejar de ser, ha sido abundantemente recorrida por autores psicoanalíticos. Propongo pensar que en nuestra sociedad, no importa pensar el número de actos de consumo, como en aquellos que justifiquen la perpetuación del sistema.

Como psicoanalistas no escapamos a esta realidad y es interesante preguntarnos, entre otras cuestiones, cuáles son las condiciones en que trabajamos como profesionales de la salud, cómo nos atraviesan las presiones del mercado, cómo funciona en nosotros la moda en su función de marca, con qué estética construimos nuestras intervenciones.

La complejización de los interrogantes surge cuando pensamos la articulación entre clínica y situación social, cuando pensamos lo intersubjetivo y no sólo lo individual, cuando el padecer no sólo es negado sino desmentido.

### **Los afectos en las patologías de la dependencia**

En las patologías que mencionamos encontramos que el retiro libidinal es no tanto de la realidad constituída por las percepciones, las huellas mnémicas y la instancia paterna, sino más bien del afecto. Si bien lo nuclear de estas presentaciones suele ser la abulia, también aparecen dos cualificaciones de un afecto masivo que debe ser abolido para que no haya un sujeto que lo sienta.

Se trata tanto de una angustia desmesurada, indecible y de una furia sin límites. Esta furia parece corresponder al momento en que se retira la libido del afecto, con lo cual sobreviene un estado de indiferencia hostil, hasta que vuelve la abulia. Cuando el sentir es recuperado, se presenta bajo la forma de pánico. Muchas veces sucede que este pánico mudo va acompañado de conciencia; en esos momentos el paciente pretende aliviarse rápidamente de él. Cuando cede el pánico da lugar al surgimiento del sopor. Y cuando en lugar del sopor aparece la furia parece que se pretende sólo descargarla. Esta es una de las dificultades que presentan estos pacientes en su abordaje, sobre todo si la consulta se produce en el momento del surgimiento de la furia, sólo para su descarga. Esta es una breve descripción de algunos aspectos de presentaciones clínicas que dificultan, muchas veces tanto el diagnóstico diferencial como el abordaje.



Pasemos a exponer algunos rasgos de los procedimientos autocalmantes, que, como mencionamos en un apartado anterior, no son privativos sólo de las anorexias, sino que los podemos encontrar en otras patologías.

### **Procedimientos autocalmantes**

Los procedimientos autocalmantes funcionan como defensas que aseguran la protección del yo contra un peligro que amenaza su integridad. Autocalmante indica que el yo es a la vez sujeto y objeto de estos procedimientos que devuelven la calma. Por ello se distinguen de otros procedimientos en los cuales la fuente calmante es suministrada por un objeto exterior (ejemplo, una madre para su hijo, un terapeuta para su paciente).

Consideramos dos tipos de procedimientos autocalmantes: los que tienen que ver con bajar la tensión (en sujetos muy acelerados que no pueden dormir, por ejemplo) y los que tienen una función inversa, levantar la tensión cuando predomina un estado de desgano y decaimiento.

El apego a los procedimientos autocalmantes opera llevando al aparato psíquico hacia la calma, con lo cual interfiere la cualificación en la conciencia de los estados afectivos propios de la erogeneidad intrasomática (como la angustia automática) y de la erogeneidad sádico anal primaria (los cuales se expresan en un discurso de características persecutorias).

La hiperactividad como procedimiento autocalmante suele realizarse cada vez con mayor exigencia, con la finalidad de aplacar el exceso de excitación que no pudo ser procesada mediante la ligadura con representaciones-palabras.

Tales procedimientos convocan a la motricidad y a la percepción. Además, apelan a la realidad, pero, de tipo operatoria, carente de carga simbólica. Pretenden alcanzar la calma, a través de comportamientos motores o perceptivos que pueden incluir sufrimientos psíquicos. Otras veces, mediante el empleo de estos procedimientos los sujetos llegan a producirse traumatismos. La calma es resultado del agotamiento de la máquina automática en que el cuerpo ha sido transformado.

B. Brusset (1998) describe los comportamientos adictivos como aquellos que producen modificaciones somáticas que tienen efectos psíquicos. Considera que ciertas adicciones tienen una función que suplen a un yo incapaz y sustituyen mecanismos de defensa y fantasías por actividades repetitivas, con la consiguiente defusión de la pulsión sexual con la de muerte. Se produciría una “intoxicación endógena” por ausencia de la externalización de la agresividad, con lo cual esta se asentaría en el interior del cuerpo y se apelaría al movimiento repetitivo a modo de descarga.

El concepto de procedimientos autocalmantes se ha desarrollado en Francia. Entre los autores podemos mencionar a Smadja (1993), Szwec (1993) y Fain (1993). Fain considera que la excitación como finalidad calmante nace de una situación traumática temprana. Esta excitación puede dominar o coexistir con la complejidad pulsional cuyo estado más evolucionado está representado por el superyó. Se trata de un imperativo prematuro que nace con la urgencia de calmar una situación que aparece antes y en lugar de la mentalización. Smadja afirma que los procedimientos autocalmantes representan actividades motrices o perceptivas que el yo utiliza para contrainvestir una realidad traumática que puede surgir del interior y amenazar su integridad. Estos procedimientos autocalmantes son al mismo tiempo autoexcitantes. Esta última función está relacionada con las necesidades narcisista del sujeto. Szwec estudia unos procedimientos que tienden a encontrar la calma a través de la búsqueda repetitiva de excitación. Evoca las actividades motrices y sensoriales que ciertos pacientes utilizan en el estado de vacío del pensamiento operatorio. El autor piensa que, al faltar la capacidad de ligadura psíquica, el procedimiento autocalmante tiende a establecer un enlace, pero a nivel comportamental, entre los aspectos pulsionales, eróticos y mortíferos.

En Argentina, David Maldavsky (1995, 1997) también toma el concepto y define a la incitación mecánica que se produce como una “autoestimulación rítmica” que opera como contrainvestigadora de un trauma. No hay representación simbólica sino actividad motriz repetitiva y monótona que en anoréxicas pareciera ser voluntaria y produce la alteración orgánica.

Así, los procedimientos autocalmantes son formas de protección a la amenaza que el yo siente a su integridad y es uno de los factores intervinientes en las llamadas patologías actuales que mencionábamos al principio de este trabajo. La consideración de la vulnerabilidad social vivida en las últimas décadas y su incidencia en la subjetividad nos abre el interrogante sobre la posición de los analistas ante estos cambios.

#### **Posición de los analistas ante la crisis actual**

La relación entre estas patologías y el mundo homogeneizado hace imprescindible una mirada transubjetiva del psicoanalista. La angustia fragmentaria surge traumáticamente a partir de la falta de constancia objetal individual y social y la ausencia de continencia que esto implica. Su consecuencia sería entrar en la resignación y en la impotencia.

Los imaginarios social, nacional y profesional, entendidos como esquemas organizativos, sirven para poder representarse una determinada forma de funcionamiento, y tienden también a la masificación.

Atravesados por las modificaciones de la cultura, desplegamos una práctica llena de



interrogantes, estímulo constante para la complejización de nuestra teoría. Estudiamos, escribimos, agudizamos la escucha en la clínica.

Se trata de la particular alquimia que se produce entre la teoría, lo social y su incorporación singular por parte de cada analista. El trabajo es permanente para acotar la tentación de creerse proveedor de algunos ideales, desestimando otros, con la finalidad de convalidar la propia identidad y la pertenencia social.

### **Bibliografía**

Aguiar, E. (1997) "La desocupación: algunas reflexiones sobre sus repercusiones psicosociales", *Revista de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo*, XX, 1, 1997.

Badiou, A. (2000) *Reflexiones sobre nuestro tiempo. Interrogantes acerca de la ética, la política y la experiencia de lo inhumano*, Ediciones del Cifrado, Buenos Aires.

Brusset, B. (1998) "La adicción anoréxica a la marcha", *Revista de Psicoanálisis con niños y adolescentes*.

Corea, C., Lewkowicz, I. (1999) *¿Se acabó la infancia?. Ensayos sobre la destitución de la niñez*, Lumen humanitas, Buenos Aires.

D.S.M.IV *Manual de criterios diagnósticos*.

Fain, M. (1993) "Speculations méthapsychologiques hasardeuses á partir de l'étude des procédés autocalmants", *Rev. Franç. de Psychosomatique*, 4.

Freud, S. (1920g) *Más allá del principio del placer*, O.C., Vol. XVIII

(1926d) *Inhibición, síntoma y angustia*, O.C. Vol. XX

(1930a) *El malestar en la cultura*, O.C. Vol. XXI.

(1940a) *Esquema del psicoanálisis*, O.C. Vol. XXIII

(1950a) *Los orígenes del psicoanálisis*. Obras Completas, Vol. 1 Ed. Amorrortu, Buenos Aires.

Garner, D., Garfinkel, — (1997) *Handbook of treatment for eating disorders*, capítulo IX, segunda edición, Guildford Press, Nueva York, Londres.

Jeammet, P. y col. (2000) *La boulimie. Realités et perspectives*. Ed. Masson. París.

Lofrano, V. y col. (1995) *Anorexias y bulimias. Las cosas del comer*, Ed. Fumtadip, Buenos Aires.



- Maldavsky, D.(1995) *Pesadillas en vigilia*, Ed. Amorrortu, Buenos Aires.  
(1997) *Sobre las ciencias de la subjetividad*, Ed Nueva Visión, Buenos Aires.
- Nasio, J. D. (1988) *Los ojos de Laura. El concepto de objeto a en la teoría de Lacan*, Amorrortu Editores, Buenos Aires.
- Onofrio, G., Yurcovich, A.(2000) “Anorexia nerviosa y voracidad social: las caceras en el espacio público”. *Revista de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo*, XXV, 2, Bs. As.
- Puget, J (1991) “La pertenencia a una configuración vincular”. *Actualidad Psicológica*.
- Smadja, C. J.(1993) “A propos des procédés autocalmants du moi”, Rev. Franç. de Psychosomatique, 4.
- Szwec, G. (1993) “Les procédés autocalmants pour la recherche répétitive de l’excitation”. Rev. Franç. de Psychosomatique, 4.
- Toro, J. y Vilardell, E. (2000) *Anorexia nerviosa*, Capítulo I. Ed. Martínez Roca, Barcelona, 1987.
- Primera versión: 13 de enero de 2003*  
*Aprobado: 12 de mayo de 2003*