



Universidad Nacional de Rosario
Facultad de Psicología

Trabajo integrador final

**“La anorexia en adolescentes mujeres y el
lazo materno. Perspectivas
psicoanalíticas”**

Autor: Redondo, Josefina

Legajo: R-5137/3

Graduado responsable: Brisaboa, María Celina

-AÑO 2017-

Índice

Resumen y palabras claves.....	Pág 3
A modo de introducción.....	Pág 4
Anorexia en mujeres adolescentes.....	Pág 5
El lazo materno desde una perspectiva psicoanalítica.....	Pág 6
El límite al goce materno a través del “comer nada”.....	Pág 8
Clínica Psicoanalítica en la Anorexia como un modo de abordaje posible.....	Pág 9
Palabras finales.....	Pág 11
Referencias Bibliográficas.....	Pág 14

Resumen

Hoy en día, la anorexia se describe como una de las tantas patologías que comprometen al cuerpo y se ponen en juego a través del acto. Se presenta en mayor medida en adolescentes mujeres, por lo que mi objetivo principal fue indagar si la etiología de dicha problemática podría tener lugar en un período de la infancia que Freud denomina como “etapa pre edípica”, es decir en aquella intensa relación entre la niña y la madre. Por otro lado, otro de mis objetivos fue dar cuenta de la eficiencia de la clínica psicoanalítica para trabajar con pacientes con dichas características. De esta manera llegué a la conclusión de que la anorexia podría tener su origen en una relación en la que la madre aparece como una figura “devoradora” que impide la inscripción de la falta en la niña y en este sentido el recurso que toma ésta última para poner un límite a ese goce es comiendo “nada”. Y, además, concluí que el Psicoanálisis como abordaje posible de estas patologías es central para entender de una manera más profunda lo que hay más allá de ese cuerpo delgado.

Palabras claves

Anorexia- Lazo materno- Mujeres adolescentes- Psicoanálisis

A modo de introducción

Hoy en día, la anorexia se describe como una de las tantas patologías que comprometen al cuerpo y se ponen en juego a través del acto. Es considerada como un tipo de trastorno de la conducta alimentaria, que constituye un problema de salud pública endémico, por su creciente incidencia, gravedad de la sintomatología asociada, su resistencia al tratamiento y porque se presenta en edades cada vez más tempranas, persistiendo hasta la edad adulta.

La anorexia está caracterizada, en líneas generales, por la incapacidad de mantener un cuerpo saludable normal en relación con el peso, observándose insatisfacción permanente con la delgadez alcanzada, aun cuando se haya llegado a niveles de emaciación.

Una de las razones por las cuales elegí trabajar la anorexia, es justamente por la creciente incidencia que hay en las mujeres sobre todo cuando comienzan el período de la adolescencia. De esta manera, me detendré a considerar a las adolescentes mujeres que, con la transformación en “ser mujer”, y ya no más niña, deben procesar en sí la presencia de un cuerpo cargado de significaciones desde lo social. Sabemos que en dicha etapa hay una transformación del cuerpo, se produce una reestructuración del esquema e imagen corporal produciendo efectos subjetivos. La pérdida del cuerpo infantil implica la necesidad de dejar atrás las modalidades de ajuste de la niñez, abandonar identificaciones infantiles y encontrar nuevas orientaciones de conducta. Como dice Aberastury (1971), existen duelos por la pérdida del cuerpo y el status infantil, así como de la imagen de los padres seguros y protectores de la niñez.

En este sentido me surge una pregunta que intentaré corroborarla a lo largo de todo este trabajo, ¿Podría tener la anorexia en mujeres adolescentes alguna vinculación con el primer momento en que se produce una relación con el lazo materno? ¿Qué ocurre cuando el bebé llega al mundo y se encuentra en un estado de desvalimiento necesitando la presencia de un otro auxiliador? ¿Qué lugar ocupa la madre en dicha relación? Es definitiva, me gustaría indagar acerca de si la anorexia en mujeres adolescentes tiene su origen en alguna falla en ese vínculo primordial entre la madre y la niña.

Para profundizar en esta temática, este ensayo será trabajado desde la teoría del Psicoanálisis ya que considero que podría brindarme las herramientas necesarias para dar respuesta a este interrogante. De esta manera, intentaré dar cuenta de algunos conceptos psicoanalíticos tales como el lugar del Otro primordial, el lugar del cuerpo, la vivencia de satisfacción, el goce, entre otros.

Por otra parte, intentaré articular el recorrido realizado sobre la anorexia en las mujeres y el lazo materno con la clínica psicoanalítica. ¿Cómo trabaja un psicoanalista a partir del conocimiento de dicha problemática?, ¿Cuándo podemos hablar de cura? Y ¿Qué lugar ocupa la transferencia?

Anorexia en mujeres adolescentes

Conocemos la anorexia porque aparece fundamentalmente en años posteriores, como en la adolescencia y la adultez. De esta forma, me pregunto acerca de lo que ocurre con aquellas mujeres que ingresan en el período adolescente, en el que dejan de ser “niñas” y en el que se producen una serie de transformaciones no solo desde lo puberal sino también desde lo social, es decir no solo en función de los cambios físicos sino también desde la inserción del adolescente en la sociedad. Los adolescentes comienzan un período en el que se produce un pasaje de lo familiar a lo extra familiar. Así Rodulfo (1992) trabaja con la idea de que el adolescente se vuelca al campo social contribuyendo a la finalización del Complejo de Edipo. Es la función del “amigo” opuesta a la del “extraño”, la que va a

permitir abolir esa relación dicotómica entre lo familiar y lo extra familiar, funcionando, así como un nexo que articula dichos términos.

Por otro lado, desde lo corporal, se produce una reestructuración del esquema e imagen del cuerpo produciendo efectos subjetivos. La pérdida del cuerpo infantil implica la necesidad de dejar atrás las modalidades de ajuste de la niñez, abandonar identificaciones infantiles y encontrar nuevas orientaciones de conducta. Como dice Aberastury (1971), existen duelos por la pérdida del cuerpo y el status infantil, así como de la imagen de los padres seguros y protectores de la niñez. Así hay adolescentes mujeres que sufren la transformación de su cuerpo, trayendo aparejado en muchos casos la anorexia propiamente dicha. Y junto a ello también muestran, un grado de rigidez extremo y de encierro narcisista, quedando el mundo y su vida girando alrededor en estas vivencias, llegando a restringir su vida social y afectiva. Paradójico pensar en esta cuestión, en un momento en el que los adolescentes como dije anteriormente se vuelcan al campo social.

Siguiendo a Cibeira (1998), la adolescencia es un momento en que la aparición de un cuerpo, de un cuerpo "real" en tanto imposible de ser simbolizado o hablado, instala la dimensión de lo siniestro, de lo indescifrable en tanto, desde lo simbólico, no puede hallar representantes significativos para referirse a lo que es desmedido en el cuerpo y en el vínculo con los demás. Es a partir de la función re-catectizadora del autoerotismo y del contacto con el otro que nuevas marcas quedarán inscriptas. Poniendo en juego algo del orden de la tramitación de aquello que ya no es, del tiempo del ser niño, en un reposicionamiento en relación al Yo y al Ideal del Yo, interrogándose acerca de su deseo y del deseo del otro, en el marco de la escena edípica.

De este modo, uno podría reflexionar acerca del lugar de la anorexia en tanto el adolescente está atravesado por la concepción del cuerpo en su máxima expresión, de conocer y reconocer ese cuerpo en constante transformación, y no sólo desde lo puberal sino también desde cuestiones ligadas por ejemplo a la sexualidad. Es decir, que en la medida en que las adolescentes, en este caso mujeres, son sujetos que muestran un cuerpo sufriente y que atraviesan un tiempo de vacilación y reposicionamiento subjetivo, también a la par se vuelve a colocar al cuerpo como escenario de una conmoción de identificaciones a partir de una nueva oleada de la sexualidad.

Así Freud en "Tres ensayos de teoría sexual" (1905) formula su teoría de la "acometida" en dos tiempos de la sexualidad humana, es decir de una sexualidad interrumpida por la latencia, una particularidad que el ser humano no comparte con ninguna otra especie. Con la entrada en la pubertad llega a su fin el período de latencia y se inicia la segunda oleada de la sexualidad humana. Algunos de los procesos que se producen son: la subordinación de las pulsiones parciales bajo el primado de la genitalidad, a través del mecanismo del placer preliminar. Otro proceso que se produce tiene que ver con un segundo tiempo de la elección de objeto, es decir, con la aparición de la tensión genital tiene lugar la reedición del complejo de Edipo y de castración, lo que supone una complicación creciente para el psiquismo en tanto, en virtud del crecimiento corporal, parricidio e incesto son ahora posibles, de modo que a la oleada de la sexualidad habrá de oponerse una nueva oleada de represión, para que pueda ser abandonada la fijación a los objetos edípicos. Por otro lado, también considera que en esta etapa la desinvestidura de los padres va a posibilitar el hallazgo del objeto exogámico y heterosexual, produciéndose una confluencia de la corriente sensual y tierna en el mismo objeto de elección. Entonces, podríamos decir que es un encuentro del que Freud dirá que es "propiamente un reencuentro", como un retorno a la primitiva satisfacción sexual ligada con la absorción de alimentos, con el pecho materno como objeto, es decir que la relación originaria con aquel primer objeto de la pulsión se restablece.

La adolescencia es un momento de resignificación, es un momento privilegiado en tanto con mayor claridad el pasado se presentifica y el presente es casi futuro. Es un momento donde abundan progresiones y regresiones con absoluta claridad. El desarrollo del ser humano no es un crecimiento lineal, es un proceso en espiral. Así Grosser Guillén

(2010) considera que para la teoría psicoanalítica la infancia no desaparece nunca, así como nunca se accede a una madurez sexual adulta, contrapuesta a la sexualidad infantil, las organizaciones sexuales infantiles están contenidas en la adulta, sus elementos persisten, aunque revalorizados o resignificados en una nueva estructura.

La niña, para seguir creciendo, debe preguntarse por la femineidad. En esta actualización del pasaje edípico de la adolescente anoréxica, “la joven se hallaría retenida en alguna forma de fijación a la madre, tornando dificultoso su acceso a las cuestiones propias de la femineidad” (Miguel, 2004). En otras palabras, esto marca una nueva vuelta de algo que no fue tramitado de manera eficiente.

De esta manera, me pregunto si la incidencia de casos de mujeres adolescentes que atraviesan la problemática de la anorexia podría encontrar su origen en una deficiencia de un período primitivo, es decir en aquel lazo originario con el primero objeto de amor: la madre.

El lazo materno desde una perspectiva psicoanalítica

En primer lugar, me gustaría desglosar el concepto de anorexia en su concepción original para desde allí trabajarla en sus diferentes aspectos. Anorexia significa en su etimología griega “ausencia de apetito”. Por lo que podría pensar que hay algo entrelazado con el alimento. Éste último se define como cualquier sustancia nutritiva que toma un organismo o un ser vivo para mantener sus funciones vitales. De esta manera, podría conjeturar el lugar que tiene el alimento para sobrevivir. Una persona no puede vivir sin alimentarse, de manera que el alimento desde el primer momento en que tenemos vida es indispensable. Ahora bien, ¿Cómo conocemos el alimento?

Tomando al Psicoanálisis, podría decir que lo conocemos a través de un “otro” que asiste al niño cuando llega al mundo. En el Proyecto de psicología (1895) Freud expresa que el cachorro humano es ante todo indefenso, que viene al mundo en un estado de desvalimiento por naturaleza, necesitando la presencia de un otro auxiliador que permita que se vivencie la primera experiencia de satisfacción. Así cita Freud “El organismo humano es al comienzo incapaz de llevar a cabo la acción específica. Esta sobreviene mediante auxilio ajeno: por la descarga sobre el camino de la alteración interior, por ejemplo, el berreo, un individuo experimentado advierte el estado del niño. Esta vía de descarga adquiere así función secundaria, importante en extremo, función del entendimiento o comunicación y el inicial desvalimiento del ser humano es la fuente primordial de todos los motivos morales” (Freud, 1895). Entonces, esta vivencia se generará a partir de la experiencia de la alimentación, de que sacie el hambre. A partir de la acción específica de otro, que con este desvalimiento originario auxilie y lo constituya a partir de su propio deseo, se producirá la primera vivencia de satisfacción.

Algunos años después, en el capítulo 7 de La interpretación de los sueños, Freud (1900) trabaja con la conceptualización de las experiencias de satisfacción. Éstas son entendidas como huellas mnémicas, inscripciones psíquicas que de algún modo marcan el futuro de la estructuración psíquica del cachorro humano. Además, introduce el término de “alucinación” el cual refiere a que el bebé cuando no encuentra el pecho materno lo alucina. Ahora bien, ¿Por qué no se sostiene esta alucinación? El bebé no logra satisfacer sus necesidades a partir de esta alucinación ya que necesita el alimento para mantenerse con vida. Entonces, ¿qué puede hacer el bebé? El bebé comienza a manifestar sus necesidades a través del llanto, del jadeo, de diferentes movimientos y en ese instante interviene lo que Freud denomina “la acción específica”.

Es decir, que es allí donde la madre aparece decodificando las necesidades del bebé, interpretando y otorgándoles sentido a las manifestaciones que expresa. Es justamente en estos primeros tiempos del niño, donde la demanda se dirige a la madre.

Ahora bien, es necesario que ocurra algo que Lacan trabaja como “frustración”. Ésta en el origen, sólo es concebible como la negación de un don en la medida que el don es símbolo de amor. El niño al llamar a la madre se encuentra con que el don se da o no se da. Por ende, la madre, es primordialmente omnipotente ya que es justamente ella quien decide dar o no dar. Dirá Lacan (1949) que la madre no es sólo la que da el seno, también es la que da la marca de la articulación significante.

Siguiendo esta línea, Winnicott (1993) considera que, si todo va bien, el niño no tiene forma de distinguir lo que corresponde a la satisfacción basada en la alucinación a priori vinculada con el funcionamiento del sistema primario, y la aprehensión de lo real que lo colma y le satisface efectivamente. Por lo tanto, se trata de que la madre enseñe progresivamente al niño a experimentar las frustraciones, y al mismo tiempo, a percibir, en forma de cierta tensión inaugural, la diferencia que hay entre la realidad y la ilusión. Esta diferencia sólo puede instalarse por la vía de una desilusión, cuando de vez en cuando, la realidad no coincide con la alucinación surgida del deseo.

Lacan (1949) plantea que el sujeto, en su estadio infans que no habla, encuentra la forma de su cuerpo más allá de sí mismo, en la imagen que el Otro le devuelve. Desde sus sensaciones caóticas, producto del inacabamiento madurativo de la corteza cerebral, el infans percibe esa imagen unificada de sí mismo, anticipada por una unidad que sus sensaciones desmienten. Este sujeto se aliena en esta imagen, que constituye el esquema mental del cuerpo, de un modo anticipado a su maduración neuronal. El infans encuentra la unidad de su cuerpo allí donde él no está. Su organismo no coincide con su cuerpo; aquél está en lo real, éste en lo imaginario. Para el sujeto su cuerpo está en lo imaginario, en tanto que su organismo, su cuerpo real, está perdido. Por lo que el infans, para construir su imagen, debe recurrir sin saberlo al trámite simbólico. Es el circuito del deseo del Otro el que le devuelve una imagen unificada. Para la madre el chico no es fragmentación, sino totalidad. Anticipa, a través de su mirada deseante, una unidad de la que su hijo carece (Dor, 1987). Es decir, que esta imagen externa a la que el niño es invitado a identificarse y que instituye la instancia psíquica del yo, permite comprender la dialéctica del deseo humano: este está siempre sostenido por el deseo del Otro.

Por consiguiente, con este fundamento la anorexia podría encontrar allí un cuerpo repleto. Su imagen corporal es una imagen de un cuerpo repleto. Esta no coincide con su cuerpo en lo real, con su esquema corporal. Esto se explica, o se entiende, si analizamos que en un principio el esquema corporal es el mismo para todos los individuos de la especie humana; la imagen es, por el contrario, propia de cada uno, está ligada al sujeto y a su historia. El esquema corporal es en parte inconsciente, pero también pre-consciente y consciente, mientras que la imagen del cuerpo es eminentemente inconsciente (Doltó, 1984). Es posible, no obstante, que la imagen del cuerpo no coincida con la estructura corporal, con lo real del cuerpo, con el cuerpo desde lo biológico y lo fisiológico, como es el caso de las jóvenes que presentan el síntoma anoréxico. Lo que explica que, allí donde los demás ven un cuerpo de extrema delgadez, ellas pueden insistir en su gordura (Grosser y Villalobos, 1996). Así lo vemos en muchas adolescentes que atraviesan esta problemática como es la anorexia, y que a pesar de su delgadez ven alguna parte del cuerpo distorsionada tales como el estómago, las piernas, las caderas, etc. Siempre hay un exceso perceptivo, un defecto que parecería que aparece en lo real, junto a una desvalorización del Yo y una importante dificultad para poder disfrutar de la vida.

Por otro lado, Freud en “Sobre la sexualidad femenina” (1931) trabaja la idea de que para que se alcance la fase del Complejo de Edipo normal el niño debe estar prendado del progenitor del sexo contrario, pero que previamente tanto para el niño como para la niña debe ocurrir en una etapa pre edípica que tomen a la madre como objeto de amor. El niño se podría decir que la conserva hasta el Complejo de Edipo, pero la niña cambia de objeto, como también cambia de zona genital del clítoris a la vagina. ¿Cómo halla el camino hacia el padre? Freud realiza ciertas observaciones y concluye que en las niñas que tienen una ligazón intensa con el padre, existió previamente una fase de ligazón madre exclusiva de

igual intensidad y apasionamiento. Y que, además, la duración de esa ligazón podría extenderse abarcando hasta el cuarto o quinto año, o incluso cierto número de niñas permanecen atascadas en la ligazón madre originaria y nunca produjeron una vuelta cabal hacia el varón. De esta manera, considero que ese período pree-edípico es determinante para el desarrollo de la femeneidad. Freud considera que esta fase de ligazón-madre deja conjeturar un nexo íntimo con la etiología de la histeria y con la paranoia en la mujer, y en este sentido, me atrevería a decir que podría también estar vinculada con la etiología de la anorexia en muchas mujeres.

De esta manera, podría reflexionar por un lado acerca de la importancia del alimento, y por el otro la importancia de aquella figura que ejerza la función nutricia desde el primer momento en la vida del niño, produciendo efectos para la constitución de su subjetividad, entendiéndola como alguien que no solo brinda el alimento, sino que también brinda amor, entendido como un don. Y también como alguien que le devuelve al niño un cuerpo completo, unificado, produciendo una ligazón sumamente intensa. Así corroboraría que, si se producen cuestiones determinantes en esta etapa, no sería erróneo pensar que la anorexia, como otras problemáticas, tengan un origen allí.

El límite al goce materno a través del “comer nada”

En este punto me parece pertinente reflexionar acerca de la presencia y ausencia de la madre como una cuestión necesaria para que justamente no se produzca una relación de puro goce, donde el niño queda situado en posición de objeto.

Siguiendo con lo mencionado anteriormente, Silvia Amigo (2012) explica que la alimentación -así como los trastornos de alimentación-, si bien tiene que ver con la necesidad nutricia del cuerpo, va mucho más allá de ella, ya que está íntimamente ligada al nacimiento mismo de las relaciones del sujeto con el Otro. En la alimentación el bebé se encuentra absolutamente carente de una orientación instintiva, distinto al animal, por lo cual será fundamental cómo el Otro se dirija a él. En este sentido, me parece importante resaltar que para que el sujeto se constituya, necesita de un espacio intersubjetivo y ese lugar en principio lo ocupará la madre. De este modo pienso a la madre como Otro primordial.

Por su parte, Yankelevich (2010) retomando aspectos de Winnicott, considera que cuando una madre da el pecho, se entremezcla allí el alimento con la palabra y la mirada. Y a la vez trabaja con la idea de que la pulsión oral se mezcla con la pulsión invocante, por lo que también aparecen allí las pausas en la alimentación. Entonces para que se historicice lo oral, para que no sea un puro goce, tiene que haber presencia y ausencia, alternancia, así como mirada, palabras.

¿Cómo podría pensar el goce materno? Lacan (1970) considera que el deseo de la madre siempre produce estragos. Lo asemeja a la idea de estar dentro de la boca de un cocodrilo. No se sabe qué mosca puede llegar a picarle a la madre de repente y va y cierra la boca.

Así veo que se trata de una madre que estaría a un paso de ser una madre devoradora ¿no? Es como si la “vida psíquica” del niño podría estar en peligro por aquella figura materna. Pero, uno podría preguntarse por qué el deseo de la madre es estragante, y en este sentido, podría responder diciendo que la mujer que se hace madre, no se satisface del todo con ese niño, hay algo más allá que sigue en falta, que la deja insatisfecha. De esta manera, el niño nunca está completamente solo con la madre, sino que junto a él también está esa mujer insaciable, devoradora. Esto tiene que ver con un goce en la madre, o como dice Miller (1998), un exceso de un goce que está por fuera de la función fálica, un goce que está más allá del falo. Se trata precisamente del goce femenino, ese goce Otro, infinito, sin límites, insaciable y devorador.

Daré un ejemplo de un caso de una adolescente de 20 años internada en una institución con el diagnóstico de anorexia para poder comprender un poco más este goce

desenfrenado en la madre. Inés es llevada a consulta por su madre e internada por desnutrición, con un peso de 30 kg. Durante la internación, no comió y sólo consumió un poco de agua. Dice que no va a comer, que la comida le hace mal porque la hace engordar. Todos los intentos y estrategias son vanas. Ella no quiere recibir ninguna ayuda médica. Además, cierra la boca, deja caer el alimento que ante un descuido suyo se introduce en su boca, cierra la cánula por la que le suministran alimento en la sala de cuidados intensivos. Todo intento está destinado al fracaso. Nada funciona. La madre cree que en cualquier momento se va a llevar a su hija en un cajón. Por su parte, Inés cree que si la gente no come se muere, pero que a ella eso no le va a pasar. Sus primas la llaman y se ponen a llorar. No le importa. No siente nada, no quiere comer y dice que no sabe cuándo va a tener ganas y que nadie la entiende.

Así uno podría observar que Inés llega a la institución traída por su madre, quien supone que algo le está pasando, pero Inés no formula una demanda, es más, dice no pasarle nada, simplemente no come porque está gorda, no hay pregunta, no hay queja. Además, la madre la aloja como muerta y en efecto, no hay quien reciba el mensaje, dejando a Inés sin recursos o mejor dicho utilizando el recurso de no comer porque no puede apelar a lo simbólico. No puede poner límite a ese goce, entonces hay un pasaje al acto. Y el acto es no comer, o mejor dicho comer “nada”.

Nada significa algo. Tomando a Lacan, “nada” es justamente algo que solo existe sobre el plano simbólico. Se alimenta de “nada” como recurso para defenderse, para que alguien pueda responder el mensaje. Podría decir entonces que Inés come nada desde la positiva. De esta ausencia, saboreada como tal, ella hace uso en relación a lo que tiene en frente, a saber, la madre de la que depende. Gracias a esta nada, la hace depender de ella. Se invierte su relación de dependencia, haciéndose, por esta vía, ama de la toda potencia ávida de hacerla vivir, la madre, que depende de ella. Desde entonces, es la madre la que está a merced de las manifestaciones de su capricho.

A partir de lo dicho, encuentro fundamentos para consolidar aquella idea que me surgía desde un principio. Que algo ocurre en ese lazo entre madre e hija para dar lugar en un tiempo posterior a la anorexia. La anorexia, como problemática nos invita a pensar en que esa niña, ahora devenida mujer necesita mostrar la falta al Otro, interrogarlo sobre su deseo. Es decir, ¿Cómo puede faltarle al Otro, escribir en el Otro una falta para que deje de ser “devorada”? Lo hacen a través de la anorexia. El Otro no transmite la falta y pone en juego un deseo devorador, donde el sujeto es tomado como objeto y fijado a una posición de goce que adolece de la falta. Ésta permitiría al sujeto orientarse en relación al deseo. Frente a este Otro, la anorexia es una maniobra para introducir un vacío que da lugar a un falso deseo.

Clínica Psicoanalítica en la Anorexia como un modo de abordaje posible

En este sentido pienso que se trata de escuchar al sujeto, de permitir que se despliegue el síntoma en todas sus dimensiones y si esto no es así, de llevar al sujeto hasta un lugar donde tenga algo que decir sobre su posición subjetiva. Se trata de escuchar y de cuestionar, no de luchar en contra, porque ello lleva a un callejón sin salida. Tanto el no comer, como otros síntomas tales como el atracón o el vómito, podrían perder fuerza a medida que el sujeto puede elaborar los conflictos que sostiene el síntoma. Si logramos establecer con la palabra un borde, recién allí habrá exterior e interior.

Se podría conjeturar que el sujeto que padece de anorexia es que está enfermo porque su deseo esta alienado a la demanda de ese Otro, y a su demanda de amor se la responde y taponada desde la necesidad. En este caso, la comida.

La cura dirá Lacan (1977) es una demanda que parte de la voz del sufriente, de alguien que sufre de su cuerpo o de su pensamiento. Es por las palabras que hay

enfermedad y es también por las palabras que se libera al sujeto de su padecimiento. El sujeto sufre de las palabras aprisionadas, es un cuerpo significante. Es por el goce que sabemos que un cuerpo no es puro organismo. Además, dirá que un cuerpo adquiere peso por medio de la mirada donde se necesita de un Otro, ese espejo plano que retorne como mirada en la constitución del sujeto. Es a esa mirada a la que habría que interrogar, tanto para su constitución, como en el fin del análisis, donde el sujeto alcanza ese punto en el que sabe que nadie lo espera en el Otro, que no hay ninguna respuesta a su existencia y a la legitimidad de su goce. Este es absolutamente incurable, simplemente podrá domesticarlo

Recalcati (2004), introduce el concepto de “rectificar al Otro”, lo cual nombra como trabajo previo a las denominadas entrevistas preliminares con aquellos sujetos que se presentan de este modo.

Ahora bien, ¿de qué se trata “rectificar al Otro”? El autor plantea que con este tipo de pacientes es necesario como analistas encarnar un Otro diferente de aquello real que el sujeto ha encontrado en su historia, y que se presenta como un Otro incapaz de operar con la propia privación. Se trata de apostar al sujeto, encarnando un Otro que permita una nueva implicación del sujeto en un lazo posible. “En la época del Otro que no existe debemos intentar reintroducir el sujeto en una dialéctica vivible con el Otro. La rectificación del Otro es una maniobra esencial de lo preliminar que se orienta en esta dirección (...) Este desarrollo exige en realidad en la nueva clínica un “sí” preliminar al sujeto, que puede introducir otro diferente del Otro (traumático por excesiva presencia o por excesiva ausencia) que el sujeto ha encontrado en su propia historia.” (Recalcati, 2004).

El analista de esta manera podría ingresar en ese discurso de goce sin regulación, e intervenir con un límite, un borde, un no en ese goce. Un borde que diferencia lo externo, de lo interno como dije anteriormente, lo bueno de lo malo, para permitir que en ese lugar vengan nuevos cruces, nuevos modos de hacer con el goce, o como dice Vidal (2010) “una nueva escritura”.

Por su parte, Freud (2006) en “Construcciones en análisis”, menciona que la tarea del analista es la de colegir lo olvidado desde los indicios que esto ha dejado tras sí; más específicamente, tiene que construirlo, y destaca esta última palabra como clave. A modo de un rompecabezas pienso en el análisis, donde juntos, paciente y analista construyen la historia del paciente, dejando entreverse los significantes que se irán hilvanando en una cadena de sentido.

Siguiendo a Fendrik (1998), ante todo debemos reconocer a los pacientes para llegar al lugar donde podemos autorizarnos como analistas, es decir al lugar donde es el discurso del paciente y no el nuestro el que dice lo que le pasa. ¿Como podemos enfrentar nuestra angustia para poder escuchar e interpretar la enigmática relación que a través del síntoma anoréxico el sujeto mantiene con el Otro y con el objeto? Por empezar reconociendo nuestros temores y nuestros prejuicios, entre otros los que nos llevan a decir “no hay transferencia” luego de haber sancionado la alianza con el nutricionista, o los que nos llevan a asociar libremente alimento con objeto materno y no con significantes y buscar la causa en la Madre real.

La autora expresa que la experiencia con la que ya contamos y su conceptualización ha demostrado la fundamental importancia de la ampliación del universo simbólico del paciente (y también del nuestro) mediante un diálogo que incluya historias, testimonios, relatos, cuentos. Con ellos y a través de ellos le ofrecemos un lugar, un albergue, más o menos transitorio para alojarse en nuestro deseo de analistas. En lugar de un silencio o de un activismo por las dudas, a través de lecturas compartidas nos ponemos a trabajar las dudas junto con el paciente. Y también las trabajamos en equipo, pero no al modo de una supervisión, sino para reflexionar juntos sobre el caso, construir el caso y ver si es posible darle una dirección analítica. Para orientarlo y orientarnos. El trabajo con otros analistas nos sirve para reconocer si las dificultades con las que nos enfrentamos se deben a la falta de herramientas conceptuales, al desconocimiento de nuestros propios recursos, a la

insuficiencia de nuestro análisis personal, o a que no es un analista lo que el paciente está buscando.

A partir de esto me pregunto: ¿Cómo se produce la transferencia en este tipo de casos? Así dirá Mato (2008) que sólo en el campo de la transferencia es posible la articulación de intervenciones a nivel de lo real, de lo simbólico y de lo imaginario que posibiliten renovados reanudamientos en relación al cuerpo.

Lacan (1973) en el Seminario XI dice que la transferencia es un fenómeno ligado al deseo, uno de cuyos efectos es el amor, amor de transferencia que supone la dimensión del engaño y cuya estructura es diferente al de la pulsión. El amor surge cuando al saber se le supone un sujeto “amo al que le supongo el saber”, pero, para que esto se instituya algo del goce sintomático debe ser cedido al Otro. Además, ubica a la transferencia como aquello que permite apartar la demanda de la pulsión, la demanda se inscribe en una dialéctica significante, demanda de otra cosa que remite al Otro por la vía del amor. Pero el operador que efectiviza esa distancia es el deseo del analista, ubicado en la tensión entre transferencia y pulsión como aquello que desde el lugar del Otro “abre la puerta al análisis, siendo ese deseo el que es capaz de sostener el deseo de la falta en el Otro”

En relación a esto, considero que el psicoanalista debería actuar como soporte, que logre un reconocimiento del sujeto y en ese reconocimiento una alteridad. Que pueda delimitar al paciente en su singularidad, romper con esa fusión que entrama la relación madre-niño, por el camino de la desalienación. Que pueda aparecer algo del deseo que posibilite a ese sujeto a construir una nueva historia. Que pueda reconocer su cuerpo separado de la mirada asfixiante del Otro. El analista debería esforzarse en ver más allá de esa piel pegada a los huesos, intentando mirarla como “algo nuevo”, dejando que la paciente nos sorprenda. Esta actitud analítica no resulta fácil de mantener, porque según como escuché de un psicoanalista conocido “las enfermas nos entran por los ojos”. Por otra parte, esta patología exige al analista una especial consideración de la realidad externa, el peligro para la vida, la muerte. El resultado final de la terapia analítica sería permitir que toda la organización mental de la paciente, detenida en un estadio infantil del desarrollo, continúe su progresión hacia la condición normal del adulto.

Para Casanueva Royo (1995), el tratamiento se llevará a cabo: a) si la paciente lo acepta; b) si consideramos que puede beneficiarse de un tratamiento analítico (si es analizable); c) especificando que si fuera necesario instaurar tratamiento psicofarmacológico o internamiento será remitida al equipo terapéutico; d) en algunos casos, sobre todo en adolescentes, se incluirán entrevistas familiares.

Rodríguez (1991) destaca que el psicoanalista debe saber y sentir que él, en tanto que analista es un objeto real bueno para su paciente. Puede cuestionarse la calidad de su trabajo, pero no su función, en este sentido la realidad psíquica podría poco a poco ser modificada por la experiencia de contacto con la realidad exterior, el análisis, el analista. El mayor problema en el trabajo con la paciente anoréxica es que para ésta su anorexia es una solución, no un problema. Por lo que será un desafío.

La negativa a alimentarse que sostiene con fuerza la joven, dice más de lo que ella misma supone; por eso, es importante incitarla a hablar, garantizarle una escucha, permitirle que ponga en palabras lo que aparece dicho en el cuerpo.

En la anorexia aparece escrito en el cuerpo aquello que no puede decirse, ya sea porque es muy doloroso, peligroso o porque le es desconocido (Grosser y Villalobos, 1996)

Y ¿Qué sucede en relación a la contratransferencia? ¿Qué sienten los analistas cuando tratan a una paciente con este tipo de problemática? Freud habla del “deseo de curarla”. Pero podríamos decir que eso lo sentiríamos todos. Casanueva Royo (1995) cree que sentimos muchas cosas, a veces inconfesables como ira, decepción, rabia, desencanto, pesimismo, frustración y, además el deseo de curarlas.

Hay que “reconocer y superar la contratransferencia” que surge en el analista como resultado de la influencia del paciente sobre sus sentimientos inconscientes (Freud, 1910). Hay que evitar toda tendencia a la contratransferencia y no abandonar la neutralidad hacia

el paciente que hemos adquirido a través de mantener la contratransferencia controlada. Porque la contratransferencia surge como una perturbación del analista, de su atención flotante, y debe ser controlada como una de las fuerzas que en su propia mente buscan hacerlo descender del nivel analítico.

El analista, más que nunca, deberá no sólo serlo sino también parecerlo, haciendo un despliegue de su actitud analítica, neutral, trabajando “sin memoria ni deseo” como nos recomienda Bion (1969). Al final, es la tolerancia del analista al desorden y a la incertidumbre, las aproximaciones graduales, el acierto y el error, lo que permite a la paciente mostrarse tal y como realmente es.

Palabras finales

A lo largo de este ensayo, intenté hacer un recorrido sobre diferentes aspectos con respecto a la problemática de la anorexia. Fue un desafío en la medida en que nunca había abordado esta temática por lo que tuve que realizar un estudio exhaustivo, y más difícil aun ahondando sobre una fundamentación teórica compleja como es el Psicoanálisis.

Siguiendo con los objetivos planteados, considero que tuve la posibilidad de trabajarlos en profundidad y aprender mucho más de lo esperado, expresando mi postura en cada momento.

Partí de la idea de que podría llegar a establecerse un vínculo entre la anorexia en mujeres adolescentes y su origen en la infancia, o más precisamente en esta relación intensa que se genera entre la niña y la madre. Considero que encontré pruebas suficientes para sostener esto. Para ello, me serví de diversos autores, entre ellos a Freud retomando lo que postula en relación a una etapa pre edípica como determinante para pensar en la etiología de diversas sintomatologías como la histeria, y ¿por qué no? La anorexia. Uno da por sentado al leer la teoría psicoanalítica que lo que es realmente fundamental es el Complejo de Edipo, pero en esta etapa previa también se inscriben cuestiones determinantes, huellas que dejan una marca en la subjetividad de cada uno. Así podemos pensar en la madre y en la función que cumple desde el momento en que el niño llega al mundo. Y no sólo porque es la que le brinda el alimento a través del pecho, sino también porque es la que le da la marca de la articulación significativa. En este sentido, pienso en el lugar de omnipotencia que ocupa.

La etiología de la anorexia pensada de esta manera nos invita a pensar en esta relación y en todo lo que puede producirse allí. No siempre contamos con “una madre suficientemente buena” como decía Winnicott (1993), sino también con una madre estragante, devoradora que aliena a su hija en su deseo, impidiendo que salga de esa posición de objeto. En este sentido, me preguntaba ¿Cómo se podría establecer un límite a dicha situación siendo niño, cuando depende completamente de la madre, cuando es ella a partir de su mirada, de sus caricias, de la alimentación que encierra al niño en una dialéctica alienante?

Las marcas que deja en la niñez podrían salir a la luz en un tiempo posterior: la adolescencia. Así, observamos casos de mujeres adolescentes que enferman de anorexia y en sus discursos se retoma algo del Otro. Lo vemos en el caso ejemplificado de Inés quien intenta “sin quejarse” inscribir una falta en el Otro, busca de todas las maneras posibles que alguien responda al mensaje. Es por medio de la anorexia que Inés encuentra un recurso para que el Otro aparezca, para que ahora dependa de ella, que se inviertan los roles. Para que haya un deseo, aunque sea falso. Es a través de la comida, de “comer nada” como dice Lacan que algo de lo simbólico se entrama. Aunque no sea comida real, en el plano simbólico significa algo. Un llamado a ese Otro para que responda el mensaje.

Considero que por medio del Psicoanálisis se podrá encontrar una cura a esta problemática. La cura es una demanda que parte de la voz del sufriente, de alguien que

sufre de su cuerpo o de su pensamiento. Los pacientes por medio del cuerpo tramitan lo que no pueden poner en palabras. El psicoanalista deberá escucharlo, intentar que de alguna manera, por medio del discurso del paciente se pueda entrelazar algo nuevo. Y sobre todo en relación a esta etapa adolescente, es necesario que el psicoanalista no solo escuche, sino que también vea. Los adolescentes están sumergidos en un mar de identificaciones posibles, y muchas veces lo que muestran es con lo que se identifican. En ese sentido hay que ahondar en estas cuestiones para lograr que se vayan hilvanando diferentes significantes y otorgarles un sentido.

Por otro lado, me parece interesante pensar en que la anorexia no se trata de un síntoma analítico. Así como dice De Goldman, Bejla R (1996), el síntoma analítico se crea cuando el sujeto tiene el deseo de querer saber: ¿Qué me pasa?, ¿Por qué no como? Muy distinto a la certeza "Soy anoréxico". Es decir, que si dejan caer el "Yo soy" e instalan el "¿Qué me pasa?" podemos hablar de síntoma analítico y trabajar desde allí.

Por lo que el psicoanalista deberá saber que el trabajo con este tipo de patologías del cuerpo es muy complejo, y sobre todo cuando se trata de adolescentes que están en una etapa en la cual se terminan de consolidar muchos aspectos de la infancia. El concepto del cuerpo es fundamental para pensar en ¿Por qué una adolescente mujer al mirarse al espejo no se reconoce, o se ve como otra? Se ve gorda cuando está flaca. ¿Qué se entrama allí en esa imagen en que se refleja? Tal vez se trate de que lo que la adolescente ve es un cuerpo que aparenta estar completo, perfecto, unificado allí donde en realidad comienza a desaparecer. Es una imagen que convoca a la madre como aquella que le dio consistencia a ese cuerpo en la niñez pero que desde allí no pudo dejar que se instale la falta. No pudo marcar la falta, produciendo en efecto que esa niña quede apegada a la madre como objeto.

La tarea del analista es sostener ese lugar, el de la no comprensión, del sin-sentido, para posibilitar la emergencia ulterior de un sentido que ataña al sujeto. Esto implica no saturar el campo con significaciones propias o, en el mejor de los casos, apresuradas.

De esta manera, finalizaré este trabajo diciendo que la anorexia nos obliga a escuchar, a encontrar el sentido del síntoma, a interrogarnos y a buscar respuestas más allá de la alimentación, o su "querer comer nada". Es necesario descifrar el origen de esa angustia que se inscribe en el cuerpo. Que pueda aparecer algo del deseo que posibilite a ese sujeto a construir una nueva historia. Que pueda reconocer su cuerpo separado de la mirada asfixiante del Otro. En definitiva, es fundamental como psicoanalistas, ponerle un freno, un límite al Otro para que finalmente el sujeto pueda salir de ese lugar alienado y tener un deseo, su propio deseo.

Referencias bibliográficas

- Aberastury, A. (1971). *Adolescencia*. Buenos Aires: Kargieman
- Amigo, S. (2012). *Clínica de los fracasos del fantasma*. Buenos Aires: Letra Viva
- Bion, W. (1969). Notas sobre la memoria y el deseo. Argentina: Rev. de Psicoanal. de la Asoc. Psicoanal. Argentina
- Casanueva, M. (2008). *El psicoanálisis como tratamiento de los trastornos de alimentación*. Madrid: 28003
- Cibeira, A. (2008). *Consideraciones sobre la anorexia desde el Psicoanálisis*. Buenos Aires: JVE Psiqué
- De Goldman, B. (1996). *Anorexia y bulimia. Un nuevo padecer*. Buenos Aires: Lugar Editorial
- Dor, J. (2004). *El padre y su función en psicoanálisis*. Argentina: Nueva Visión
- Freud, S. (1885). *Proyecto de una psicología para neurólogos*. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1905). *Tres ensayos de una teoría sexual*. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1900). *La interpretación de los sueños*. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1910). Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1931). *Sobre la sexualidad femenina*. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1937). *Construcciones en el análisis*. Buenos Aires: Amorrortu
- Grosser Guillén, K (2010) "Anorexia: Un conflicto entre la niña y la adolescente. La adolescente y su espejo". *Actualidades Investigativas en Educación*. Nº 2 Visita 20 de octubre de 2017 en: <http://www.redalyc.org/html/447/44717910024/>
- Lacan, J. (1949). El estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En escritos I" México: Siglo XXI
- Lacan, J. (1970). *La ética del Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós
- Lacan, J. (1977). *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós
- Lacan, J. (2012). "Televisión". En *Otros escritos*. Buenos Aires: Paidós
- Mato, L. (2004). *Anorexia: Cuerpo, Transferencia y Lenguaje*. Buenos Aires: Viva libros.
- Migueluez, Luis.(2004). "Introducción al psicoanálisis. Clínica con adolescentes, un llamado al padre". Visita el 20 de octubre de 2017 de: <http://www.elsigma.com/site/detalle.asp?IdContenido=5170>

Recalcati, M. (2002). *Psicoanálisis y el hospital nº 24: ¿Patologías de época?* Buenos Aires: del Seminario

Recalcati, M. (2004). *La última cena: anorexia y bulimia*. Buenos Aires: del Cifrado

Rodríguez, J. (1991). *Mi experiencia acerca de la función y el trabajo del psicoanalista*. *Anuario Ibérico de Psicoanálisis*, 43-75.

Rodolfo, R. (1992). *Estudios clínicos: Del significante al pictograma a través de la práctica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.

Yankelevich, H. (2010). *Ensayos sobre autismo y psicosis*. Buenos Aires: Letra Viva

Vidal, J. (2010). Javier Aramburu y el borde en Consecuencias, Revista digital de Psicoanálisis, arte y pensamiento, Edición nº 4.

Winnicott, D. (1993). *“Los procesos de maduración y el ambiente facilitador”*. Argentina: Paidós