**Universidad de Buenos Aires**

**Facultad de Psicología.**

**Carrera: Licenciatura en Psicología**

**Tesis de Licenciatura en Psicología**

**Título de la Tesis**

**Desafío actual en la Clínica Adolescente: Anorexia y Bulimia**

**Tesista: González, María Lucila**

**L.U.: 37143348**

**Tutora de Tesis: Szapiro, Liliana**

**Legajo: 52196**

**Buenos Aires, Argentina**

**ÍNDICE**

Resumen…………………….………………………………………………..................2 Introducción……………………………………………………………………………....3

Marco Teórico……………………………………………………………………........... 4

Objetivos……………………………………………………………………....................5

Estado del arte……………………………………………………………………..……..6 Metodología.…………………………………………………………….……………….. 8 Desarrollo…………………………………………………...................………………...8

Neurosis……………………………………………………………………………….... 8

Pubertad y Adolescencia……………………………………………………………...10

Alineación y Separación……………………………………………………………...12

Estadio del Espejo…………………………………………………………………....13

Anorexia y Bulimia: Posiciones Subjetivas……………….………………………..15

Función Paterna………………………………………………………………….…...16

Estrago Materno……………………………………………………………………...18

Pasaje al acto y acting out……………………………………………………….…..19

Señalamientos de Massimo Recalti………………………………………...……...20

Anorexia-Bulimia como respuesta neurótica a la pubertad-adolescencia……..22

Desafío Clínico: Lugar del Analista………………………………………………...24

Conclusiones………………………………………………………………………….27

Referencias Bibliográficas……………………………………………….…………..28

**Resumen**

El trabajo se centrará dentro del área de la clínica. El tema seleccionado para la realización del mismo es el desafío clínico actual en sujetos adolescentes que padecen Bulimia y Anorexia. Dicho tema se relaciona estrechamente con el recorrido realizado tanto en la materia optativa “Anorexias, Bulimias y Obesidad” y la práctica “Clínica de púberes y adolescentes en el Hospital” como también con la carrera de Licenciatura en Psicología en su conjunto.

Se pretende brindar desde el psicoanálisis como marco teórico, una aproximación a la pubertad, adolescencia, anorexia y bulimia, como así también determinar el lugar del analista.Asimismo, se pretende dar cuenta de las operaciones de alineación y separación, la función paterna en conjunto con el estrago materno, las consecuencias que esto tiene en la (con) formación de la imagen corporal, y cómo dicha imagen es resignificada en la adolescencia. Por otro lado, se realizará un recorrido a través de los diferentes contenidos para lograr dar cuenta que ambas temáticas -Anorexia y Bulimia- son una respuesta ante lo Real de la pubertad.

Palabras Claves: Anorexia, Bulimia,Pubertad, Adolescencia.

**Abstract**

The work will be centered within the clinic area. The theme selected for the realization of the same is the current clinical challenge in adolescent subjects suffering from Bulimia and Anorexia. This topic is closely related to the course taken in the optional subject "Anorexia, Bulimia and Obesity" and the practice "Clinic of adolescents and adolescents in the Hospital" as well as the degree course in Psychology as a whole.

It is intended to provide from psychoanalysis as a theoretical framework, an approach to puberty, adolescence and anorexia and bulimia, as well as determine the place of the analyst. Likewise, it is intended to account for the operations of alignment and separation, the paternal function in conjunction with the maternal destruction, the consequences that this has on the (con) formation of body image, and how this image is resignified in adolescence. On the other hand, there will be a journey through the different contents to realize that both themes -Anorexia and Bulimia- are a response to the Real of puberty.

Key words: Anorexia, Bulimia, Puberty, Adolescence.

**Introducción**

La presente tesis se inscribe en el marco de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de Buenos Aires. El siguiente trabajo se propone un análisis de las problemáticas actuales anorexia y bulimia como respuesta a la pubertad y la adolescencia en estructuras neuróticas y la incidencia de la clínica psicoanalítica sobre las mismas. Es de importancia remarcar que estos fenómenos no se expondrán como conceptos disociados, sino que se intentará correlacionarlos.

A partir de la participación en la Práctica Profesional “Clínica con Púberes y Adolescentes en el Hospital”, y la materia optativa “Anorexia, Bulimia Y Obesidad” generó mi interés por ahondar en estas problemáticas.

Por lo tanto, este trabajo girará en torno a los siguientes interrogantes. ¿Podemos pensar la anorexia y la bulimia como respuesta frente a los procesos de pubertad y adolescencia?. Si ambas temáticas son un desafío en la clínica adolescente ¿Que intervenciones puede realizar el analista? ¿Que se pone en juego en dichas problemáticas?

La elección de dichas temáticas se fundamenta en la escasa formación obligatoria que se da a los estudiantes de la mencionada carrera universitaria acerca de los trastornos de la conducta alimentaria y especialmente en las etapas vitales tan fundamentales como lo son la pubertad y la adolescencia.

Por otro lado, muchas veces son asociados los trastornos alimentarios con la psicosis o pacientes de borde. De este modo, uno de los objetivos del presente trabajo es visibilizar la presencia de los trastornos dentro del campo de la neurosis.

**Marco Teórico**

En el presente apartado se desarrollarán los conceptos teóricos más importantes comprometidos en el desarrollo del trabajo.

Se tomará la **neurosis** como la estructura clínica signada por la inscripción del significante primordial del Nombre del Padre. A través de la operatoria de la metáfora paterna, se inaugura una cadena significante donde el movimiento metonímico entre significantes produce el surgimiento del sujeto barrado. Por tanto la neurosis es la estructura clínica signada por la falta estructural, es decir la castración.

A su vez, se consideran a la **pubertad y la adolescencia** como etapas vitales y necesarias para lo constitución subjetiva, etapas de cambios, de duelo y de re-visita al estadio del espejo. En ellas, el sujeto debe cambiar todo a la vez, es un pasaje del fin de la infancia hacia las puertas de la madurez (Nasio, 2003).

Se tomará a la pubertad como ese momento en que un sujeto es convocado a tomar la palabra, en donde el sujeto debe poner en juego el significante primordial del Nombre del Padre. La adolescencia será pensada como una etapa iniciada por la pubertad, y una respuesta a ella, en donde el sujeto toma una posición subjetiva, hacerse responsable de su palabra y de su deseo. Así el adolescente puede estar posicionado como sujeto, desde la separación o como objeto de deseo del Otro, por el lado de la alienación (Szapiro, 1996)

La **anorexia y la bulimia** serán trabajadas como dos modos de respuesta a la castración. Desde la mirada psicoanalítica, la anorexia y la bulimia no son meramente un conjunto de síntomas cognitivos y conductuales, sino que tienen una significación más compleja que intervienen diversos procesos psíquicos inconscientes.

Asimismo Recalcati explica que no es posible comprender a la anorexia como trastorno alimenticio, ya que de ser así, el problema solamente sería establecer una alimentación normal.

“Lo que faltó en la anorexia-bulimia es el amor como disposición del Otro a ofrecer la propia falta. El Otro de la anorexica-bulimica ha sido un Otro pleno, no marcado por la falta. Un Otro que ha respondido a las demandas del sujeto pero que no ha dado al sujeto el signo de su falta. Un Otro, sólo Madre. Un Otro-Madre que ha dado lo que tenía: comida, cosas, cuidados, pero no ha ofrecido su falta y por lo tanto no ha creado aquel lugar tan particular para el sujeto, que es el de valer algo para el Otro, de contar para el Otro, de hacer falta al Otro” (Recalcati, 2007).

Es necesario tener en cuenta los puntos de articulación entre la subjetividad de la época y la estructura del sujeto, entendiendo que el sujeto padece de la época y cada época produce un padecimiento singular. Esto fue llamado por Freud, malestar en la cultura, como algo que resiste a quedar bajo el velo del sentido propio que impera en cada época.

Se desarrollará el **lugar del analista** en la clínica con adolescentes neuróticos que padecen de bulimia y anorexia. En la clínica, es el propio analista, quien maneja el encuentro con quien consulta en urgencia escuchando lo más singular del sujeto, caso a caso, más allá de lo que se hace en un protocolo de estándar. El analista deberá alojar el padecimiento a través de la escucha, con su presencia, tratando de interrogar el sentido que trae el paciente, tomando los significantes que son singulares al sujeto que tiene en frente y hacerlos desplegar en su historia. También con su presencia sostendrá el lazo que une al sujeto con la vida.

Tomando los aportes de Graciela Sobral, sabemos que “Se trata de escuchar y cuestionar, no de luchar en contra, porque eso lleva a un callejón sin salida. Tanto el no comer como el atracón o el vómito pierden fuerza a medida que el sujeto puede elaborar los conflictos que sostienen el síntoma”. (Sobral, 2011) .

**Objetivos**

**Objetivo general**

* Articular la cuestión de la anorexia y la bulimia como modos de respuesta frente a la pubertad y adolescencia.
* Evidenciar conceptos esenciales en ambas posiciones subjetivas para el trabajo clínico.

**Objetivos Específicos**

* Describir la neurosis como la estructura clínica marcada por la castración.
* Definir los conceptos de pubertad y adolescencia desde los aportes de autores inscriptos en el campo psicoanalítico.
* Caracterizar alienación y separación desde Jacques Lacan, como operaciones de causación del sujeto.
* Articular la anorexia y la bulimia como efectos de la subjetividad de la época actual.
* Ubicar la importancia de la función paterna y el concepto de estrago materno en los casos de adolescentes con anorexia y bulimia.

.

* Trabajar la importancia el concepto del estadio del espejo como formador de la función del yo, desde la teoría lacaniana.
* Adquirir los conceptos psicoanalíticos “actuar”, al decir de Freud, y pasaje al acto y acting out, desde la propuesta de Lacan.
* Identificar el lugar del analista y posibles intervenciones en la clínica, frente a estas temáticas.

**Estado de Arte**

Los trastornos de la alimentación son mayormente asociados a las mujeres. Según información del Instituto Nacional de la Salud Mental (2016) y la Asociación Americana de la Psicología las personas que más sufren de estos trastornos son mujeres adolescentes y jóvenes en un 90% de los casos estudiados.

Según investigaciones, estos trastornos se dan cada vez en edades más tempranas de esta población. La imagen corporal está íntimamente relacionada con la anorexia y la bulimia, en donde se da una distorsión de la imagen del propio cuerpo y una extrema insatisfacción por el mismo ( Maganto y Cruz,2000).

Hay una predominancia en el culto al cuerpo y la delgadez en la cultura occidental, con una marcada presión sobre la mujer de estos valores. Hay una correlación entre dichos trastornos y las sociedades industrializadas de Occidente, coincidentes con el discurso capitalista ( Maganto y Cruz,2000).

Desde la ciencia no se ha identificado la etiología específica de los trastornos de la conducta alimentaria, pero se ha observado la presencia de factores genéticos, biológicos y/o endocrinológicos, socioculturales familiares y psicológicos asociados a los mismos (Maganto Mateo, 2011).

Dentro de los factores socioculturales, se observa la capitalización del moldeamiento corporal, la publicidad de cuerpos delgados y esbeltos para las mujeres y musculosos para los hombres como figuras de belleza. En los adolescentes, se observa que los problemas con su imagen corporal tienen relación con los medios masivos de comunicación en donde hay un intercambio de información global acelerado y con la alta valoración cultural que se le da a la imagen ( Maganto Mateo, 2011).

Dentro de los factores familiares se ha encontrado diferentes patrones de la educación que se le da a las niñas y a los niños según estereotipos de género , en relación a los trastornos de la alimentación. La ruptura de la estructura familiar tradicional, las modificaciones que han ido sufriendo los hábitos alimentarios, la falta de control parental sobre las conductas alimentarias de los hijos y la preocupación excesiva de estos por los antecedentes familiares relacionados a estos trastornos (Maganto Mateo, 2011).

Por parte en los factores psicológicos, cabe mencionar la comorbilidad de los trastornos alimentarios con los trastornos depresivos y los de ansiedad. En ambos, lo que se pone en juego primariamente es la insatisfacción por la propia imagen corporal y el Índice de la Masa Corporal (IMC). En el caso de la depresión, se ha observado que a mayor IMC, hay una mayor insatisfacción corporal y una depresión más grave. Mientras que en la ansiedad se observa que las que sufren más este tipo de trastorno asociado al de la conducta alimentaria son mujeres con bajo peso, con un IMC menor a 18 (Maganto Mateo,2011).

Los trastornos alimenticios conllevan numerosas complicaciones médicas metabólicas, de médula ósea, cardiovasculares, pulmonares, gastrointestinales, renales, neurológicas o de la función cognitiva, músculo- esqueléticas, endocrinas y otras secundarias. Todo esto lleva a la preocupación por parte de los profesionales de la salud, ya que muchas veces esta puesta en riego la vida de la persona que los sufre (López y Treasure,2011).

En este sentido, cuando se trata de un adolescente se debe ser más cauto con la observación del grado de severidad del caso, ya que es un sujeto en plena conformación física y subjetiva. Los criterios de hospitalización ( con solo uno se justificaría la intervención) para adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria son: desnutrición severa, deshidratación, alteraciones electrolíticas, arritmias cardiacas, inestabilidad fisiológica, detención en el crecimiento y desarrollo, fracaso del tratamiento ambulatorio, rechazo agudo a la alimentaciones atracones y purgas incontrolables, complicación médicas que interfiere con el tratamiento del trastorno alimentario. Esto marca la intensa necesidad para los psicólogos y cualquier profesional que se encuentre ante un caso de este tipo de patologías de trabajar interdisciplinariamente (López y Treasure, 2011). Es necesario hacer constantemente interconsultas entre psicologos, medicos, nutricionistas para poder lograr un tratamiento efectivo y no olvidar el riego de vida que conlleva este tipo de trastornos.

**Metodología**

La presente tesis tendrá un diseño cualitativo donde se utilizara la metodología hermenéutica para analizar los complejos procesos psíquicos de la temática a trabajar (Normas APA). Se realizará una exploración bibliográfica de distintos autores que se han conceptualizado los temas ya presentados en orden de responder a la pregunta centro de este trabajo y cumplir con los objetivos propuestos.

**Desarrollo**

**El campo de la neurosis**

***El concepto de neurosis en Freud***

Freud (1894 & 1896) introduce el término de neurosis, originalmente denominándose neuropsicosis de defensa, para hablar de un conjunto de afecciones de etiología psíquica en donde los síntomas son la expresión desplazada y condensada de un conflicto psíquico entre dos instancias: el deseo y la defensa. El concepto de neurosis sufrió varias modificaciones a lo largo de la obra de Freud, sin embargo, lo que siempre se mantuvo como central fue el concepto del conflicto psíquico. Más tarde, plantea que los síntomas neuróticos son una movilización de la defensa contra la angustia de castración y que, a través de la transacción pulsional entre el conflicto y el síntoma, el sujeto obtiene una satisfacción secundaria, el beneficio secundario del síntoma (Freud, 1926).

***Anorexias y Bulimias en la Clínica***

**La anorexia y la bulimia han estado presente en todas las épocas socio-temporales del desarrollo de la sociedad humana. Desde cada época, en función de la cultura y los conocimientos médicos, se ha abordado el concepto de un modo diferente**.

**Debe recordarse que las comorbilidades psiquiátricas, incluidas las distimias, trastornos de la ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de la personalidad y adicciones, son extremadamente frecuentes en las pacientes con trastornos alimentarios. (Lenoir, M. Silber, T. 2006). Por otro lado, los discursos hegemónicos consideran a las anorexias como enfermedades del apetito y que lo central de estas patologías se reduce a un simple negativa a comer con el objetivo de adelgazar excesivamente. O por ejemplo, la medicina intenta agrupar a las anoréxicas en una entidad clínica única, cuando en realidad, siguiendo a Tendlarz (2007), la casuística de estas patologías es extremadamente diversa y precisamente a ello se debe el poco éxito que la medicina tiene en este campo.**

**Los TCA han sido objeto de estudio de diferentes marcos teóricos, tanto médico-psiquiátricos como psicológicos. A lo largo del siglo XX, cada disciplina y corriente, conformando una noción de sujeto-paciente en particular, elaboró las diversas estrategias dirigidas a enfrentar la patología, cesar sus síntomas y devolverle al individuo la autonomía perdida.**

**Me propongo con este trabajo profundizar desde una orientación psicoanalítica.**

En su elaboración acerca de las neurosis actuales, Freud introduce un fracaso de la elaboración psíquica de la excitación sexual somática. Es decir, que existe algo de lo real del goce que no admite su función al significante.

En la clínica de las neurosis, lo real del goce recibe un tratamiento preliminar por la operación de la metáfora paterna: el resultado es una castración del goce que inauguró simbólicamente el lugar del sujeto. Si la anoréxica no come, aun cuando está en situación de riesgo, negarse al objeto alimentario implica una demanda invertida. Detrás del “no” obstinado de una anorexia neurótica puede esconderse un “si”. Quiere que el otro la escuche.

En la psicosis, hay una aniquilación de la vida y no una defensa del deseo para despertar al otro del amor. No hay represión, por lo que no se produce la realización simbólica del sujeto inconsciente. Lo que sí hay es un retorno de lo real de aquello que no pudo ser simbolizado. En la versión psicótica de la bulimia, lo que se pone en juego es “comer todo”, no hay límite, el sujeto no puede decir que no. Un exceso de goce que no puede ser acotado y que se expresa como la forma más pura de la pulsión oral.

En palabras de Freud, podríamos sostener que en la anorexia y la bulimia psicótica hay un triunfo de la pulsión de muerte, sobre la pulsión de vida. El sujeto se aniquila en lugar de comprometer a su ser para devenir en objeto de la falta de otro. El rechazo del objeto alimentario entra en una ruptura de lazo social con los otros.

Recalti Massimo va a sostener una clínica de la falta y una clínica del vacío. Entendiendo la clínica de la falta, como una clínica del deseo inconsciente, de la represión y del retorno de lo reprimido, es decir, de la división del sujeto como efecto de la incidencia del deseo, en tanto manifestación pura de la falta. Se puede encontrar en un marco de clínica clásica de la neurosis. Es la “falta del ser” que nos indica Lacan, que habita en el sujeto. La falta es un vacío nombrado, que se ha dotado de significantes y de símbolos.

En cambio, la clínica del vacío es planteada como una desconexión entre el sujeto y el Otro, de distintas formas de asumir el rechazo del Otro en el registro simbólico. El vacío se presenta disociado del deseo. El síntoma es la experiencia de un vacío que aparece disociado de la falta.

**Pubertad y Adolescencia**

*“Nuestra Infancia pasada siempre está conversada en sus más íntimos detalles. Todo lo que hemos sentido, percibido, querido, desde nuestro primer despertar, vive hoy en nosotros y nos hace actuar” J-D Nasio*

La adolescencia es un pasaje delicado, creativo y atormentado que se extiende desde el fin de la infancia hacia la madurez. Desde un punto biológico, la adolescencia corresponde a la pubertad, momento en el que el cuerpo de un niño es atravesado por lo hormonal. La pubertad es un un periodo donde se desarrolla los órganos genitales. Desde lo sociológico es un periodo de transición entre la dependencia infantil y la emancipación de un joven adulto.

Desde el punto de vista psicoanalítico, el joven es un ser donde pasa constantemente contrastes y contradicciones. Es un momento para dar cuenta cuánto necesitamos del otro para ser nosotros mismos.

Juan David Nasio (2011) define a la adolescencia como el proceso de pasaje tumultuoso que se configura como una histeria saludable y un duelo. Este autor afirma además que el Edipo se expresa como una neurosis razón por la cual todo sujeto atraviesa dos neurosis saludables: la infantil y la adolescente.

El adolescente debe perder su cuerpo de niño y conquistar la vida adulta, encontrando nuevas referencias para afirmar su identidad. Nasio (2003) marca la adolescencia como un duelo que el sujeto debe hacer respecto a su cuerpo y mente infantil, como una neurosis de crecimiento, de pasaje obligado a modo de repetición del complejo de Edipo. Es el duelo de la infancia un proceso lento que el adolescente atraviesa para llegar a la madurez, recordando el pasado en acto una y otra vez.

Para Freud (1915/1917) el duelo será un proceso doloroso de revisión pieza por pieza que recaerá sobre cada uno de los objetos y vivencias decisivas del pasado a través de recuerdos que se irán engarzando para facilitar la configuración de una historia. Szapiro (1996) propone estudiar la pubertad considerando que lo principal en estos tiempos es el enfrentamiento con la posibilidad efectiva del acto sexual y con este, el hecho de ser padre. Este camino nuevo que comienza, es definido por Lacan (1967) como un suceso que marcará en el púber un antes y un después en tanto el acto sexual es un acto sin retorno para el sujeto. En este recorrido el sujeto deberá asumir su propio deseo para lo cual deberá reconocerse como otro distinto de sus padres. Szapiro explica que aquel nuevo fin sexual del cual hablaba Freud a comienzos del siglo XX no es otro más que la posibilidad efectiva de realizar el acto sexual. Lacan (1956/7) afirma que es en la pubertad en donde el sujeto debe poner a prueba sus emblemas ante la posibilidad efectiva de ser padre, emblemas que han sido donados (o no) por aquel que encarna la función paterna en el tercer tiempo del Edipo posibilitando que el sujeto pueda asumir su propio deseo. Como se mencionó previamente, en términos freudianos esto implicaría tomar los rasgos valorados de los padres en tanto objetos perdidos y sepultados. Según la Doctora, la posibilidad del acto sexual confronta al sujeto con la castración del Otro, en tanto no hay relación sexual (como señala la enseñanza de Lacan [1974]).

Cuando el púber es convocado a tomar la palabra, culmina en lo que en nuestra sociedad llamamos adolescencia, como señala Szapiro (1996). Sin embargo, la palabra no siempre podrá ser tomada, dependerá de la posición del sujeto. Llamamos pubertad, entonces, a este momento traumático, al enfrentamiento con ese real, al momento de elaboración de los caracteres secundarios, y, adolescencia, al largo camino desde ese momento en que sucede el trauma hasta que es reconocido social y jurídicamente como responsable de su palabra. Es la pubertad el momento en que un sujeto comienza a tomar la palabra.

Szapiro (1996) sostiene: “el individuo debe liberarse de la autoridad de sus padres y quizás sea esta una de las cuestiones más dolorosas de la pubertad. La caída del Otro, el enfrentamiento con su falta y sobre esta falta asumir la propia, y desde aquí, tomar la palabra.” (p.43). Para poder enfrentarse con la caída del Otro, y rebelarse, actitud necesaria en los adolescentes, el sujeto deberá diferenciarse en parte de este, a partir de nuevas identificaciones que le permitan rearmar su nuevo cuerpo, su personalidad y sus propios modos de vincularse con los otros. El adolescente se encuentra en un momento en el cual intenta armar sus ideas, sus opiniones y de alguna manera poder ser un sujeto autónomo fuera del círculo parental, poder diferenciarse tomando cierta autoridad. Por esto también la adolescencia es un tiempo que afecta a los padres, quienes deberán permitir que sus hijos se separen un poco de la figura para producirse a ellos mismos como sujetos autónomos.

La adolescencia transcurre en lúdica adquisición de nuevas identificaciones y cancelaciones de otras caducas, obsoletas. Cuando este juego queda obstaculizado o detenido, vemos el alto precio pagado por el niño/adolescente por su alienación en el otro (Grassi y Córdoba, 2010).

**Alineación y Separación**

***Operaciones de causación del sujeto***

En la clínica con sujetos que atraviesan la adolescencia y la pubertad podemos pensar los conceptos formulados por Jaques Lacan (1964) de alienación y separación son de gran importancia.

Se trata de dos momentos lógicos de la operatoria de castración: Un primer momento en el cual el sujeto, queda alienado a la palabra del Otro. Implica quedar tomado por la palabra del Otro, por el deseo del Otro. En relación a lo dicho, podemos relacionarlo con el los desarrollos de Estadio del espejo de Lacan (1949) donde el sujeto queda tomado en un inicio, por la imagen del cuerpo, imagen que se mira con la mirada del Otro. No hay posibilidad para su ser, que el lugar que ocupa en el deseo del Otro.

La segunda operación es de separación, podemos pensar el advenimiento del sujeto, de un sujeto de su deseo. Separación del sentido que aparece en el campo del Otro, que le otorga consistencia a su ser pero fijándolo al sentido que le viene del Otro y a un goce que lo apresa. Está articulada a la posibilidad de que caiga el sentido que el Otro le ha dado al sujeto para su ser. La separación se observa cuando un sujeto pueda realizar actos en consonancia con su propio deseo.

A partir del interjuego entre ambas operaciones mediante una relación circular el sujeto ingresa al mundo simbólico, quedando de este modo, articulado a la cadena significante la cual se funda en una falta. De este modo, las operaciones de alienación y separación articuladas entre sí producirán un sujeto, sin embargo, los avatares en este proceso determinarán diferentes destinos para éste, es decir, distintos posicionamientos.

Considerando el lugar fundamental que se le da a la palabra en la pubertad y la adolescencia, como la caída del sentido que emerge en el campo del Otro y el enfrentamiento con su falta, entendemos que el fracaso en la operación de separación, o, la alienación a la palabra del Otro sostenida en el tiempo podría traer aparejada una serie de dificultades en el proceso de subjetivación de un adolescente y por ende, al quedar tomado por la palabra del Otro, se generen impedimentos en la realización de su deseo.

Lacan() tomó como eje central sobre la anorexia, “La primera nada”. Es la esencia de la anoréxica como maniobra de separación, es un modo de cerrarle paso al Otro. A través de la función de la nada como objeto separador, el sujeto anoréxico arroja al Otro a una impotencia angustiada, puede entregar al Otro a la castración. El no! anoréxico, el comer nada de la anorexia, funciona como defensa subjetiva del deseo. Opera como pseudo-separación ¿Que quiero decir con esto? Que en la anorexia, la separación del Otro se configura como un modo para negar la dependencia estructural, simbólica, del sujeto respecto al Otro. Tiene a desligarse de la alienación significante. El rechazo anoréxico es el acto que hace que surja la nada como objeto separador.

**Imagen del Cuerpo**

Juan David Nasio (2008) sostiene que la Imagen del Cuerpo es la sustancia misma del yo. Esta caracterización de la imagen del cuerpo daría cuenta de la unificación en un mismo concepto de la imagen del cuerpo imaginario y la imagen del cuerpo real, que sería la imagen mental de las sensaciones físicas. Nos remite al concepto la imagen especular de Jacques Lacan junto con el de imagen inconsciente del cuerpo de Françoise Dolto.

**Estadio del Espejo**

Desde el psicoanálisis, tomando la obra de Freud (1914) a la altura de “Introducción del Narcisismo” podemos encontrarnos con la idea de que el cuerpo no es primario sino que adviene luego de una operación de investimento libidinal, un “nuevo acto psíquico”. La libido en esta operación va a ser depositada en un objeto que no había hasta el momento: el cuerpo y el yo. Este acto psíquico lo denomina Narcisismo, un supuesto necesario a la hora de pensar aquella fase del desarrollo libidinal en el que se constituye la imagen en una ilusión de síntesis. La teoría del Narcisismo, Lacan la formaliza a través del “Estadio del Espejo”.

Uno de los primeros aportes de Jacques Lacan (1938) al psicoanálisis fue su conceptualización del Estadio del espejo. Este estadio se da generalmente en el ser humano entre los 6 meses y los 18 meses de vida. Se caracteriza por ser visible en el infante reconocimiento del propio cuerpo frente a la imagen que le devuelve un espejo. El psicoanalista francés lo nombró como una identificación en sentido estricto. Según él, el niño nace desvalido, su cuerpo está conformado por zonas donde habitan pulsiones parciales, y un sostén simbólico viene a darle en este estadio, a través de la imagen, una unificación corporal señalándole lo que le es propio al sujeto. El yo se conforma por medio de este proceso en el cual Otro le muestra una forma de su cuerpo que lo unifica en su yo. Por esto dice Lacan que el yo se constituye como un otro en el plano imaginario, sostenido en lo simbólico. La función que tiene este estadio en el ser humano es poder hacer que el organismo configure una relación con la realidad, función correspondiente a la imagen que en nuestra especie es alterada por el desvalimiento en el que se encuentra la cría humana en sus primeros meses de vida. Lo central de la teoría del espejo, es que algo de lo fragmentado en lo real se recompone a nivel de la imagen, a nivel del Ideal. La identidad del niño se organiza en su forma inaugurada, precisa Lacan, a través del espejo. La acción del Imago, le ofrece al cuerpo fragmentado, una solución posible: reparar la discordancia real con una unificación y un dominio imaginario. La anorexica-bulimica se cuida de la propia castración a través del cuidado de la Imago. La misma es para la anorexica-bulimica el cuidado de la división del sujeto, en decir, la anti castración.

Un comer nada, dirá Lacan, es un acto, una acción que indica un intento desesperado de sustraerse del campo del otro. El objeto en la anorexia es la nada, lo que se pone en juego es toda la estructura del deseo al servicio de sostenerlo con su cuerpo. Lacan asocia el estado del espejo con la omnipotencia de la madre, que surge cuando la madre pasa del registro inicial simbólico de la frustración de goce, al registro real de la frustración de amor, por detentar el poder de otorgar o no, el objeto. En este punto el niño intenta doblegar el “dominio” de la madre.

Massimo Recalcati (2004) refiriéndose al estadio del espejo de Jacques Lacan, sostiene que la imagen del cuerpo es un factor constituyente; la imagen especular retorna en lo real, mediante la alucinación en la psicosis o como trastorno perceptivo que indicaría alteraciones imaginarias. Fórmula que en la anorexia puede localizarse un desastre en la “escena primaria” del sujeto frente al espejo, donde en lugar de encontrar la mirada benévola del Otro, el Ideal del yo, donde el sujeto puede verse como amable, encuentra “una mueca de escarnio o de desprecio”. Esta mueca invalidará la especularización narcisista del sujeto, dejándola en un estado de suspensión. En síntesis, sostiene que una falla que se puede situar a nivel de la relación simbólica (mueca del Otro) incidirá en el registro imaginario, produciendo una imagen del cuerpo distorsionada.

**Anorexia y Bulimia: Posiciones subjetivas**

*“La elección de la anorexia es la elección de la nada, es la elección de comer nada” Lacan, Jacques*

En la adolescencia se juega algo de esencial del destino del sujeto en su relación con lo real del goce. Este goce emerge en las transformaciones puberales del cuerpo e impone al sujeto renovar sus propias identificaciones. En la pubertad y en la adolescencia hay dos tiempos lógicos de constitución del sujeto. En ambos está la relación del sujeto con el Otro. Entendido con el Otro de los significantes.

En la teoría psicoanalítica, de los aportes contemporáneos más relevantes que podemos encontrar está la conceptualización de Massimo Recalcati (1997) sobre la anorexia-bulimia. Para él, estas dos patologías son dos caras de una misma moneda, por lo tanto, la complejidad y los conflictos que les sucedan están ligados.

Por un lado, el Otro da lo que no tiene, el que responde a la estructura del amor, es el mismo el capaz de poner en juego su falta en relación con el sujeto a advenir. No solamente el que responde a la estructura de amor, también al que responde desde el tener. Es, en lectura de Lacan, el Otro el que reduce al infans a un ser de necesidad, imposible de privarse en la respuesta al llamado del niño???. **Amar significa “donar” al Otro nuestra falta: dar al Otro lo que no se tiene. En la anorexia-bulimia ha faltado el Amor como la disposición del Otro a ofrecer la propia falta. El amor es una demanda de signos, signos de la falta. El otro debe mostrar al sujeto cuánto vale para él, cuanto le hace falta**.

Szapiro (2000) propone pensar que el rechazar a comer es un signo fenoménico que se puede presentar en cualquier estructura psíquica. La anorexia es tratada como una posición en relación al deseo del Otro, articulada al rechazo de la demanda del Otro. **Lacan (1956) en su Seminario IV plantea que el sujeto anoréxico rechaza todo lo que viene del Otro en el registro del tener, para alcanzar eso que el Otro no tiene; se rechaza lo que no es dado con amor; pero al mismo tiempo este rechazo es una maniobra para no completar al Otro, produciéndole una falta, con el fin de obtener su amor, de ir más allá de la demanda.**

La posición frente al deseo en la anorexia podemos articularla con la operación separación, como fallida. Se deja muchas veces al sujeto en la anorexia preso del fantasma del Otro materno. Posicionado desde ese lugar de objeto de Fantasma, puede generar a partir de su demostración la angustia en el otro. El sujeto se va a responder a la pregunta por el deseo del Otro. ( Szapiro, 2000)

La posición subjetiva en la anorexia es ligada a la falta en el Otro, deseo del objeto perdido, mientras que en la bulimia la posición es demandante en relación al Otro donde se subraya la consistencia imaginaria del objeto. En ambas se denuncia la falla de la función paterna que se encuentra a cumplir con el mandato superyoico de ofrecer a la mirada del Otro la imagen de un cuerpo delgado.

***Función Paterna “Un lugar que cede”***

Para hablar de “padre” es importante remitirse a la obra de Freud (1913) a la altura de “Tótem y Tabú”, cuando habla del “padre de la horda”. Valiéndose de las teorías Darwinianas respecto de las hordas primitivas, va a tomar esta noción para hablar del “mito” de la horda, mito en el cual puede ubicarse un padre gozador, a quien los hijos matan y se lo comen como modo de incorporación. Sin embargo, luego de este banquete, el padre pasa a cobrar más valor en tanto padre muerto: es éste quien soportando la ley, genera una obediencia retroactiva respecto de la prohibición del incesto, lo cual habilita a los hijos a la salida exogámica. Lacan por su parte, toma la noción de Padre y de Ley que Freud aborda en “Tótem y Tabú”, para elevarla a la categoría de significante: va a hablar entonces de significante Nombre del Padre.

Teorizando acerca de la función paterna, Lacan (1958) ubica un primer tiempo donde el deseo de la madre es caprichoso y actúa bajo una ley desregulada y el niño busca satisfacerlo. To be or not to be el falo de la madre. El nombre del padre en tanto metáfora reemplaza el deseo de la madre encriptado por el falo. El niño, buscando el deseo del Otro, toma imaginariamente el lugar del falo y la madre toma al niño como falo, aquello que la completa. Aquí ubicamos la identificación al falo materno y la alienación. En un segundo tiempo el nombre de padre se encuentra en la palabra de la madre regulando su deseo y aparece el falo como algo que se puede tener o no. En un tercer tiempo el padre aparece como aquel que acota el deseo materno sin legalidad y a su vez es atravesado por la ley, es el padre en tanto portador del falo. En consecuencia, para que el ser humano pueda advenir como sujeto de deseo, tiene que poder hacer uso del nombre del padre que anuda la estructura. En este sentido es el padre quien anuda el deseo a la ley y, al metaforizar el deseo del Otro, funda la cadena significante, posibilitando que el sujeto aparezca en el intervalo. Se desprende de lo anterior que la falla en la función paterna, tendría como efecto problemas en la estructuración, en el anudamiento del sujeto produciendo pobreza en el registro simbólico y predominio de lo imaginario.

Szapiro (2003) propone pensar en una declinación en la actualidad de la función paterna. Si quienes deberían transmitirla no se encuentran a la altura, podemos descubrir en el discurso de los sujetos versiones del padre como ausente, terrible o impune. Ausentes en su función protectora y de cuidado respecto de sus hijos, fuera de cualquier registro de amor para con ellos,irresponsables en cuanto a su rol, e impunes, en tanto digitan sus vidas a su gusto sin escuchar a sus hijos. Como ya mencionamos, la posibilidad de que un sujeto pueda advenir como deseante, se encuentra íntimamente ligada con la función paterna. Y, dado que para llevar adelante la operación de separación la función paterna es fundamental, encontramos que en aquellos casos donde la función paterna sea fallida, la operación de separación también lo será provocando que en el momento en que el sujeto sea llamado a tomar la palabra, no pueda lograrlo, quedando alineado al sentido que proviene del Otro. La grave falla de la función paterna que determina esta alienación al sentido que venimos desarrollando, está articulada a la dificultad de constituirse como sujetos deseantes. Esto determina que los adolescentes no puedan tomar la palabra y que en lugar de hablar recurren a los actings y pasajes al acto para tramitar su angustia.

En sujetos que sufrieron alguna decepción edípica, una frustración paterna de la demanda de amor, a partir de la cual el sujeto puede hacer de su cuerpo un instrumento de chantaje para con el Otro del amor???. **El valor idealizante de la identificación anoréxica nos indica un defecto en la articulación de la metáfora paterna. Se inscribió débilmente. Debilidad en su función ordenadora respecto del deseo de la madre. El sujeto anorexico se encuentra en la boca del cocodrilo, sosteniendo por sí mismo la suplencia de la barra, que correspondería al Nombre del Padre.???? La anoréxica transforma la imagen del propio cuerpo convirtiéndolo en la barra que encarna la función paterna????.** En la anorexia y en la bulimia podemos ver que utilizan su cuerpo para empujar al Otro a dar no lo que tiene, sino lo que no tiene, a hacer signo de su falta, a donar un signo de amor. Cuando el padre en tanto Nombre designa, nombra a un hijo, lo aleja de la “La” madre función de corte que da ingreso al orden simbólico. Hace corte al goce primordial y desde allí la madre quedará afectada por la barra que separa su cuerpo del cuerpo del hijo. Cuando falla esta inscripción en los registros de lo real, simbólico y lo imaginario falla la estructuración subjetiva. Esta posición se relanza a lo peor del encuentro con “La” madre.

***Estrago materno***

Lacan (1969/1970) utiliza el término estrago con dos connotaciones: es algo que puede producirse en la relación madre-hija o es lo que puede jugarse en la relación de la mujer con el hombre. Nos recuerda que el estrago es una manifestación del goce del Otro. El estrago es otra cosa que una formación del inconsciente, es la manifestación clínica del extravío con relación a la ausencia del significante de la feminidad.

El propio concepto de estrago puede pensarse como un inevitable del vínculo madre-hija. Jaques Lacan plantea que, la relación con la madre resulta siempre estragante porque hay algo de lo femenino que no se puede transmitir y, por lo tanto, permanece como un enigma, un “sin respuesta” que constituye un obstáculo. El estrago puede manifestarse en términos de rivalidad y competencia o en términos de una demanda exigente que no encuentra satisfacción alguna. Para comprender el deseo de la Madre y explicar el concepto del estrago, Lacan ofrece una imagen: la boca abierta de un cocodrilo en cuyo interior se encuentra el niño. La boca puede cerrarse si no interviene el padre en tanto función, prohibiéndole a la madre reintegrar su producto. Ubica a la metáfora paterna como una operación que consiste en la sustitución de un significante por otro: el del Deseo-de-la-Madre por el del Nombre-del-Padre. El significante paterno introduce una ley más allá de la madre y posibilita que el niño pueda acceder a la significación fálica como un recurso para separarse del Otro materno. Freud (1931) plantea el carácter exclusivo de la ligazón de la niña a la madre, con una prescindencia total del objeto de padre. Eso que escapa a la ley paterna es lo que resulta estragante.

El deseo de la madre siempre produce estragos. Estrago que nos conduce al goce, allí se puede ubicar la dimensión del odio, donde el superyó materno pareciera no habilitar salida posible. La madre no es solamente la que da el seno, es la que marca también una articulación significante y la voz. Si una madre alimenta maternalmente a su bebé, permite que se repita en la lactancia la escena de la comida totémica: apuesta a que el niño pueda incorporar al padre. Si no lo hace, este no constituirá el ingreso a la cultura.

La dimensión del estrago, nos lleva a pensar que el despertar sexual del sujeto puede estar marcado por algo de lo no elaborado de la problemática edípica, donde los espejos se resquebrajan, las palabras se ausentan y el acting out está en “puerta”, cuando no el pasaje al acto.

***Una demostración sin límites***

Es Lacan (2009) quien nos brinda una diferenciación entre pasaje al acto y acting out. Con respecto al pasaje al acto nos dice “El sujeto se mueve en dirección a evadirse de la escena. Es lo que nos permite reconocer el pasaje al acto en su valor propio, y distinguir de él lo que es muy distinto, ya lo verán ustedes, a saber, el acting out”. Este evadirse de la escena tiene una relación con que el sujeto no está barrado, sino, borrado, es decir, no hay la división del sujeto puesta en juego allí, hay un borramiento del sujeto. El sujeto, se deja caer de la escena. Con respecto al acting out Lacan nos dice “El acting out es esencialmente algo, en la conducta del sujeto, que se muestra. El acento demostrativo de todo acting out, su orientación hacia el Otro, debe ser destacado”. (Lacan, 2009, p.136). Es esta, la diferencia fundamental respecto uno del otro, ya que el primero no está dirigido a nada, y el segundo si, a un Otro, siempre. Pero paradójicamente la nada es algo, ya se ha intentado explicitar anteriormente. Es decir, justamente, el pasaje al acto es dejarse caer de la escena, dejarse caer a una nada, a un vacío, a un agujero real. Lacan (2009) hace un paralelismo entre la naturaleza propia del acting y del síntoma, ya que el acting out es un síntoma, y como este, también se muestra distinto de lo que realmente es. Pero ambos, no pueden ser interpretados sin transferencia de por medio, es decir, se necesita de un Otro. Si bien el síntoma no llama a la interpretación, el acting out sí lo hace. Porque el síntoma se basta a sí mismo, se basta de su propio goce (es goce revestido), pero el acting out no, necesita del Otro. En relación a esto, con respecto al fenómeno de las anorexias se puede ubicar que las pacientes se presentan como objetos. También hay una mostración, mostración de un cadáver, de ese objeto perdido. Por lo tanto, darían cuenta de un acting out, pero que sin embargo, llevado al extremo, podría desencadenar en un pasaje al acto, por las consecuencias mismas que en las anorexias adoptar esta posición subjetiva conlleva. Hay algo que en este tipo de fenómenos está muy presente, hay una presencia real de un agujero. No hay pérdida. El acting out es un fenómeno que necesita a un Otro que lo mire, es fundamental. ¿Fundamental por qué? Porque como se ha desarrollado en el apartado del estadio del espejo, la mirada del Otro funciona poniendo una distancia, distancia que le permite al sujeto existir. Es decir, el registro imaginario se pone en juego. Ya que la existencia de uno implica el des completamiento del Otro, es decir, no ser el falo de la madre. Siendo el falo de la madre el sujeto está muerto. No hay agujero, todo está completo. Es decir, no hay duelo. En contraposición a esto, se puede decir que el acto es distinto al acting out. El acto siempre supone un agujero simbólico, ya no real.

Lo importante del acting es que surjan significantes y a través de la articulación hacer entrar en el simbólico algo de lo imaginario. En el acting out está siempre la relación del sujeto con el Otro, ya que el sujeto intenta desaparecer para ver si le importa al Otro o no, para responder a la pregunta neurótica “qué me quiere el Otro”, para saber qué quiere ese Otro de sí. El sujeto se intenta armar un lugar en el Otro. En el acting out se actúa en lugar de recordar. Los pacientes se presentan en acting out. El paciente monta una escena. Se actúa lo que no se puede recordar.

En la bulimia, el sujeto entrega todo su ser quedando a la voluntad del Otro, a merced del goce del Otro. Los accesos bulímicos tienen el estatuto de pasaje al acto, quedando identificado el sujeto al objeto desecho, donde lo automático de la voracidad aplasta al sujeto en un goce no subjetivado. “ Salir de escena en lugar de salir a escena”.

***Señalamientos de Massimo*** ***Recalti***

Es preciso mencionar al psicoanalista italiano Massimo Recalcati, quien en su desarrollo como profesional dedicó, y actualmente dedica, varias de sus obras literarias a enriquecer mediante casos clínicos, los conocimientos con respecto a esta temática. Un ejemplo de ello es su libro “La última cena: anorexia y bulimia” (2011), donde el autor escribe un apartado, en el capítulo 1, especialmente para describir a la “madre cocodrilo”, que a su vez la toma de Lacan, de su Seminario XVII. De esta figura dice: “Lacan nos ofrece una figura inquietante del deseo de la madre: la boca abierta de un cocodrilo, en el interior de la cual se encuentra encastrado el niño”. Con ello el autor busca poder establecer que madre es la que se encuentra en muchos casos de bulimias y anorexias. En general es la madre insaciable, aquella que fagocita al sujeto, aquella que no reconoce ni da paso a otra Ley que no sea la de su propio goce. El niño en esta instancia queda identificado como objeto, como sustituto de falo, siendo ésta la única forma en que puede ser reconocido como sujeto por el Otro.

Otra característica que el psicoanalista contemporáneo destaca es: cómo la anoréxica posee una dependencia absoluta de la madre. Lo especifica como un fenómeno que se presenta en repetidas ocasiones, en donde la dinámica familiar funciona en forma de matriarcado. Hay una madre dominante, omnipotente, donde genera una especie de simbiosis sin permitir un espacio o una diferenciación del sujeto con el Otro. El niño siempre quedará identificado al falo y por lo tanto lo más parecido un objeto, para poder ser reconocido como sujeto. Recalcati al igual que Lacan ponen en relieve que esta ausencia del padre no se debe necesariamente al padre real y cotidiano, sino que algo a nivel simbólico no terminó de inscribirse. Una de las opciones por la cual puede haber habido una deficiencia en ello, el autor lo atribuye al Otro materno, Otro que debe precisamente, introducir la figura normativa del Padre.

La anorexia y la bulimia son conceptualizadas en el psicoanálisis por Massimo Recalcati (1997). Estas patologías aparecen oscilando entre dos vías por las cuales se desarrolla la elección anoréxica. La primera es “la vía estética que encuentra en su fundamento la fascinación narcisista que captura al sujeto en el espejo” (pág. 89). La segunda es” la vía moral que encuentra su fundamento en la figura tiránica y feroz del superyó como agente inconsciente del imperativo moral” (pág. 89).

Explicita el autor que lo que ha faltado en la anorexia-bulimia es el amor como disposición en el Otro a ofrecer la propia falta. Este Otro se presenta como pleno, no marcado por la falta, no ha respondido a las demandas del sujeto. No ha creado un lugar donde el sujeto pueda valer algo. (2)Entonces en la anorexia se encuentra un rechazo radical a todo lo que viene del Otro, **(1)elige hacerse ausente para el Otro para conmover su indiferencia y mostrar su amor.** 1 es contradictorio con 2 Si rechaza al Otro no buscará jamás conmover su indiferencia. para alcanzar eso que no tiene, amor??. Está dispuesta a morir con tal de hacerle falta al Otro. Hay una frustración en el amor, lo que obtiene del Otro nunca es eso. Como no hay un objeto que satisfaga esta demanda, la pulsión gira en torno al vacío. Al no poder encontrar en el objeto de la necesidad al objeto de amor, en la bulimia esto trata de ser compensado con los atracones del objeto-comida (referente a la necesidad).

El comer es un hecho cultural, va más allá del instinto. La tentación que empuja a la bulímica a comer o a la anoréxica a rechazar está relacionada con la seducción (o no) de la comida, por su imagen, fantasma de la primera satisfacción, del objeto perdido para siempre. La mirada está siempre presente en el discurso de la anorexia/bulimia, ver a otro comer puede producir puro goce escópico. Pero esto se desplaza hacia la mirada del Otro, que es lo que ve el Otro de ella. En la bulimia se encuentra la vergüenza frente al Otro. Lo que falta es el límite en el goce, límite que impone la Ley. El cuerpo-delgado de la anoréxica recuerda a la imagen de un cuerpo asexuado, un cuerpo que obvia la diferencia sexual. “la virginidad anoréxica es el rechazo a la relación sexual expresada como paralelo al rechazo de la comida” (pág. 108).

En la anorexia hay un intento de realización del Ideal del sujeto, del lado de la bulimia está lo real pulsional en la compulsión a la repetición desenfrenada. El Ideal anoréxico del cuerpo-delgado se preserva en el ejercicio bulímico del vómito. De esta forma puede decirse que la bulimia es un dialecto del discurso anoréxico (Recalcati, 2004). Este Ideal deriva del dominio imperativo de la ley superyoica, allí donde en el estadio del espejo debía haber una mirada simbólica proveniente del Otro, éste introduce una mueca superyoica. Hay una rotura en el espejo, algo de lo Real que debería quedar velado retorna. Un pedazo del cuerpo no puede especularizarse ya que fue arrancado a través de la mueca superyoica del Otro. Como modo de defensa ante esa mueca, el sujeto anoréxico amplifica el valor narcisístico de la imagen del cuerpo a modo de sobreinvestidura, tiende a recuperar el júbilo narcisista del yo ideal para desconocer la fragmentación en el espejo (Recalcati, 2004).

***Anorexia-Bulimia como respuesta neurótica a la pubertad-adolescencia***

Para Lacan, en la adolescencia existe un nuevo lanzamiento simbólico del sujeto y de su deseo. Hay un primer tiempo de repetición de la infancia - que ubica la voluntad del Otro - y un segundo tiempo que puede rectificarse el encuentro con el Otro.

Anteriormente, en otro apartado del trabajo, expuse los procesos de causación del sujeto: alienación y separación. En la adolescencia hay una marca de dimensión de separación. Está signado por el momento donde el sujeto es capaz de construirse su propio fantasma, de acceder al propio goce particular. Está nueva centralizacion del objeto, la cual Freud caracteriza el pasaje de la infancia a la adolescencia marcado por las transformaciones del cuerpo, la emergencia de lo real de la pulsión sexual, que introducen algo en el cuerpo no solo algo del orden imaginario, sino que concierne a lo real del goce. El Otro es percibido, como Otro sexuado y esto mismo crea el lugar para el objeto causa del deseo como objeto del propio fantasma.

Dolto (1990) pensó la adolescencia como el tiempo de una operación quirúrgica, para señalar que el problema del adolescente es la separación del sujeto, de la identificación al significante de la demanda del Otro, de los padres. El Otro aparece como sexuado y la pulsión debe poder encontrar un objeto sexual que triunfe sobre la dimensión narcisista, del autoerotismo.

En la crisis adolescente, se verifica un espesor de lo real de la pulsión. El adolescente no enfrenta lo real a través de lo simbólico, sino que recurre al orden imaginario del Ideal. Podemos pensar que el problema de la anorexia y bulimia, es el “gobierno” de parte del yo que emprende dos caminos importantes: el camino del masoquismo moral, es decir del superyó, y un segundo camino que es la imagen del cuerpo. Ambos definen lo específico de la anorexia como operación que se origina en la crisis adolescente para hacer frente a lo real de la pulsión a través de el poder de la imagen.

Se pueden presentarse a modo del fantasma, para tapar la castración, y encontrar identidad en “soy anoréxico” o “soy bulímico”, un modo de gozar masoquistamente dada la dificultad para tramitar simbólicamente la pérdida del objeto a, identificándose el sujeto a???. **El sujeto debe pasar por el campo del Otro, inscribiéndose simbólicamente, pero a cambio de una perdida de ser, de una perdida de goce. Este residuo de goce es el objeto a. La anorexia-bulimia muestra claramente el fracaso de esta operación ~~eficazmente la función de este objeto~~.** Modo de posicionarse fallidamente como separado del Otro asfixiante de la anorexia-bulimia, un modo para hacer aparecer la falta en el Otro, permitiendo hacer surgir su propia castración y deseo.

En el grupo etario donde más prevalecen estos tipos de trastornos es en la adolescencia y más que nada en el género femenino. La pérdida del cuerpo infantil, con la aparición de la pubertad, y la caída de los padres de la infancia, son duelos que se atraviesan en la adolescencia pero por alguna razón hay sujetos que caen en la anorexia-bulimia. Durante la adolescencia, a partir de los cambios reales del cuerpo puberal, el sujeto es llamado a responder con los recursos simbólicos que ha heredado del padre en su pasaje por el complejo de Edipo. Esto es posible en el campo de la neurosis gracias a la inscripción del significante primordial del Nombre del Padre, haciendo viable la operatoria de la metáfora paterna. Su consecuente sustitución del deseo materno por el significante que marca la ley instaura la significación fálica, que hace posible que haya una cadena significante que funciona bajo las leyes de la metáfora y la metonimia. Que esto haya operado significa que hay una estructura signada por la castración, por la falta-en-ser, donde puede surgir el sujeto de deseo. Esto es posibilitado por la doble operación de la castración, primero habiendo un sujeto alienado al significado del Otro y, luego, uno que se separe de éste, posicionándose como sujeto dividido.

La pubertad, es un tiempo en del hallazgo de objeto que se juega en estos tiempos de la adolescencia, la anorexia prefiere encontrarse con un objeto que es la nada, es decir, ella eleva el consumo de la nada al nivel de la Cosa. Devuelta, es un objeto desexualizado y por el cual su goce pasa a ser asexuado, rechazando al Otro. Sabemos que uno de los duelos de la adolescencia es abandonar el rol infantil, es decir, pasar de ser objeto causa de deseo del Otro a ser sujeto deseante pero la elección anoréxica de objeto por la nada evita que ese duelo sea posible ya que sigue siendo una satisfacción auto-erótica????. **La anorexia, es una respuesta posible del sujeto al evento de la pérdida del objeto de amor**. **El luto por el objeto perdido imposibilita el intento mismo de realizar un trabajo de luto, reacciona anclándose al objeto, convirtiéndose en icono viviente del objeto perdido.** Esta elección de objeto asexual, autoerótico, está alejado de cualquier encuentro con otro par.

Hay un intento de separación del sujeto frente al Otro pero esto falla porque este gran Otro se sigue mostrando para el sujeto como totalizado y a este, aunque intente generarle una falta, el deseo del Otro le aterra.

Por último, en estos fenómenos hay una dificultad en la constitución del estadio del espejo y la presencia del superyó: la mueca del Otro de la anorexia-bulimia que introduce una rotura en el espejo del sujeto, retorna en el pasaje por el estadio de la adolescencia. Si en el estadio del espejo del niño hubo una mueca superyoica, en la re-visita durante la adolescencia, cuando hay un superyó hiper moral y sádico, la reconstrucción del cuerpo se verá dificultado.

***Desafio Clinico: Lugar del Analista***

*“Mejor pues que renuncie quien no pueda unir a su horizonte la subjetividad de su época” J. Lacan*

Nasio (2012) diferencia por un lado la “crisis de adolescencia” –período de transición entre la niñez y la madurez- y por otro lado el “adolescente en crisis” –joven cuyo comportamiento se torna inmanejable para la familia. Ante una situación de urgencia, ¿Cómo posicionarse allí en tanto analistas?

Es importante tener en cuenta la época para pensar las intervenciones, siendo que la anorexia y la bulimia existió en todas las épocas, pero en los últimos años se observa más nítidamente en forma de padecimientos de carácter epidémico. Otro autor afirma que “el sujeto padece de la época, y cada época produce un padecimiento singular, un modo particular de vivir la pulsión” (O.Rodríguez, 2007). Por ésta razón es que resulta fundamental tomar lo que Lacan (1953) advierte en este punto y “conocer bien la espiral” a la cual la época “nos arrastra”.

Recalcati (2005) va a introducir que la anorexia-bulimia “plantea una inclinación holofrástica del discurso que se opone al trabajo analítico” (p.180). El trabajo ahí sería el de elaborar las identificaciones a partir de un saber hacer, para que el sujeto efectúe un movimiento: del goce puro a la interrogación por el enigma del deseo, pasar de la dimensión de lo que se muestra hacia la palabra.

Es preciso orientar la cura vía un lazo transferencial y por medio de la escucha, permitiría que el paciente pueda comenzar a historizar.

El desafío de la clínica con adolescentes es el advenimiento de sujeto. En tanto sujeto de deseo, sujeto de la palabra. La cuestión central es la dificultad de ese advenimiento. Podemos encontrarnos en la clínica con sujetos posicionados en el lugar de objeto del fantasma del Otro. La apuesta tiene que ser a la escucha de la palabra del sujeto y en casos de anorexia y bulimia será necesario largo tiempo de entrevistas preliminares, que tal vez no culminen en un análisis. Además, interviniendo en la vía de reparación de la falla de la función paterna, se apuesta a que se produzca un efecto en relación a la articulación del deseo a la Ley.

Nuestra responsabilidad como analistas será escuchar esa palabra en el momento de la pubertad, donde el sujeto es convocado a tomar. Se puede pensar como traumático el enfrentamiento con la castración del Otro, en la pubertad.(Szapiro,2000) . En la adolescencia, un sujeto es responsable de su palabra y es importante que le reconozcamos ese lugar.

Es importante la inclusión de los padres en la dirección del tratamiento. En tanto el adolescente todavía depende de los adultos responsables que lo rodean, la participación activa de éstos en la terapia es necesaria. A su vez, en la gran mayoría de los casos, son los padres los que deciden consultar debido a que se sienten sobrepasados por las nuevas conductas que manifiestan sus hijos. Se puede ubicar en este punto un comienzo del vínculo analista-paciente, en el cual ya empieza a operar la transferencia respecto al lugar de sujeto supuesto al saber. Los padres nos suponen a nosotros como analistas un saber hacer con eso que le está aconteciendo a su hijo/a adolescente. Siempre resguardando la intimidad del adolescente, que es nuestro paciente, y sin violar el secreto profesional, es ideal poder trabajar en conjunto con la familia, que ésta sea un soporte del tratamiento, que colabore en vez de entorpecer.

Por otro lado tener cuenta no sólo los factores de riesgo sino también las fortalezas del paciente, sus factores de protección frente a la patología, sus recursos de afrontamiento, su personalidad y preferencias y su resiliencia. La complejidad del trabajo clínico psicoanalítico con adolescentes se potencia con las situaciones que plantea nuestra sociedad actual. Esto lleva a nuevas presentaciones y formas sintomáticas que tienen al riesgo como constante, y nos exige afinar nuestras herramientas clínicas. “La terapia con adolescentes puede ser entendida por su complejidad como clínica en la que predomina la urgencia” (Barrionuevo, J., 2012, p.57). La urgencia está entramada en la clínica cotidiana y en la época actual. Frente a tanta impulsión y pleno acto lo que es clave es que emerja la palabra plena, alojada en el deseo del psicoanalista. “Adolescente y analista se encuentran en un espacio que aloja al sujeto del inconsciente y que permite, a partir de la circulación de la palabra, hacer otra cosa con ese padecimiento diferente a suprimirlo o eludirlo, fundamentalmente trabajar en conjunto en el intento de dar respuestas desde lo simbólico, a partir de la conexión con el propio deseo, a aquello que afecta al sujeto: la angustia” (Barrionuevo, J., 2012, p. 68). La ética del psicoanálisis es de conducir al sujeto a que pueda hacerse responsable de su deseo, con todas las dificultad que eso implica.

En definitiva, como argumenta Recalcati, M (2004, p.20) “Un elemento fundamental de la dirección de la cura en la anorexia-bulimia es la de hacer visible el riesgo mortal del cuerpo. Es la de oponer a la exterioridad estética de la imagen del cuerpo-flaco, el interior obsceno y no dominable del cuerpo mortal” De este modo, el psicoanálisis se ofrece al paciente la posibilidad de hablar, puesto que sólo en su discurso podrá emerger su propia subjetividad, en la medida en que logre poner en palabras aquello que se manifestaba como acto.

En los casos de anorexia y de bulimia, precisamente, el sujeto y su palabra quedan borrados a favor de los actos : ingesta de alimentos, rituales relacionados con ella, vómitos, purgas, pasan a un primer plano en su vida; si la atención médica y/o psicológica se centra en estos actos y se propone conseguir su modificación, dejando de lado la problemática subjetiva que aquellos manifiestan de manera simbólica, no hará más que entrar en una lucha con el sujeto que, entonces, se verá obligado a insistir en sus actos como única manera de afirmarse y exigir ser reconocido como tal.

Entonces, ¿Qué podemos ofrecer como psicoanalistas desde nuestra práctica clínica? ¿Qué podemos ofrecer desde la ética del psicoanálisis frente a estas temáticas? Una interrogación en su deseo. Producir en el sujeto su división más propia, poder crear a lo largo del tratamiento, un “deber” de deseo frente a ese superyó que ordena gozar.

***Conclusiones***

A lo largo de la presente tesis se han desarrollado desde el marco psicoanalítico conceptos centrales acerca de la pubertad, adolescencia, anorexia y bulimia. Finalmente, se ha intentado articular la anorexia-bulimia como modos de respuesta a la pubertad-adolescencia.

La anorexia-bulimia cumple la función de poner un cierto límite en el Otro avasallante, para poder hacer surgir la dimensión del sujeto de deseo, pero también para velar la dimensión angustiante de la castración. En la anorexia hay un intento de posición subjetiva del lado de la separación y en la bulimia la posición que encuentra está, todavía, del lado de la alienación. Esta dificultad para la separación durante la pubertad-adolescencia, puede estar dada por la subjetividad generada por la época marcada por el desfallecimiento de la función paterna.

Dichas posiciones subjetivas son un intento de operar la separación del Otro estragante que la acción normativa del padre debería facilitar. Es posible que los sujetos con anorexia y bulimia a través de estas maniobras lo que intenten de alguna forma es una reparación de una inscripción débil del significante Nombre del Padre y realizar una separación de ese Otro omnipotente. Se lleva a cabo una tentativa de inscribir una falta en el Otro, una diferencia, un límite. Sin embargo, por no haberse dado por una vía simbólica, se lo hace a través de lo real del cuerpo, surgiendo el acto el acto en lugar de la palabra.

En relación a la época actual, O. Rodríguez (2007) propone que la cultura y la época actual se comportan como la madre de la anoréxica, atiborrando al sujeto de papilla asfixiante de lo que tiene. La huelga anoréxica entonces podría pensarse como un rechazo al “empuje al consumo”, aspecto característico de una época actual que busca obturar la falta que habilita el deseo.

¿Cuál es el desafío del analista en el trabajo clínico? El de apuntar a la separación, a que estos significantes que lo condenan a un modo de goce determinado del cual el sujeto nada sabe pero padece, se vacían de sentido. Están posicionados en el lugar del objeto del fantasma del Otro. Aparece un rechazo a comer, una huelga de hambre frente a un Otro que en el registro imaginario, aparece como intrusivo y amenazante. Se trata en la clínica con adolescentes que el sujeto tome la palabra y se haga responsable de ella, de sus actos y de su deseo. Se apunta a la castración del Otro, intentando que emerja la pregunta por su deseo en relación al sujeto, que lugar ocupa este en el Otro, para que comience a preguntarse por su propia castración, por su propio deseo.

***Referencias Bibliográficas***

• American Psychiatric Association (2000). Trastornos de la conducta alimentaria. En Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR). Madrid, España: Masson.

• American Psychological Association (s.f.). Trastornos en la alimentación. Washington DC, EU. 2017 American Psychological Association. Recuperado de: http://www.apa.org/centrodeapoyo/alimentacion.aspx - Barrionuevo, J. (2011). Adolescencia y juventud: consideraciones desde el psicoanálisis. Buenos Aires, Argentina: Eudeba.

• Cantagalli, L. (2017). La anorexia en el Hospital. Del rechazo a comer como llamado. En Facultad de Psicología 6/10 - 22/02/2019 Teorías y testimonios volumen 3: Desamarrados. Buenos Aires: Grama.

• Donghi, A. (2007). Innovaciones de la práctica II: Anorexias, bulimias y obesidad. Buenos Aires, Argentina: JCE Ediciones.

• Freud, S. (1894). La neuropsicosis de defensa. En Obras Completas. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI Editores. 26

• Freud, S. (1896). Nuevas observaciones sobre la neuropsicosis de defensa. En Obras Completas. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI Editores.

• Freud, S. (1905) “Las metamorfosis de la pubertad”, en Tres ensayos de teoría sexual, en Obras completas, Buenos Aires:Amorrortu Editores, 24 vols., 1978-85, vol. 7.

• Freud, S. (1917 [1915]) “Duelo y melancolía”, Obras Completas,XIV,Buenos Aires:Amorrortu Editores.

• Grassi, A. (2012). El estadio del espejo en el niño y en el adolescente. Entrevista con Juan David Nasio. Revista Actualidad Psicológica. N° 411, pp. 2- 7.

• Krauss, N. (2016) “Hambre y amor”. Introducción. Editorial Letra Viva

• Lacan, J. (1949). El estadio del espejo como formador de la función en el yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En Escritos 1 (Primera Parte). Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI Editores.

• Lacan, J. (1956-1957). Seminario IV. Clase XI “El falo y la madre insaciable”. Buenos Aires: Paidós.

• Lacan, J. (1958) El seminario. Libro 5: Las formaciones del inconsciente. Buenos Aires: Paidós.

• Lacan, J. (1964) El Seminario. Libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós.

• Lacan, J. (1999). Clases IX, X y XI. En El seminario de Jacques Lacan, Libro 5: las formaciones del inconsciente (1957-1958). Buenos Aires: Paidós.

• Maganto y Cruz (2000). La imagen corporal y los trastornos alimenticios: una cuestión de género. Trastornos de la personalidad en la infancia y en la adolescencia. Comunicación llevada a cabo en el Congreso XIII de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEPYPNA), Madrid.

• Maganto Mateo, C. (2011). Factores de riesgo o vulnerabilidad asociados a los trastornos de la conducta alimentaria. Infocop. Recuperado de: http://www.infocop.es/view\_article.asp?id=3436

• Nasio, J. D. (2011) Como actuar con un adolescente difícil. Buenos Aires: Paidós.

• Nasio, J.D. (2005). Mi cuerpo y sus imágenes. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

• Normas APA (2017). Métodos empleados en las Investigaciones Cualitativas, sus objetivos y ejemplos. Normas APA. Recuperado de: 28 http://normasapa.net/metodos-investigaciones-cualitativas/

• Recalcati, M.(2004) “Clínica del vacío". Ediciones del Cifrado.

• Recalcati, M. (2004). La última cena: anorexia y bulimia. Buenos Aires, Argentina: Del Cifrado.

• Rodríguez, O. (2007). Apuntes para una transición de la subjetividad. En A. Donghi (Ed.), Innovaciones de la práctica. Anorexias, bulimias y obesidad (pp. 39-64). Buenos Aires, Argentina: JCE Ediciones.

• Szapiro, L. (1996). Acerca de la pubertad y la adolescencia. En Revista Registros. Buenos Aires.

• Szapiro, L. (2000). De la cuestión de la anorexia. En Estudios de Anorexia. Buenos Aires: Atuel.

• Szapiro, L. (2003) “Desafíos actuales en la Clínica con adolescentes”. 1° Jornadas Clínicas, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires. Recuperado de http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacio n\_adicional/practicas\_profesionales/161\_puberesyadol/jornadas\_3.php

• Szapiro, L. (2008). Ritos de iniciación y Nombre del Padre. En Elementos para una teoría y clínica del fenómeno psicosomático. Buenos Aires: Grama.

• Sobral, Graciela. (2011). “Madre, anorexia y feminidad”. Buenos Aires: Filigrana

• Tendlarz, E. B. (2007). Introducción. En A. Donghi (Ed.), Innovaciones de la práctica.