

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS
EMPRESARIALES Y SOCIALES



**“INTERVENCIONES PSICOANALITICAS EN EL ACTING OUT CON
ADOLESCENTES. ANALISIS A PARTIR DE UN CASO CLINICO”**

**Trabajo final presentado para cumplir con los requisitos finales para la
obtención del título de Especialista en Psicoanálisis con niños.**

Directora de la carrera: Lic. Beatriz Janin
Tutor: Dr. Osvaldo T. Frizzera
Alumna: Lic. Cecilia Nadin

Buenos Aires, mayo de 2013

INDICE

Resumen	2
Introducción	3
Desarrollo	6
Marco teórico.....	6
1) El Concepto de Acting out	
1.a) Antecedentes del concepto de Acting out	6
1.b) El Acting out desde diferentes autores	8
1.c) El Acting out según Lacan. Articulación con el concepto de fantasma	9
2) La voz	14
3) La Angustia	15
4) Intervenciones psicoanalíticas.....	16
5) Duelo	24
6) La adolescencia	27
7) Contexto social y familia	32
Caso clínico	36
Interrogantes acerca del material clínico y articulación teórica	44
Conclusión	51
Bibliografía	53

*“La vida de todo hombre es un camino hacia sí mismo,
la tentativa de un camino, la huella de un sendero.”
“Todos llevan consigo, hasta el fin, las viscosidades
y cáscaras de huevo de un mundo primordial.”
Hermann Hesse*

Resumen

En el presente trabajo propongo abordar algunos interrogantes respecto al acting out en los adolescentes pensados en relación a como la falta de deseo del Otro, provocarían a modo de repetición casi idéntica, esta patología del hacer y qué intervenciones del analista -a partir del análisis de un caso clínico- se mostraron como efectivas para ir desentramando el enigma de esta formación.

Los modelos teóricos que se gestaron a lo largo del tiempo nos brindaron nuevas herramientas que modificaron la forma de pensar nuestra labor analítica en ciertos cuadros psicopatológicos, lo cual conduce a reflexionar acerca de la plasticidad que debería tener el marco analítico - que acontece entre lo imprevisto y lo sabido- situando el deseo de ser analistas en cada caso en particular.

Palabras clave: intervenciones psicoanalíticas- acting out- adolescencia- angustia- repetición.

INTRODUCCION

Con este trabajo propongo pensar las intervenciones en el acto analítico con adolescentes que muestran una problemática del deseo referida a la emergencia del acting out, como descarga de lo no tramitado, como una forma de recordar lo olvidado y reprimido. Para tal fin expondré una viñeta clínica de una adolescente de 17 años, quien tiene dificultades para representar psíquicamente los conflictos, en donde su padecer parecía no poder tramitarse por vía de la palabra, dejando marcas en la psiquis, generando dificultades en el manejo de la transferencia y por lo tanto del dispositivo analítico.

La elección del caso clínico, como así también de la temática escogida, provocó en mí el surgimiento de varios interrogantes tales como: ¿qué quiere mostrar la paciente con su acting?, ¿cómo se vinculan el acting, la repetición y el deseo del Otro?, ¿existe alguna relación entre la adolescencia, la angustia y los actos?, ¿tiene el acting relación con los duelos patológicos?, ¿podrían los factores socio-familiares contribuir a los actings?, ¿qué tipos de estrategias analíticas son las más adecuadas para este tipo de patologías del acto?, ¿es una forma de escapar de la angustia, del sufrimiento? .

Para poder responder a estas preguntas, en primer lugar debí plantearme los objetivos del trabajo:

a) Objetivos Generales: brindar estrategias que permitan evaluar el acting out en adolescentes y analizar las posibles formas de intervención analítica.

b) Objetivos Específicos: estudiar el acting out según la posición subjetiva del adolescente en relación al deseo del Otro.

La razón por la cual decidí investigar en esta temática, se debió a que los analistas trabajamos muchas veces en la clínica de la urgencia, por ejemplo con los fenómenos de las patologías del acto; situación que nos lleva a pensar en los límites de la teoría y de la clínica, enfrentándonos a las variables del método según cada caso en particular. Con este trabajo espero poder contribuir para ampliar el conocimiento del acting out y sus formas de trabajo e intervención en la terapia analítica con adolescentes.

Con el estudio descriptivo del caso único elegido, propongo abordar en profundidad los hechos que se habían suscitado en los dos meses y medio del tratamiento de una adolescente y su familia, quienes asistieron a mi consultorio particular. El trabajo analítico consistió en realizar sesiones familiares, entrevistas con la pareja parental, con la adolescente y sus padres y sesiones individuales con la paciente.

Es de mi interés relacionar el caso clínico con los conceptos teóricos para posteriormente pensar su aplicación en casos semejantes.

La revisión de la bibliografía existente acerca del tema a investigar permitió realizar una lectura del material partiendo de Freud, continuando con textos post freudianos que ampliaban la temática. Entre ellos cité a Lacan, Laplanche-Pontalis, Winnicott, Fenichel, Greenacre, Aulagnier, Aberastury, Raimbault-Eliacheff y autores contemporáneos, entre los cuales se encuentran docentes de la carrera de Especialización en Psicoanálisis con niños.

Para la construcción del marco teórico de este trabajo opté por un criterio psicoanalítico. Para sustentarlo expuse algunos antecedentes y diferentes referentes teóricos que consideré válidos para el adecuado encuadre de este estudio. Articulé varios conceptos que permiten entender como se va definiendo conceptualmente el tema expuesto en el trabajo.

Comencé con el noción de acting out y sus antecedentes, articulándolo con la repetición, el objeto “a” y el fantasma. Vinculé el objeto “a” con la voz, como un primer modo de relación con el Otro. La elección de la temática de la voz en este trabajo, se debió a que por medio de la utilización de la misma, se pudo intervenir eficazmente en una situación de acting con la paciente del caso clínico.

Tanto la posición del analista como del paciente deben ser pensadas para poder armar estrategias eficaces de trabajo en el espacio analítico. Cuando los terapeutas nos encontramos con los acting de nuestros pacientes, es de suma importancia comprender de qué se trata y cual es el modo conveniente de intervención. Al trabajar el concepto de intervenciones psicoanalíticas intenté exponer las distintas miradas de diversos autores respecto a este tema, aunque pude observar que con el paso del tiempo las teorías y posicionamientos se fueron cuestionando, complementando e integrando.

La angustia, el acting, los duelos y la adolescencia están íntimamente relacionados. Profundicé cada noción por separado pero se podrá ver que se ensamblan entre sí. No quería dejar de

mencionar la correlación entre el contexto socio-familiar actual y la construcción de la subjetividad. Incluyo el tema de la anorexia, en el desarrollo de algunos conceptos del trabajo, debido a que es el diagnóstico que traen a la consulta los padres de la adolescente del material clínico elegido.

En el desarrollo o cuerpo del trabajo presento el marco teórico y luego expongo el caso clínico con su correspondiente articulación teórica. Por último, en la conclusión, se podrán apreciar los aspectos más relevantes del trabajo.

DESARROLLO

MARCO TEORICO

1) El concepto de acting out

Laplanche y Pontalis definen el acting out de la siguiente forma: *“Término utilizado en psicoanálisis para designar acciones que presentan casi siempre un carácter impulsivo relativamente aislable en el curso de sus actividades, en contraste relativo con los sistemas de motivación habituales del individuo, y que adoptan a menudo una forma auto o heteroagresiva. En el surgimiento del **acting out** el psicoanalista ve la señal de emergencia de lo reprimido. Cuando aparece en el curso de un análisis (ya sea durante sesión o fuera de ella), el acting out debe comprenderse en su conexión con la transferencia y, a menudo, como una tentativa de desconocer radicalmente ésta”*.¹

La formulación en inglés del término acting out, así como la resistencia que el vocablo ofrece a la traducción, tienen que ver con que la palabra “out” refiere a un “afuera”. Equivale a un “fuera de sí mismo” destacándose el carácter de una acción muy enajenada. Cuando el sujeto está así no se le puede pedir que asocie libremente, siendo ineficaz la interpretación, hasta peligrosa; pudiendo el paciente tomar nuestras palabras para continuar “haciendo”. Prevalece un padecimiento en el que predominan las acciones impulsivas y el cuerpo pulsional.

Para el abordaje conceptual de esta patología del acto, es importante tener en cuenta, la noción del acting out desde diferentes autores y sus antecedentes.

1.a) Antecedentes del concepto de acting out

El término deriva de la traducción que Strachey, uno de los traductores de la obra de Freud, efectúa de la noción de “*agieren*”, concepto que se traduce como moverse, actuar y abarca algo del

¹J. Laplanche - J. B. Pontalis, *Diccionario de Psicoanálisis*, Ed. Labor, S.A , Barcelona, 1974, pág. 5.

orden de la repetición, en el sentido de reactualizar en la transferencia una acción anterior. Conservado en lengua alemana bajo la forma “*Agieren*”, es empleado por Freud, como el término “*Abreagieren*” (abreacción), que tiene la misma raíz y que alude al hecho de “pasar al acto” deseos, fantasmas y pulsiones.

El psicoanálisis brindó la posibilidad de relacionar un acto impulsivo con la dinámica de la cura y la transferencia². Freud explicó la propensión de ciertos pacientes a “llevar a la acción” fuera del análisis las mociones pulsionales descubiertas por la terapia. El autor introduce la idea que el paciente que lleva a la acción los conflictos fuera del tratamiento sería un individuo que intenta satisfacer hasta el final sus pulsiones reprimidas, sin tomar conciencia de su carácter repetitivo.

En los textos de Freud el verbo ‘*agieren*’ esta casi siempre en relación con el verbo ‘*erinnern*’, que significa “recordar”, ya que la acción esta siempre en el lugar de un recuerdo que, no efectuado, no permite al paciente comprender el carácter repetitivo de lo que pasa al acto.

A la hora de reflexionar acerca del acting debemos remitirnos a “*Recordar, repetir y reelaborar*” (1914) donde Freud habla de momentos en que “...*el analizando no recuerda, en general, nada de lo olvidado y reprimido, sino que lo actúa. No lo reproduce como recuerdo, sino como acción*”³. En este artículo señala que el analizante repite sin saber qué repite. El recuerdo como acto sería el momento en el cual emerge el inconsciente para volver a cerrarse. Esto reprimido alude a algo que el sujeto nunca supo y que se reproduce en acto en un análisis. En éste texto aparece un primer acercamiento a lo que el autor denominará posteriormente compulsión a la repetición.

En “*Mas allá del principio del placer*” (1920) Freud somete a discusión algunos conceptos de su teoría. Retoma lo que ya había elaborado en 1914 y agrega que los analistas debemos estar preparados para que el paciente se entregue a la compulsión de repetir que suplanta el impulso de

² Tansferencia: “*proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de una relación analítica. Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad*”. Diccionario de Psicoanálisis Laplanche-Pontalis , Ed. Labor, S.A., Barcelona 1974, pág. 439.

³ S. Freud, *Recordar, repetir y reelaborar* (1914), Tomo XII, Buenos Aires, Amorrortu, 1976, pág. 152.

recordar. Esta repetición se juega en la transferencia y se relaciona con un fragmento de la vida sexual infantil.

¿De qué se trata eso que insiste -un destino que persigue, un sesgo demoníaco- en la vida? El padre del psicoanálisis lo denomina “*El eterno retorno de lo igual*”. La persona parece vivir pasivamente algo sustraído a su poder. Este retorno, esta compulsión aparece más originaria, más pulsional que el principio de placer. Una compulsión empuja a la repetición. Son pulsiones que no obedecen al tipo del proceso ligado, sino al del proceso libremente móvil que empuja, incita para una descarga. Ya no se trata ahora de la insistencia de lo reprimido sino de algo que está más allá: lo no ligado, la cara silenciosa de la pulsión de muerte.

Con “*Mas allá...*” se adelanta la idea según la cual lo que es displacer para un sistema del aparato psíquico, es placer para otro. En Addenda de “*Inhibición, síntoma y angustia*” al poder de la compulsión a la repetición lo llamará *resistencia del ello*. De esta manera denomina a la inercia psíquica, a la viscosidad de la libido, como la fijación de la persona al objeto en el fantasma, lugar que muestra lo que no puede ser interpretable. Se trata de un elemento no representado en las asociaciones, quedando a cargo del analista la construcción, una construcción del acontecer histórico primordial. El tema del fantasma y del objeto lo desarrollaré más adelante.

En “*Inhibición, síntoma y angustia*”(1926), Freud dice: “*Durante la primera infancia no se halla el sujeto generalmente en situación de dominar psíquicamente grandes magnitudes de excitación que le llegan del interior o del exterior*”. Repite para dominar lo displacentero y lo placentero, porque la vivencia no la pudo ligar a otras representaciones y significó un desborde pulsional. Si no pudo ser organizado por otro que se instaure como yo, esto desencadenará angustia y desembocará en un movimiento defensivo primario.

1.b) El Acting out desde diferentes autores

Phyllis Greenacre (1950) en un artículo titulado “*Problemas generales del acting out*”, señala que tal vez la primera exposición acerca del acting out apareció en un trabajo Freud denominado “*Psicopatología de la vida cotidiana*” (1901) bajo los encabezamientos de “*Acciones ejecutadas erróneamente*” y “*Acciones casuales y sintomáticas*”.

Greenacre trabaja la descripción que hace Otto Fenichel (1940) de esta temática, quien proporciona una formulación más precisa del acting out, refiriéndose al mismo como un actuar que es inconsciente, que implica una descarga de impulsos que disminuyen la tensión interna; siendo el presente la ocasión para la descarga de las energías suprimidas.

Fenichel supone que la génesis de esta patología del hacer se vincula con la fijación oral, la intolerancia a la frustración, una excesiva motricidad constitucional y con los traumas tempranos serios, como factores que provocan tendencias a la acción y contribuyen al acting out. Los individuos que muestran una propensión al acting, tienden a actuar estando o no en análisis, y tienen en común una insuficiente diferenciación entre el presente y el pasado.

Greenacre agrega dos factores más en el origen del acting: una marcada sensibilización visual (necesidad de dramatización) y una creencia inconsciente vinculada con la magia de la acción. La autora, también propone una relación entre el lenguaje y la acción, siendo el lenguaje, en estos casos, secundario respecto a la acción, pero participa en la descarga motriz de la tensión (con el tono, la intensidad), en lugar de crear una comunicación o de invitar a construir algún pensamiento.

Fenichel habla de una disposición constitucional a actuar. Señala que el acting es una forma especial de recuerdo, del cual el sujeto no tiene conciencia que su actuar está motivado por ese recuerdo. Sostiene que el análisis puede estimular el acting en individuos predispuestos al mismo y trabaja las problemáticas del analista ante pacientes actuadores (analistas que tienden al acting y gozan con sus pacientes).

Retomando lo trabajado por Greenacre, ella propone hacer conocer al paciente su disposición a actuar, tomando conciencia de su estado de tensión y que ésta es una forma de evitar la ansiedad oculta por la actividad. Debido a que el acting no es un síntoma, sugiere no interpretarlo, no reforzar al yo, ni tampoco prohibirlo, ya que poner límites no tiene efecto, en cambio, sí lo tiene poner en juego el deseo.

1. c) El acting out según Lacan. Articulación con el concepto de fantasma

En relación a la cita del Diccionario Introdutorio de psicoanálisis lacaniano, Dylan Evans señala refiriéndose al acting out:

“...si bien Lacan sostiene que el acting-out resulta de la imposibilidad de recordar el pasado, subraya la dimensión intersubjetiva del recuerdo. En otras palabras, el recuerdo no involucra sólo recordar algo a la conciencia, sino también comunicarlo a un Otro por medio de la palabra. Por lo tanto, el acting-out se produce cuando la negativa del Otro a escuchar hace imposible el recuerdo. Cuando el Otro se ha vuelto “sordo”, el sujeto no puede transmitirle un mensaje en palabras y se ve obligado a expresarlo en acciones. De modo que el acting-out es un mensaje cifrado que el sujeto dirige a un Otro, aunque el sujeto mismo no es consciente del contenido de este mensaje, ni siquiera se percata de que sus acciones lo expresan...” (D. Evans, 1997, pág. 29).

Según palabras textuales de Lacan: *“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.”*(J.Lacan, 1962, pág.136) y luego agrega *“El acting out es esencialmente la demostración, la mostración, sin duda velada, pero no velada en sí. Sólo está velada para nosotros, como sujetos del acting out, en la medida en que eso habla, en la medida en que eso podría hacer verdad. Si no, por el contrario es visible al máximo y por ese mismo motivo, en un determinado registro es invisible, al mostrar su causa. Lo esencial de lo que mostrado es aquel resto, su caída, lo que cae es ese asunto.”* (J. Lacan, 1962, pág.138).

Para Lacan el acting out es una acción encuadrada en una escenificación cuya función es mostrar algo. Se trata de una escena que el paciente realiza o relata frente al analista, que sorprende, donde el sujeto es el actor y muestra ese algo hacia donde va dirigido su deseo. Expone el objeto “a” señuelo de su deseo, lo quiere mostrar. Muestra una problemática del deseo que no pasó por los mecanismos inconscientes de desplazamiento y condensación.

Ahora bien, ¿a quién está dirigido eso que se muestra? Siempre está dirigido a Otro (si el sujeto está en análisis también se dirige al analista). Un Otro pensado como el lugar donde se constituye el sujeto, territorio del lenguaje, de la cultura, la sociedad y la familia.

Retomando lo expuesto por D. Evans, es a ese Otro “sordo” que no le escucha, a quien el paciente quiere decir algo; pero si el paciente “no sabe” que está mostrando en su teatralización, no puede reconocer su significación verdadera e intenta que el Otro descifre la escena y sus guiones.

Nos encontramos con un sujeto desbordado por la urgencia del acto, como una forma de escapar velozmente del sufrimiento. Acto incomprensible para la persona, de apariencia inmotivada, demostrativa y desafiante, que entraña muchas veces un riesgo para sí mismo.

Estas acciones tendrían otro lenguaje, un lenguaje más primitivo y corporal pero que están al servicio de la comunicación, de la mostración del objeto que está en la causa, el que está sin maquillaje. El sujeto muestra, siendo siempre una mostración desafiante, el objeto que el mismo puede llegar a ser, no el que puede querer o tener. Provoca al otro que se presenta como perfecto, quien no tiene o no le ofrece un lugar en su deseo. El efecto que producen estos actos en los demás es de enojo, indignación y rechazo.

Se trata entonces, de pensar al acting out como una problemática que expresa una falta de deseo del Otro, cuestionando la eficacia de la interpretación simbólica, situación que genera dificultades en el dispositivo analítico, provocando la salida del analista de su lugar.

Lacan indica que es una conducta sostenida por un sujeto y que se da a descifrar al otro a quien se dirige, en un raptó de locura destinado a evitar una angustia demasiado violenta. Se trata de una puesta en escena, tanto del rechazo de lo que podría ser el decir angustiante del otro como del develamiento de lo que el otro no oye.

Para Lacan el acting out es *“la transferencia salvaje.”* Y continúa diciendo *“la transferencia sin análisis, es el acting out”* (J. Lacan, 1962, pág.139).

En el seminario *“La angustia”* muestra que una forma de plantear esta cuestión es deliberar acerca de cómo domesticarla; aquí aparece la dimensión transferencial que gira en relación al objeto *“a”*. Articula la responsabilidad que tiene el analista en la domesticación de la transferencia salvaje en términos de *“dejar caer”* o *“cargar sobre sí el resto”* dando por resultado que *“a”* quede del lado del terapeuta.

Me detendré brevemente en la definición de objeto *“a”*, denominado también objeto metonímico. Es un concepto del psicoanálisis usado por Jacques Lacan que remite a la noción del objeto de deseo inalcanzable, considerado el *“objeto causa del deseo”*. El objeto *“a”* abre la dimensión de lo que no se desliza en el juego significante y nace de la imposibilidad para el psicoanalista de responder a la pregunta sobre el goce.

“A ese objeto pequeño a lo he llamado pequeño a porque es la inicial en francés de lo que se llama lo “autre” (otro): con una salvedad de que justamente no es lo otro, no es el otro sexo, sino

que es lo otro del deseo"⁴. Para intentar ampliar esta noción es necesario vincularlo, dentro de las formulaciones lacanianas, al concepto de fantasma.

Lacan plantea que en el origen no hay *Dasein*, ser-ahí del niño, sino como un objeto "a" del fantasma de Otro. Considera en *El Seminario, Libro XIV, "La lógica del fantasma"* que el camino en la constitución subjetiva del ser humano es en el campo del lenguaje. La forma de ser y pensar del sujeto va a estructurarse en relación a la significación que el Otro primordial da.

Para que el sujeto advenga a la existencia, es necesaria su inscripción en el campo del Otro que lo pre-existe. Esta inscripción supone una condición: que al Otro le haga falta su llegada. Lacan afirma que el objeto, cuando es deseado por el Otro, es al principio, por un lado el (pre) sujeto en su real y por otra parte causa del deseo del sujeto. Lacan (1953) define lo real como "*lo que se resiste absolutamente a la simbolización*", lo excluido de nuestra realidad. Sólo se llega a ser sujeto deseante si previamente ha sido objeto del deseo del Otro.

El niño ya antes de nacer posee un lugar estipulado. ¿Quién podría definir el lugar que el niño ocupa como objeto en el fantasma del Otro, en especial del Otro materno?; ¿quién podría saber lo que él mismo, desde que nace, representa en el deseo del Otro? Deberá llegar a representarse su lugar en el Otro, esto implica que deberá constituirse como sujeto pasando por los significantes que proceden de ese Otro. En otras palabras, la estructura subjetiva del niño va a depender del fantasma de la madre, constituyéndose con los significantes con que el Otro primordial lo nombra y sosteniéndose en los dichos de éste.

Según Lacan, el componente simbólico del fantasma se incluye muy temprano en el marco de la vida de un niño, porque su madre ha sido un sujeto muchos años antes que el bebé nazca, y su relación con el niño y con los objetos que él pide, está estructurada en términos de lenguaje. El lenguaje, como aquello que se encuentra más allá de los dos seres humanos presentes en el encuentro madre-niño, se introduce tan pronto como la madre habla a su hijo.

¿Cómo se vinculan los enunciados sobre el fantasma con la fórmula del fantasma de Lacan ($\$ \diamond a$), y los distintos tipos de objetos "a" como la mirada, la voz, el pecho, etc.?. Con este matema Lacan sugiere que el fantasma presenta al sujeto relacionado de alguna manera con el objeto que causa el deseo de él o ella. En el fantasma se define la posición del sujeto respecto al Otro. Más

⁴ J. Lacan, *Lacan en Italie*, La Salamandra, 1976, pág. 92.

adelante, en el presente trabajo, articularé la voz con la estructuración psíquica, como una manifestación sonora del deseo unido a la madre.

“Jacques Lacan advierte que el sujeto se estructura en y por el lenguaje. El niño llega a un mundo parlante, donde es hablado y significado por el Otro. En la manera de proceder con ese baño de palabras, se estructurará su manera de ser y de pensar. En ese universo de lenguaje, al niño le ha sido asignado un lugar desde la fantasía – que Lacan denomina fantasma – del Otro encarnado por los padres (El Seminario, Libro XIV, “La lógica del fantasma”). En ese sentido, el fantasma es un guión que antecede a la llegada del niño, es una pequeña historia muy detallada: hay una escena, un decorado, hay personajes que desarrollan acciones; allí el niño tiene asignado un papel, en relación con el deseo del Otro, deseo que no es visto directamente sino, en todo caso, entrevisto.”⁵

Esta construcción del fantasma puede entonces ser vista como una interpretación del deseo del Otro. Debido a que el deseo del Otro está articulado en palabras, permite por medio del despliegue discursivo, ver como se juega en el niño el deseo de la madre y también la relación deseante de los padres entre sí; revelando la trama edípica en la que el niño está sumergido. El fantasma es de suma importancia al mediatizar la relación del hombre con el mundo y con el Otro, por consiguiente el Otro significa al niño desde su fantasma.

En “*Dos notas sobre el niño*” Lacan describe que: “...el síntoma del niño está en posición de responder a lo que hay de sintomático en la estructura familiar.” (J. Lacan, 1987, pág. 55).

Tomando las palabras de la Lic. Beatriz Janin: “*Los padres tienden a repetir con los hijos las marcas que sus propios padres dejaron en ellos, fundando en el otro caminos erógenos, privilegiado vías narcisistas, transmitiendo normas e ideales*” y continúa diciendo “*La repetición de padres a hijos, puede ser pensada como el modo en que reaparece en los hijos lo desestimado, lo desmentido y lo reprimido en los padres*”. *Lo reprimido retorna, desde el niño, en forma de síntoma o en funcionamientos que esbozan el armado de un síntoma.*” “*Cuando lo que se presentifica en un niño es algo del orden de lo desmentido en los padres, el niño no ha incorporado*

⁵ Comenta O. Frizzera en “*El lugar de los padres en la violencia del niño*”, publicado en la revista Cuestiones de Infancia.

tanto contenidos como una defensa a ultranza del narcisismo y entonces lo que hace es repetir ciegamente un mecanismo que lo lleva actuaciones permanentes.”⁶

La autora sostiene que si prevalece la desestimación en los padres, será el hijo quien representará lo rechazado por ellos, rellenando agujeros representacionales de los otros, quedando el niño como representante de lo desestimado, como lo siniestro. Retomaré y ampliaré este tema más adelante.

2) La voz

P. Aulagnier se refiere al término portavoz como la función reservada al discurso de la madre en la estructuración psíquica.

“...desde su llegada al mundo el infans , a través de su voz, es llevado por un discurso que, en forma sucesiva, comenta, predice, acuna al conjunto de sus manifestaciones; portavoz también en el sentido de delegado, de representante de un orden exterior cuyas leyes y exigencias ese discurso enuncia” (P.Aulagnier,1975, pág.113) .

Barthes define a la voz como *“...el espacio privilegiado de la diferencia”* y agrega *“...toda relación con la voz es por fuerza amorosa...”*, *“... el acto de escuchar la voz inaugura la relación con el Otro”*.

Frizzera y Heuser en el artículo *“Desde el grito a la melodía. La estructuración de un sujeto”*, refieren que la voz surge del interior del cuerpo, lo atraviesa , ya en el exterior alcanza existencia y va en búsqueda de Otro, posibilitando una demanda. Dicen los autores *“Voz como materialidad fónica, que transporta deseo...”*, *“Implica diferencia y unión...”*.

La voz acarrea melodía, primer componente del lenguaje como una manifestación sonora del deseo unido a la madre. La melodía con su ritmo me lleva a pensar en el desarrollo psíquico temprano y de que forma el bebé va organizando su mundo sensorial, un mundo que capta frecuencias que armonizan con los ritmos endógenos pulsionales; el bebé se tranquiliza al escuchar ritmos conocidos, como la voz de su madre.

Lo primordial puede remitir a lo primero, pero también a lo originario. Lo originario ha sido conceptualizado por Aulagnier como un primer modo de metabolización del encuentro con el Otro,

⁶ . B. Janin, *“Recuerdos, repeticiones y reencuentros de padres a hijos”*, pág.2 .

cuya modalidad de representación es el pictograma, que da cuenta de un modelo relacional en términos de placer-displacer.⁷

3) La Angustia

El tema de la angustia está presente en casi todos los trabajos freudianos. Freud va ubicando progresivamente el tema de la angustia en la teoría de las neurosis. En la primera delimitación nosográfica establece que las neurosis de angustia, que forman parte de las neurosis actuales, provienen de una tensión sexual acumulada que se transforma en angustia.

En “*Tres ensayos*” (1905) habla de una “*angustia neurótica*” producida por represión.

Observa que debido a un conflicto entre las instancias psíquicas, la libido es desviada de sus fines y rehusada su satisfacción; en éste caso aparece el fenómeno de la angustia que denomina *angustia histérica*.

En “*Lecciones introductorias al psicoanálisis*” (1916), define la angustia como un estado afectivo, queriendo llegar a una comprensión psicológica de la misma, estudiándola a partir de la economía libidinal; tomando el psicoanálisis un camino diverso al que estudia la medicina. Pero ¿qué significa un estado afectivo?. El afecto sería una descarga que tiene como manifestación final una sensación.

Freud elabora la teoría traumática de la angustia y considera que la angustia es la repetición de una vivencia significativa. El nacimiento es el primer momento de angustia que corresponde al momento en que el bebé es separado del cuerpo de su madre, instante en donde los pulmones comienzan a funcionar y el circuito cardíaco se modifica.

Generalmente las sensaciones displacenteras aparecen en los órganos de la respiración y del corazón; la angustia está ligada con alteraciones en la respiración y en el ritmo cardíaco. El término angustia deriva del latín “*angustiae*”, que refiere a un angostamiento, poniendo de manifiesto el carácter de estrechamiento de la respiración.

⁷ En algunos de los trastornos como la bulimia y anorexia se evocan modos de metabolización que reconducen a lo originario. En estos casos, la dimensión motriz, jugada en torno al hambre/rechazo, se liga a esa modalidad arcaica de satisfacción pulsional. Lógica del *todo o nada* que resulta contrapuesta a las estrategias representacionales, y que abarca tanto la relación con el alimento como el vínculo con los otros.

A partir del modelo del acto del nacimiento, la angustia queda unida a un factor traumático, denominada angustia automática. El afecto de la angustia deriva de la dificultad para resolver una tensión.

En las dos tópicos Freud relaciona la angustia con una tensión excesiva, con un factor traumático. En la primera, la angustia provoca que el yo se escape de las exigencias libidinales, que percibe como peligrosas, convirtiendo un peligro interior en un miedo exterior. Con la segunda tópica Freud estudia la angustia señal y afirma que el yo es la única sede de la angustia, por lo tanto los diversos tipos de la angustia pertenecen a las distintas relaciones del yo con las demás instancias. Es en *“Nuevas conferencias de la introducción al psicoanálisis”* donde Freud ubica el problema de la angustia con relación a los conceptos de la segunda tópica (Yo-Ello-Superyo).

En *“Inhibición síntoma y angustia”* Freud retoma el estudio del historial de Juanito, donde postula que la angustia de castración es el motor que posibilita la represión y con ello la formación de síntoma. La angustia es causa de la represión y no la represión el origen de la angustia. Los síntomas se crean para evitar el desarrollo de angustia.

En los casos de acting out nos encontramos ante una angustia traumática más que a una de castración. Lo que amenaza procede desde lo real, amenazando inundar la subjetividad con lo pulsional. En el Seminario X Lacan define a la angustia como un afecto (J. Lacan, 1963, pág. 22) refiriéndose al objeto “a” diciendo *“...es lo que ya no se tiene...”* (J. Lacan, 1963, pág. 22). Más adelante continúa diciendo *“Freud nos dice que la angustia es un fenómeno de borde, una señal que se produce en el límite del yo cuando éste se ve amenazado por algo que no debe aparecer.”*. Es el sentimiento de lo siniestro, siendo el fantasma una defensa contra ella.

4) Intervenciones Psicoanalíticas

Nietzsche anticipaba en la función del filósofo y el poeta la del analista cuando decía: *“... el sentido de mi obrar es que yo imagine como un poeta y recomponga en una unidad aquello que es fragmento y enigma y horrible casualidad...”*⁸

⁸ F. Nietzsche: Así hablaba Zaratustra. Ediciones Marymar. Buenos Aires, 1980.

Muchas veces la clínica nos enfrenta a interrogantes acerca de nuestra práctica. En ciertas ocasiones nos asombramos ante situaciones que tienen un acontecer impensado que nos sorprende y moviliza los cimientos de nuestro pensamiento.

Sobre la relación entre la teoría y la práctica, me parece interesante tomar unas ideas de Foucault que se refieren a que todas las teorías llegan a un punto de detención, que se levanta frente a ellas como un muro. Este muro debe ser atravesado por cierto tipo de prácticas. La clínica es el lugar donde nos tenemos que dar cuenta de hasta donde nos llega la teoría y hasta donde no. Es hasta donde la teoría ya no da, que se deba inventar una práctica para movilizar el límite de esa teoría.

En el campo de las terapias psicoanalíticas, es clásica la división hecha por Freud *"per via di porre , per via di levare"*, tomada de una oración de Da Vinci acerca de las técnicas del arte como la pintura y la escultura. En el texto *"Sobre psicoterapias"*(1905) compara estas artes con la sugestión y el psicoanálisis. *"Per via di porre"*: la sugestión, como en la pintura, agrega colores sobre la tela donde antes no estaban. *"Per via di levare"*: el psicoanálisis se asemeja a la escultura, en donde se quita de la piedra lo que recubre las formas de la estatua contenida en ella. No quiere agregar o introducir nada nuevo, sino retirar lo que desfigura la significación de los síntomas patológicos. Pero al igual que en la escultura supone creación (la estatua no estaba ahí) en el encuentro entre el paciente y el analista, donde se establece un vínculo creativo que posibilita la apertura a lo nuevo.

En la técnica de tratamiento psicoanalítico la relación entre el psicoanalista y el analizado, por las particularidades del encuadre analítico, la transferencia y el análisis de la forma específica en que se presenta, ocupa un lugar central para la cura. . En el *"Diccionario de psicoanálisis"* los autores definen la transferencia así:

"(...) el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica. Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad. Casi siempre, lo que los psicoanalistas denominan transferencia, sin otro calificativo, es la transferencia en la cura. La transferencia se reconoce clásicamente como el terreno en el que se desarrolla la problemática de una cura psicoanalítica, caracterizándose ésta

por la instauración, modalidades, interpretación y resolución de la transferencia.”(J. Laplanche y J. B. Pontalis ,1996, pág. 439).

En “*El método psicoanalítico*” de Freud, el autor refiere que la tarea que el método psicoanalítico se empeña en solucionar, es suprimir las amnesias:”*Deben deshacerse todas las represiones; el estado psíquico resultante es el mismo que produce el llenado de todas las amnesias*”, “*se trata de volver asequible lo inconciente a la conciencia, lo cual se logra venciendo las resistencias*” (S. Freud, 1904, pág.240) y en “*Sobre Psicoterapia*” se refiere a la terapia analítica diciendo “ *la terapia analítica, en cambio, no quiere agregar ni introducir nada nuevo, sino restar, retirar, y con ese fin se preocupa por la génesis de los síntomas patológicos y la trama psíquica de la idea patógena, cuya eliminación se propone como meta*” (S. Freud, 1905, pág. 250). Agrega que la tarea del médico es mover al paciente para comprender y aceptar lo que estaba reprimido.

En “*Construcciones en psicoanálisis*” (1937) Freud clasifica la materia prima para poder “producir lo deseado”. Esta materia prima serían los jirones de recuerdos, ocurrencias que surgen de la asociación libre e indicios de repeticiones dentro o fuera de la situación analítica. El paciente, dice Freud, “... *debe ser movido a recordar algo vivenciado y reprimido por él*”. La operación del analista es colegir lo olvidado, construirlo desde los indicios que quedaron. Sería la forma que el analista busca; su posición es siempre mover a algo, causar algo para producir lo deseado. Construye lo que escapa al encuentro. Lo que construye es para reemplazar un imposible de decir que denomina lo verdadero. Lo importante no es la realidad sino la convicción cierta acerca de la verdad. Lacan contribuye a pensar que en este punto es lo real lo que aparece como imposible.

Volviendo a Freud, en “*Recordar, repetir y reelaborar*” (1914) se topa con el “actuar” cuando lo que busca es el recuerdo, las asociaciones, la palabra. Es un actuar sin saber, que se despliega en la actualidad de la relación con el analista. Transferencia y repetición. Aparece aquí una nueva dimensión de la técnica, que ofrece un material distinto que no llega por vía de las asociaciones. Propone la transferencia como lugar de puesta en escena. La transferencia es vista al principio como un instrumento para dominar la compulsión de repetición del paciente. Dice Freud “...*le abrimos la transferencia como una palestra donde tiene permitido desplegarse con una libertad casi total, y donde se le ordena que escenifique para nosotros todo pulsionar patógeno que permanezca escondido en la vida del analizado.*”

Es útil rastrear la trayectoria de las ideas y su génesis en el psicoanálisis siguiendo sus transformaciones, lo cual deja una base de un gran valor potencial para que nuevas construcciones teóricas y nuevas modalidades tengan sus efectos cuando aparece una emergencia en la clínica de la angustia, situación que me lleva a pensar en los límites de la citada clínica. Una clínica donde prevalecen las cuestiones narcisísticas y sus quiebres, por lo tanto el tipo de intervención terapéutica no debe estar ligada a la interpretación.

Winnicott despliega su posicionamiento partiendo de la repetición en acto que trabaja Freud, operando como límite a las interpretaciones del analista y avanza con ideas como la de los fenómenos transicionales que abren la posibilidad de pensar otra dimensión de la subjetividad. Reflexiona diciendo : “... *la tarea de interpretación del analista tenga efecto, se la debe vincular con la capacidad del paciente para colocar al analista fuera de la zona de los fenómenos subjetivos. Se trata de la aptitud del paciente para usar al analista*”. El rasgo principal del objeto y los fenómenos transicionales es “*la paradoja y la aceptación de la paradoja: el bebé crea al objeto, pero éste ya estaba ahí, esperando que se lo crease*”.⁹ Crea lo que se halla en torno a él esperando ser encontrado. Con la construcción del espacio transicional, Winnicott ofrece nuevas posibilidades al analista para la comprensión, considerando sus propias reacciones para entender las situaciones paradójales del vínculo transferencial. Así la contratransferencia se convierte en un instrumento privilegiado para el analista.

La situación analítica funciona como un campo de indagación y puesta a prueba de ideas novedosas, permitiendo formular nuevas hipótesis para el dispositivo analítico. La dinámica relacionada con la plasticidad o rigidez del marco terapéutico permiten rescatar la capacidad del analista para abrir un espacio en un lugar donde la simbolización no se halla presente y la repetición juega un papel fundamental, me refiero principalmente a los casos de acting out. La utilización del instrumento interpretativo en estos casos, sobre todo fuera de un contexto analítico terapéutico, puede ser extremadamente peligroso o incluso inútil. Generalmente la interpretación hace florecer la rabia del paciente o contra sí mismo o contra otro, pudiendo aparecer los fenómenos del acting out.

Si el analista soporta la angustia que esa situación provoca en él, si tolera la transferencia en acto, como repetición de lo innombrable y si se está dispuesto a afrontar las distintas expresiones de la

⁹ D. W Winnicott, “*El uso de un objeto y el relacionarse mediante identificaciones*”, 1968, en “*Exploraciones psicoanalíticas I*”, Paidós.

conjunción vida-muerte; podrá operar dando un sentido, por medio de sus intervenciones, instaurando nexos y diferencias que posibiliten desplegar el sufrimiento y abrir nuevos caminos.

¿Cómo escucha el psicoanalista las formaciones psíquicas del inconsciente y las formaciones del objeto? Las manifestaciones del inconsciente son descifrables (desplazamientos y sustituciones significantes) y el analista participa de ellas; las formaciones del objeto “a” son terminales (no forman parte ni resultan de combinatoria alguna) y el analista queda en suspenso frente a ellas.

Para poder ampliar la pregunta del párrafo anterior considero importante destacar la relación entre sueño traumático y compulsión a la repetición con el sueño normal y los síntomas. Freud expone una diferencia entre el sueño traumático y el sueño.

El sueño traumático es el lugar que más se acerca al núcleo de la compulsión a la repetición y que indica aquello que empuja en lo que se repite. Junto con la repetición en la transferencia o el recuerdo en acto se ubica ese “eterno retorno de lo igual”. Si el sueño es el guardián del dormir, en este tipo de sueños se produce una perturbación que es la que nos despierta, allí donde no hay representante psíquico.

Cuando escribe “*La interpretación de los sueños*” Freud señala que los sueños son interpretables y el trabajo de interpretación produce para el soñante un sentido inesperado. El texto del sueño (contenido manifiesto) está dado por una escritura cuyos signos no valen por ellos mismos, sino por su relación. El trabajo de condensación implica una traducción a otra escritura, los elementos del sueño aparecen múltiplemente determinados. El desplazamiento es obra de la censura y es uno de los medios para alcanzar la trasposición o desfiguración. Se trata de sustituir una determinada representación por otra que le era vecina en asociación.

El trabajo del sueño transcribe como un enigma un determinado mensaje. ¿Cuál es la conexión entre el sueño normal y el síntoma?. Tanto el trabajo del sueño como el síntoma transcriben como un acertijo un determinado mensaje cifrado portador de un sentido que puede ser develado, pudiendo ser descifrado por la interpretación, siguiendo las reglas de desplazamiento y condensación.

En el sentido económico, el síntoma aporta una satisfacción que reemplaza al deseo inconsciente; en el sentido simbólico, sustituye el contenido inconsciente por otro, siguiendo ciertas líneas

asociativas, producto del desplazamiento y la condensación que determinan la singularidad del síntoma.

Retomando el tema de la terapia analítica, Lacan en “*Variantes de la cura tipo*” (1953), considera que un psicoanálisis, tipo o no, es la cura que se espera de un psicoanalista; invita justamente a considerar en las variaciones, en el caso por caso, introduciendo interrogantes fundamentales para la posición del analista en relación a las estructuras clínicas. En este artículo propone que el objetivo de un psicoanálisis no es llenar de sentido el síntoma, sino por el contrario operar desde la función del analista frente a la repetición. En las patologías del acto la cura implica transformar el goce en placer y lo no escrito en escritura. Refiere que la clínica psicoanalítica es una clínica de la escritura que no cesa de no inscribirse en lo anímico (compulsión a la repetición, pulsión de muerte).

Ya Freud en “*La iniciación del tratamiento*” (1913) decía que:

”La extraordinaria diversidad de las constelaciones psíquicas dadas, la plasticidad de todos los procesos psíquicos y la riqueza de los factores que hemos de determinarse oponen también a una mecanización de la técnica”.

Lo escrito nos remite a pensar o mejor dicho a repensar la función del analista en determinados casos, pero sin modificar en ninguno la función del trabajo analítico, que intentará descubrir cómo se trama en el paciente una historia que lo excede, desplegando lo fantasmático para encontrar nuevos caminos hacia el placer.

Las estrategias del analista aparecerán en lo particular de cada ocasión. Su función sería escuchar a su paciente como un sujeto sufriente, comprometiéndose con las búsquedas del analizando, evitando quedar encerrado en las identificaciones contrantransferenciales y abrir caminos posibles que impulsen un proceso liberador.

La función del analista sería la de abrir el campo del lenguaje del paciente o sea, que éste pueda ligar un significante con otro. En el acting out hay una imposibilidad del paciente de “hacer cadena de significantes”, poniendo en juego algo de lo indecible.

Tomaré un párrafo, acerca del comentario que hace Frizzera de la obra “*Despertar de Primavera*”, que a mi entender permite reflexionar acerca de la complejidad del lugar del analista y sus intervenciones con un adolescente:

“La intervención del enmascarado no fue sólo con palabras. En silencio lo toma del brazo y lo aparta del cementerio, con lo cual logra sujetar a Melchor. Sujetar en el sentido de hacerlo sujeto y también en el sentido de tomarlo de la mano para señalarle un camino de salida.”

y agrega:

“Esto confirma lo acertado de la operación como acto analítico. Para terminar una expresión de deseo: si bien analizar conlleva algo de una tarea imposible me digo y les digo que bueno sería poder lograr siempre la eficacia del enmascarado. Al menos en esa dirección hemos de ir.”¹⁰

En el análisis de ésta obra, Frizzera ensambla al enmascarado y a la función del analista. Propone pensar al analista como aquel que hace semblante, aquel que no revela aquello que hace a su ser, que corta una satisfacción pulsional tanática y vincula el querer con la ley.

Las intervenciones que un terapeuta despliega a lo largo de un tratamiento, exige considerar los múltiples componentes del tratamiento. Tal es la complejidad que caracteriza al accionar de los terapeutas, que impone el empleo de variadas estrategias. Desde ésta perspectiva la experiencia de la clínica no es una, sino que tenemos múltiples dimensiones y direcciones de situaciones de consulta, por lo tanto nuestros instrumentos, nuestras intervenciones, también serán diferentes en cada caso en particular.

Se puede pensar en las intervenciones como todo acto verbal de carácter intencional, realizado por el terapeuta. Para los psicoanalistas es importante examinar qué formas de intervención pueden resultar más apropiadas para producir el cambio terapéutico, dadas determinadas condiciones del paciente y de la relación que éste establece con su terapeuta.

En los casos de las patologías del acto, las intervenciones del analista tendrían que mostrar al paciente que se toleran el vínculo con sus cargas y vicisitudes, ofreciendo de esta forma modelos de vínculos. Crear un vínculo y desarrollarlo como instrumento terapéutico. En este tipo de trastornos hay que ir creando condiciones graduales para arribar a un psiquismo que pueda, a posteriori, trabajar con la interpretación como instrumento.

¹⁰ Cuestiones de infancia, “Encrucijadas de la adolescencia”, vol.12, UCES, Bs.As. 2008, pág.58

Voy a citar a Winnicott nuevamente, ya que el autor destaca la forma en que intentó crear un vínculo desde el nivel evolutivo, lugar donde estaba instalada la problemática. En las intervenciones muchas veces lo que se dice está en el tono de voz o en el gesto como intervenciones organizadoras:

“Si el estado esquizoide surge en la sesión y el terapeuta va a su encuentro mostrando que él, analista, puede contener, dar holding al paciente, permite que éste pase de la esquizoidía a la dependencia regresiva, la cual ofrece la ventaja de permitir correcciones asociativas de la experiencia infantil del paciente.”¹¹

Pensando en el lugar del analista, tomaré la expresión de Winnicott de “madre suficientemente buena”, como alguien que tolere que el niño (o el paciente) deje marcas en él y que pueda recuperarse de esas marcas; que no responda en espejo, sino que soporte el despliegue, devolviéndole de un modo diferente lo que trae.

Es necesario para posibilitar los procesos de desligazón, que el análisis pone en juego, ofrecer el sostén (*holding*) necesarios para que los procesos de religazón se activen. Si el espacio analítico es un lugar en donde se activa lo infantil, sexual, inconsciente; sostener implica sostener los enigmas del paciente.

La Lic. B. Janin refiere en su artículo “*Psicoanalizando niños*”, que el analista de niños tiene en muchas ocasiones una función estructurante, que implica ligar por medio de la contención, gestos, del poner en palabras, etc., lo que dejó huellas que provocaron la repetición del movimiento desinscriptor (lugar que denota el accionar de Thánatos). En cambio simbolizar, resignificar, nombrar los afectos, cualificar la excitación, no silenciar, etc., es tarea de Eros. Es nuestra labor como analistas, en determinados casos clínicos no sólo de niños, sino también de adolescentes o de adultos, funcionar como analistas de niños.

Tomando palabras textuales de Mannoni (1971)

“...cuando habla el psicoanalista, lo que constituye su especificidad es su receptividad, su escucha”.

¹¹ Winnicott, Donald: *Holding and Interpretation. Fragment of an Analysis*, London, The Hogart Press and the Institute of Psychanalysis, 1986.

No siempre los analistas analizamos, pero tenemos la obligación de saber que hacemos cuando nuestra práctica se ejerce en los bordes mismos del análisis.

El desafío frente al cual estamos, entonces, es uno de integración. La tarea actual de la investigación clínica, teórica y empírica, es integrar el abanico de diferentes posibilidades terapéuticas. Por cierto, la posibilidad de una modificación de la técnica de tratamiento de acuerdo con las características de cada paciente individual, dependerá de la capacidad del analista de adaptar sus propias características personales (empatía) y profesionales (estilo terapéutico) de manera de salir al encuentro de forma terapéuticamente adecuada a lo que el paciente trae a terapia.

5) Duelo

La exposición del tema del duelo está presente en este trabajo ya que al abordar el mismo, se lo puede vincular con la adolescencia (período de duelos por excelencia), la anorexia y los actings.

La palabra “duelo” etimológicamente proviene del vocablo latino “*dolus*” que significa dolor.

Laplanche y Pontalis (1976) definen el duelo como:

“Proceso intrapsíquico, consecutivo a la pérdida de un objeto de fijación, y por medio del cual el sujeto logra desprenderse progresivamente de dicho objeto.” (pág.433)

En “*Tótem y Tabú*” (1913) ,el creador del psicoanálisis, realiza un estudio antropológico acerca del tabú de los muertos. En el hombre primitivo anidaba la creencia de que los muertos más queridos se transforman en demonios. Esto se puede explicar, nos dice Freud, con el estudio de las psiconeurosis. Los que sobreviven al muerto son víctimas de reproches obsesivos, se preguntan si no habrán contribuido por alguna negligencia a la muerte de éste. Relaciona las autoacusaciones - temor a los muertos, temor a la represalia, temor al demonio- con el deseo de muerte del prójimo relacionada a la ambivalencia de sentimientos de todo deudo hacia el objeto perdido.

En “*Estudios sobre la histeria*” (1895) Freud relaciona el trabajo de duelo con el de elaboración psíquica, como una necesidad del aparato de ligar impresiones traumáticas. Define, en “*Duelo y melancolía*” (1915), al duelo así:

“es la reacción frente a la pérdida de una persona amada, o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.”. No se considera un estado patológico, se lo supera pasado cierto tiempo *“... y juzgamos inoportuno y aún dañino perturbarlo”.*

Freud advierte que es un estado que le impone al sujeto considerables desviaciones de su conducta normal. La sustracción de la libido del objeto amado resulta muy dolorosa y sólo puede realizarse de modo paulatino, con gran gasto de tiempo y energía, continuando mientras tanto la existencia psíquica del objeto perdido. Es necesario un trabajo intrapsíquico para llevar a cabo un estado de tales características ya que toda la energía del sujeto está acaparada por su dolor y sus recuerdos. Este proceso interior puede fracasar como denotan los duelos patológicos.

Freud mostró la relación entre el duelo normal, el patológico y la melancolía. El duelo normal vence sin duda la pérdida del objeto, la realidad pronuncia su veredicto: el objeto ya no existe más, y el Yo se deja llevar por las satisfacciones narcisistas que le da el estar con vida y desata su ligazón con el objeto perdido. En el duelo patológico hay un conflicto ambivalente, el sujeto se supone culpable de la muerte acontecida, se cree poseído o influido por el muerto, niega el fallecimiento, cree padecer la misma enfermedad que el difunto, etc. En cambio, en la melancolía, el yo se identifica con el objeto perdido, se resigna a sí mismo porque se siente odiado y perseguido por el súper yo, en vez de sentirse amado, se trata de una pérdida producida en la vida pulsional.

Subjetivar, dar un significado a la pérdida, sería lo que permitiría al sujeto *“...permanecer viviendo como ser humano, es decir, con capacidad de representación de sí mismo más allá de estas ausencias...”* (Guyomard, 1996). En la subjetivación del duelo se intentará encontrar una significación acerca de la pérdida que le permita al deudo no perderse a sí mismo; ya que ante la muerte de un ser querido lo que se pierde no es sólo al que acaba de morir, sino todo lo que el sujeto *“invirtió”* en él haciéndolo especialmente querido.

Tanto Freud como Lacan sostienen que existen duelos *“normales”* y duelos *“patológicos”*, aunque ninguno plantea una correspondencia entre duelo *“normal”* y subjetivación o duelo *“patológico”* y desubjetivación. Ambos autores dicen que el pasaje por la angustia es imprescindible para la tramitación de los duelos, y que de los avatares por ese acontecer resultará la diferencia entre duelo normal y el patológico. Es por ello que para Lacan el acting out y el pasaje al acto son las

respuestas más comunes vinculadas a las pérdidas –dado el encuentro con la angustia- razón por la que plantea la necesidad de los rituales y del tiempo del duelo.

En ésta oportunidad, en base a lo expuesto en el párrafo anterior me pregunto, entonces, si existe una relación entre duelo, anorexia y acting.

G. Raimbault y C. Eliacheff en su libro *“Las indomables. Figuras de la anorexia”* dicen:

“... la anoréxica, precisamente por su rechazo a satisfacer las necesidades fisiológicas del cuerpo, da cuenta del vacío, de la ausencia de una categoría esencial para el ser humano, que no es otra que la del deseo.” “Vivir es imposible para ella, pues su única meta, sin que lo sepa, es la de reemplazar a un muerto; es de ser un muerto en el fantasma de un pariente, a quien el duelo le resultó imposible.”.

Las autoras se preguntan que lleva a actuar a las anoréxicas de esa forma, cuál es el fin y cuál es la mitología familiar en la que quedan atrapadas como una forma de existencia. Al exhibir su síntoma la anoréxica plantea la pregunta: ¿qué significa ser una mujer?, ¿quién soy?, ¿dónde está mi lugar?.

La dificultad de hacer un duelo, de aceptar una pérdida, obstaculiza el investimento de las representaciones de las personas, su nombramiento. En otras palabras, la imposibilidad de renunciar a perder un ser o una cosa va arrasando el conjunto de las representaciones.

Aberastury sostiene que *“Hablar de esa muerte no es crear el dolor ni aumentarlo; por el contrario, la verdad alivia al niño y lo ayuda a elaborar la pérdida. Hay verdades muy difíciles de aceptar para el adulto; de ahí que al mentir está delegando esa parte infantil en el niño”*.¹²

Resulta llamativo que en las sociedades africanas, en donde se han mantenido las culturas tradicionales, no se han observado casos de anorexia. En estas sociedades los ritos funerarios están muy investidos, son muy precisos y muy respetados. Cada muerto posee un determinado estatuto en la sociedad. Aquí se observa que estas comunidades aceptan la pérdida y aceptan enterrar a sus

¹² A.Aberastury, A. *“La percepción de la muerte en los niños”*, Revista de la APA, Tomo XXX, N° 3-4, pág. 163

mueritos. Buchan y Gregory (1984) desarrollan la hipótesis según la cual la anorexia mental encuentra su lugar preferido en la familia nuclear occidental.¹³

Este planteo sostiene que la anorexia nerviosa tendría una relación con los duelos, la muerte, el instinto de muerte. ¿Por qué el instinto de muerte? Estos dos términos conducen a pensar el instinto de muerte como un deseo de muerte, un deseo de destrucción. Freud habla de éste instinto como un orden simbólico que insiste para ser realizado, un automatismo de repetición. Retorno de lo reprimido.

La antipulsión de muerte sería el deseo de saber, lo que invita a reconstruir una historia. El instinto de muerte expresa los límites de la función histórica del sujeto, sería el reverso de lo simbólico, el ahuecamiento de la palabra.

Tanto Freud como Lacan se ocuparon del tema de la anorexia. “*Se trata de comprender la anorexia mental como: no que el niño no come, sino que come nada*”¹⁴. La anoréxica no tolera que cualquier demanda sea interpretada en términos de necesidad. Es vital comer “nada” para así mantener viva la dimensión del deseo, el cual nace de la separación entre necesidad y demanda.

Por último quería agregar que la etiqueta de “anoréxica” provoca miedo, rechazo a escuchar y comprender a quien no está preparado en la clínica y trae aparejado el proceso de exclusión. Este diagnóstico no implica, sino que reduce al sujeto a un síntoma.

6) La adolescencia

La adolescencia puede ser definida desde diferentes puntos de vista, según el lugar desde dónde se la quiera abordar. Ese período vital empieza siendo un hecho biológico, pero está inmerso en proceso psicosocial, que se modifica dependiendo de las culturas y los períodos históricos.

La adolescencia impone un pasaje desde la niñez a la adultez, el cual ya está determinado biológicamente. Siendo un proceso de cambio y transición, para el adolescente y su familia, representa un momento de la vida en el que aparecen problemas nuevos y con menor tiempo para poder resolverlos.

¹³ T. Buchant , L.D. Gregory.” Anorexia nervosa in a Black Zimbabwean”, Br. J. Psychiatry, 1984, 145, 326-330.

¹⁴ J. Lacan ., Seminario sobre la relación de objeto, 22 de mayo 1957.

El adolescente siente, sufre y está expuesto a diversas de situaciones que muchas veces no entiende: su cuerpo que cambia; su mente, en muchas ocasiones no sabe cómo manejar lo que pasa en el resto de su cuerpo; su familia (especialmente los padres), que según como hayan vivenciado su propia adolescencia, lo entienden o están igual de aterrados que ellos.

Para el niño pequeño los padres son, al principio, la única autoridad y la fuente de toda fe. El deseo de esos años infantiles es el de llegar a ser parecidos a sus progenitores. Pero a medida que progresa el desarrollo intelectual es inevitable que el niño descubra poco a poco las verdaderas categorías a las cuales sus padres pertenecen. Conoce a otros padres, los compara con los propios y llega así a dudar de las cualidades únicas e incomparables que les había adjudicado. Cuando el individuo crece se va liberando de la autoridad de sus padres, el desasimiento de la autoridad parental es una de las operaciones más necesarias, pero también más dolorosas, que el curso del desarrollo acarrea. Es absolutamente necesario que se cumpla, y es lícito suponer que todo hombre devenido normal lo ha llevado a cabo en cierta medida. Hasta el progreso de la sociedad descansa, en esa oposición entre ambas generaciones. Por otro lado, existe una clase de neuróticos en cuyo estado se discierne, como condicionante, su fracaso en esa tarea. Así lo expone Freud (1909) en *“La novela familiar del neurótico”*.

Tanto el adolescente como el niño, son individuos en crecimiento y están, con relación a sus padres, en una situación de dependencia psíquica. Por lo tanto los conflictos de los padres inciden sobre los procesos de desarrollo del adolescente. El entrecruzamiento de la conflictiva adolescente con la de los progenitores, enfrenta a los jóvenes con la necesidad del armado de un futuro exogámico e incierto y, además, con el duelo por la protección y dependencia de sus padres a la que les cuesta renunciar. Los padres también enfrentan duelos difíciles tales como el paso del tiempo, lo imposible de recuperar, la renuncia de las propias ilusiones, etc. Los encuentros y desencuentros entre padres e hijos adolescentes dependerá de la forma en que se haya construido en cada familia el pasado común, de las posibilidades psíquicas relacionadas con la salud-enfermedad, la elaboración de los duelos y la capacidad familiar para soportar este proceso de separación. No hay posibilidad de duelo y separación si el adolescente no se revela ante sus padres.

El hijo, en esta etapa, motoriza cambios para la estructura familiar, la que deberá ir accediendo a nuevas redes psicosociales y a una “nueva cultura”. Es importante, en la clínica, poder evaluar la

capacidad de la familia para soportar el proceso de desasimio. Una mayor rigidez parental podría conducir al adolescente hacia desenlaces cada vez más patológicos.

En la pubertad se produce un estasis libidinal que permite comprender como se va construyendo la subjetividad, de que forma esa estructura psíquica móvil se va organizando en el tiempo y se va plasmando en un interjuego de procesos identificatorios y defensivos.

Diego Moreira dice que:

*“la pubertad implica un segundo despertar, que no es sólo de la pulsión o querencia sexual, sino también la pulsión más pulsionante de todas, la de muerte.”*¹⁵

Hay adolescentes que soportan los duelos y los cambios enfrentándolos como una pérdida a elaborar, en cambio otros lo viven como un dolor terrorífico.

El proceso de duelo y la desinvestidura fue propuesto como central por Aberastury y Knobel en el libro *“La adolescencia normal”* (1971), en donde especifican que el adolescente se verá sumido en tres duelos: 1) por el cuerpo infantil, 2) por los padres infantiles, 3) por la identidad (bisexualidad). En otras palabras, implica varios duelos: duelo por la inmortalidad del yo, la inmortalidad de los padres, el duelo por la madre fálica, el duelo por el padre nutricional, y por la ilusión de la completud.

La metamorfosis de la pubertad presume un segundo tiempo de la sexualidad. El malestar asociado al crecimiento, al abandono del cuerpo infantil, de la niñez, a los padres de la infancia requiere varios procesos de pérdidas, situación asociada con la angustia. Esta época involucra siempre una muerte (la de la niñez) y el surgimiento de otro lugar psíquico vinculado con la adultez.

El pasaje a la adultez se caracteriza por el pasaje de un desconocimiento a un conocimiento que llamamos *el saber* y en el que quedan comprometidos los procesos de pensamiento. Este saber se asocia con la sexualidad y el trabajo.

M.C. Rojas (2008) refiere que el adolescente muchas veces es considerado peligroso porque remueve creencias y acciona en el sentido del cambio. Si el contexto familiar del adolescente es poco contenedor, el joven para intentar modificar el propio estado de ánimo de desesperación o el

¹⁵ Cuestiones de infancia, *“Encrucijadas de la adolescencia”*, vol.12, UCES, Bs.As. 2008 , pág.73

contexto familiar, puede dañar su cuerpo, presentar conductas adictivas, intentos de suicidio, etc., como formas de expresión de procesos pulsionales tóxicos.

Es una etapa caracterizada por la presencia de caos y de crisis, debido a que en esta fase del desarrollo, se precipitan la resignificación de lo no significado y traumático de etapas anteriores para poder acceder al reordenamiento identificatorio y a la confirmación de la identidad. En este sentido, el período de la adolescencia sería a la vez un punto de llegada y uno de partida. Es a partir de la adolescencia como punto de llegada, que podemos deducir retroactivamente las inscripciones y traumas que en un tiempo anterior permanecieron acallados en forma caótica y latente y adquieren, recién en este período, significación y efectos patógenos, ya que aquello que se silenció en la infancia suele manifestarse durante la adolescencia. Y como punto de partida, es el tiempo que posibilita la apertura hacia nuevas significaciones y beneficios a conquistar, dando origen a nuevas adquisiciones.

En efecto, la adolescencia representa el “*segundo apogeo del desarrollo*” (Freud, 1926), etapa resignificación que ofrece al sujeto la opción de poder realizar transformaciones inéditas en su personalidad. Tiempo recambio estructural en todas las instancias del aparato anímico del adolescente: el reordenamiento identificatorio en el yo, en el superyó, en el ideal del yo, en el yo ideal. Momento de elaboración de intensas angustias, que necesariamente deberá tramitar el adolescente y su familia, para posibilitar el despliegue de un proceso fundamental para acceder a la formación de la identidad: la confrontación generacional y fraterna. (Kancyper, 1987).

“La adolescencia es una encrucijada en la que se abren nuevos caminos pero también es una situación de crisis y riesgo. Y los adolescentes dependen, para sublimar sus pulsiones y sostener el narcisismo, de los aportes del mundo externo. Así, gran parte de la patología que vemos en los adolescentes de hoy (deserción escolar, intentos de suicidio, uso de alcohol y drogas, fugas reiteradas, anorexia y bulimia) debe ser pensada en un contexto de falla en la constitución del Ideal del yo cultural.”(B. Janin, 2008, pág.32).

Recordemos que crisis no equivale a enfermedad. Hay crisis “normales” (mutativas, transformadoras) indicadoras de que una reorganización se produce en la psiquis, efecto de exigencias pulsionales que promueven nuevas inscripciones y reordenamientos representacionales (por ejemplo: el Edipo y la adolescencia). Las crisis adolescentes son más fáciles de tolerar si

existieron previamente soportes infantiles y que ellos estén firmemente internalizados; en caso contrario nos encontramos con un dolor excesivo sin procesamiento, del cual intentan huir y expulsar, con sentimientos de vacío y de inexistencia, con un gran sufrimiento, por la ausencia de un otro que contenga y calme.

Es interesante plantear el concepto que expone acerca de la adolescencia F.L. Widder:

“El adolescente es ese ser sufriente, que deambula por la vida transitando su historia, descubriendo enigmas, entretelado con un entorno particular que se configura entre el sueño, el ensueño y la realidad; entre lo conocido y lo imprevisto, entre la provocación y el repliegue, entre lo nuevo y lo resignado. También es el terapeuta, quien junto con él, deambula por esa historia, para juntos, reconstruirla”¹⁶.

Tarea difícil la del analista de adolescentes, quien escuchará al paciente y lo acompañará a construir de a poco una historia, que no tiene que ser la misma que le fue concedida. En el análisis de niños y adolescentes, al incluir también a los padres, la transferencia pasará por el analista-niño y también por el analista y los padres. Esto implica que tanto el niño o el adolescente como sus papás rememorarán acompañados por el terapeuta. El proceso de historización surgirá en la transferencia, conectando lo que no estaba conectado, descubriendo enigmas que la persona creía no saber; pudiendo enriquecerse el análisis con el relato directo de los padres, parientes próximos, mitos y novelas familiares.

La novela familiar posibilitará la creación de la nueva historia, que va a permitir el desasimiento del niño de los vínculos parentales; siendo su elaboración una forma de suplir la pérdida de los padres de la infancia, quienes poseían un saber acreditado sobre su historia. Por medio de la novela familiar el adolescente intentará averiguar acerca del propio origen, pretendiendo adueñarse de la trama de su historia.

Historizar consiste en unir lo actual con la historia, ligar lo que fue con lo que es, llenar los vacíos en la estructuración psíquica y vincular pedazos desunidos de la historia. De eso se trata la tarea del paciente en análisis, pero también, la tarea de todos los seres humanos en un determinado momento de la vida, la adolescencia.

¹⁶ Cuestiones de infancia, “Encrucijadas de la adolescencia”, vol.12 UCES, Bs.As., 2008, pág.121,

7) Contexto social y familia

La subjetividad no se reduce sólo al psiquismo, modela y es modelada continuamente a lo largo de la vida. No todas las inscripciones pasan por un tamiz metabolizador que en el inicio es principalmente con los padres. Algunas marcas vienen de la cultura, de la sociedad. Diversos discursos y prácticas sociales actuales han contribuido al incremento de las patologías del acto; asimismo ciertos ideales de la sociedad aparecen como inalcanzables, generando funciones sin un registro reflexivo, sin discriminación del Otro.

Si la subjetividad se construye a partir de un ser en sociedad que la instituye, el interrogante sería de que forma lo fantasmático individual queda unido al significante social y cómo las nuevas significaciones imaginarias sociales producen cambios en la subjetividad. La cultura reclama a los jóvenes ciertas virtudes. Se puede reflexionar acerca del valor, en determinadas clases sociales o culturas, que posee la delgadez como sinónimo y supuesta garantía de éxito y aceptación.

Según lo explica la Lic. B. Janin (2008) el contexto social actual está caracterizado por la acción y la palabra ha perdido valor, prevaleciendo la desmentida de lo dicho. La inmediatez y la falta de tolerancia a la espera se presentan como características de ésta época.

En la actualidad lo “cibernético”, por ejemplo, ofrece un aumento del progreso y la comunicación, pero trae aparejado el anonimato y fallas en las redes de contención tanto comunitarias como desde los adultos progenitores. Estos últimos presentan dificultades en filtrar lo que llega a sus hijos, un filtrado necesario para abrirles el mundo de a poco, ayudándolos a armar redes simbólicas que unan argumentos para dar lugar a las fantasmaticaciones. Las tramas simbólicas necesitan para su construcción un tiempo, no pueden armarse sólo en el tiempo presente o desde el anonimato (lugar donde se obstruyen los lazos sociales), porque de este modo irrumpe el exceso y la violencia, produciendo efectos desubjetivantes, anestesiando el espacio mental.

Las características de la época ofrecen las bases sobre las que se organizan los modelos adolescentes en cada sociedad y tiempo histórico. La sociedad occidental ejerce, sobre los adolescentes, principalmente, una presión para que éstos “preserven las apariencias” conforme a los ideales físicos sociales del momento.

Si pensamos que la organización social ha tenido grandes transformaciones a lo largo del tiempo, podemos descubrir que esto también implicó un cambio importante en la concepción de familia, generando cambios en la subjetividad a partir de nuevas significaciones imaginarias sociales. En otras palabras, las particularidades de la época ofrecen la escenografía que organiza los modelos adolescentes y de la familia en cada sociedad y tiempo histórico.

Si bien la adolescencia es un momento vital en donde prevalecen las situaciones de crisis, observamos que en el último tiempo, las patologías han cambiado predominando las patologías del acto y los trastornos de la alimentación entre otros. Por lo tanto, si la historia de un adolescente ha estado marcada por sucesos que no han podido encontrar una forma de inscripción en su fantasmática, veremos en la clínica un vacío de representación.

Mannoni (1982[1967]) expresa:

“La sociedad le confiere al niño un status puesto que le encomienda, sin que él lo sepa, la realización del futuro del adulto: la misión del niño consiste en reparar el fracaso de los padres, e incluso en concretar sus sueños perdidos. De este modo, las quejas de los padres con respecto a su descendencia nos remiten ante todo a la problemática propia del adulto. Tales características vuelven a encontrarse cuando, en el análisis, el adulto nos habla de su pasado.”

Abraham y Torok (1976) hablan de la inclusión de una fantasmática ajena en la vida psíquica de un sujeto, un lenguaje cifrado inaccesible a la conciencia, un criptograma. Si lo encriptado pasa de una generación a otra, en un determinado momento alguien puede erigirse como decodificador. Aquí aparecen actos impulsivos que aparentemente no tienen explicación y que opera a expensas de su economía pulsional.

La familia se va organizando a lo largo de toda su historia, donde el resultado tendrá que ver con la articulación de las necesidades individuales, con el interjuego de los roles familiares “diferenciados” de cada uno de los integrantes de esa familia; la realidad en la cual se hallan inmersos y un conjunto de valores, tradiciones e ideologías.

A continuación expondré algunos determinantes familiares que contribuyen a ciertos estados patológicos en los adolescentes (S. Quiroga, 1998):

- a) Los desbordes pulsionales aparecen en familias donde los adultos presentan patologías graves, siendo los hijos quienes soportan esta conflictiva familiar sin salida, compulsiva y repetitiva que desemboca generalmente en situaciones límites con desbordes violentos de maltrato o desbordes emocionales, donde los hijos son usados como objeto de descarga.
- b) En otras familias el adolescente es objeto de un doble discurso, en apariencia el vínculo es empático pero en realidad es desafectivizado e inconsistente y son los padres quienes buscan la complicidad del hijo para lograr sus propios fines narcisistas. En estos casos aparece un discurso especulador y no se exhibe el caos familiar. El adolescente presenta sentimientos de resentimiento e incomunicación.
- c) Cuando en la familia aparecen discursos y mandatos contradictorios, siendo esta falta de coherencia en los mensajes familiares, el origen de las contradicciones intrapsíquicas que el yo asume como propias, surgen síntomas de depresión, estados de autoacusación con ideas de suicidio, sentimientos de desesperación y desesperanza. Cuando los hijos asumen las contradicciones de los padres a modo de caos interior, aparecen estados de pérdida de conciencia, despersonalización, disminución de la autoestima y sentimientos de aniquilación del yo.
- d) En las situaciones de desamparo parental, aparece en los adolescentes la culpa por estar vivos, siendo este sentimiento desplazado al contexto social que es vivido y percibido como poco contenedor y amenazador.
- c) Hay otro tipo de familias que expulsan rápidamente a los hijos, porque los consideran autónomos para lo que a los padres les conviene, pero evitan que sean afectivamente independientes impidiendo la quiebre de vínculos simbióticos.
- d) Existen familias que muestran una fachada de perfección, son padres que se comunican desde el saber y la censura. Para los padres nunca es suficiente lo que los hijos hacen, exigencia que ataca la autoestima de los jóvenes, pudiendo tener como desenlace estados de pánico, sentimientos de culpa y autocastigo o actuaciones autodestructivas.
- e) Por último quiero destacar los vínculos de dependencia simbiótica. Son familias que no permiten ningún tipo de separación o discriminación del hijo, situación que es vivida como una traición a la familia y se castiga con la expulsión; lo que se traduce como la muerte psíquica o en el peor de los casos la física.

Antes de continuar desearía ampliar la temática acerca del funcionamiento vincular simbiótico. Este se instala de forma silenciosa y es difícil su observación clínica. Este tipo de vínculos es propio de los cuadros de anorexia nerviosa. Es característico que la niña sea ubicada paulatinamente por la madre como proveedora de gratificaciones hacia ella, de modo que deberá ser complaciente, perfecta y sometida; no hay lugar para sentimientos agresivos o de rechazo, los cuales posiblemente se trasladen a posteriori a la alimentación. Predomina el narcisismo más que la relación de objeto en la cual se tiene en cuenta al otro y aparecen obstáculos para desarrollar la individualidad de los miembros, siendo esto una forma de desmentir lo nuevo por peligroso a su forma de vida. Hay escasa diferencia con la familia de origen y una gran dependencia emocional.

Son familias que intentan alcanzar el modelo de familia ideal, estableciendo severas reglas, conforme al modelo social dominante. Los padres siempre satisfacen lo visible por el mundo externo y presionan para que se conserven las apariencias del mundo social.

Se observa que la/el paciente desestima las emociones y sus padres las desmienten. Generalmente el padre no cumple con el rol de imponer la ley en el grupo y aparecen fallas en la identificación primaria madre-hija, motivo por cual no saben cómo se comporta una mujer porque no la vieron.

Generalmente aparece en la familia alguien con trastornos y duelos patológicos o poco procesados por medio de la palabra. Con anterioridad me referí a este tema en el ítem alusivo a los duelos.

Por todo lo expuesto considero imprescindible considerar la dimensión socio-familiar y lo transgeneracional para el abordaje de la terapéutica con adolescentes, vinculada o no a ciertas patologías.

CASO CLINICO

La paciente de éste material se llama Juana, tiene 17 años y cursa 5° año. Su hermana Ana, 23 años, es estudiante. Los padres: Tomás, dueño de una fábrica y María es profesora. Juana tiene un novio llamado Cristian.

Primer contacto telefónico

Los papás de Juana me comentan que están muy desesperados, que no saben que hacer con su hija. Relatan que a los 15 años le diagnosticaron anorexia nerviosa y que hasta hace menos de una semana estuvo en tratamiento, pero la analista le dijo a Juana que no se iba a curar. Estos padres dicen ver a la joven cada vez peor y les preocupa que en tres días realizará el viaje de egresados. Acordamos una entrevista.

Entrevistas con los padres

En el primer encuentro, Tomás y María llegan al consultorio muy angustiados. Es la madre quien relata que paseando en cuatriciclo con un novio, Juana sufre un accidente y se corta la frente. Este episodio sucede cuando la joven tenía 15 años. A partir de este momento, sigue narrando la madre, Juana deja de comer y baja 7 kilos en una semana. Los padres comentan que luego de éste incidente, tanto aquel novio de su hija, quien no es su actual pareja, como la familia de él, rechazaban a Juana. Esta situación los afectó a ellos también porque las dos familias eran amigas.

En el lugar donde vivían, Juana comienza un tratamiento grupal en un centro llamado “Centro de vida”. Era atendida por una psicóloga y un psiquiatra, quien la medicaba. Los padres están disconformes con el lugar, no ven que su hija mejore y como Juana tampoco quería continuar, la sacan de tratamiento.

En un segundo intento de análisis, con otra psicóloga, Juana realizó notables mejorías. Pero la joven decidió no continuar con la profesional argumentando que esta le dijo algo que no le gustó, sin que los padres nunca se enteraran que fue lo dicho.

Consultan nuevamente con otra terapeuta, siendo la nueva analista la madre de un amigo de Juana. En este caso es a los padres a quienes que no les gusta la profesional. María relata: *“llamé a la psicóloga para decirle que descubrí a Juana vomitando. Que comía mucho y luego se provocaba los vómitos”* y su respuesta fue: *“no sé nada de eso”*. La mamá continúa narrando que la terapeuta enterada, de una pelea entre Juana y su amigo (hijo de la psicóloga), insta a la joven a amigarse, diciendo que no debe estar distanciada de él y le expresa que si sigue así no se va a curar nunca. Juana llega a su casa y repite: *“Yo no me voy a curar, me lo dijo mi psicóloga”*. Esto nuevamente genera que por cuarta vez se cambie de profesional y es que me consultan.

Con relación a Juana el papá dice: *“yo no sé como tratarla, a veces me saca tanto que tengo ganas de pegarle, pero nunca lo hice. Encima está con ese pibe, que le hace peor, él tiene otra novia y ella lo sabe, la usa...él viene a casa como si nada. El padre de él es chorro, estuvo en cana, él no me gusta”*. Tomás continúa relatando: *“...Yo trabajo todo el día, empecé como operario y ahora tengo la fábrica, pero trabajo desde la madrugada hasta la noche para darles todo. Hasta cuando me corté un dedo trabajando, y lo perdí, al otro día estaba en la fábrica. Les compré un auto a cada una, trato que estén bien... y Juana me hace esto”* (se agarra el pecho). El papá de la paciente agrega: *“Estoy todo el día mal, a veces tengo ganas de vender todo e irme. Ahora nos vamos a mudar, compramos otra casa en otro barrio. Donde estamos la gente cree que somos millonarios por los autos, la fábrica y a veces nos usan a nosotros o a las chicas”*.

María está muy informada acerca de la anorexia. Al preguntarle acerca de esto responde que cuando ella era joven tuvo esta enfermedad, pero luego quiso curarse y nunca más volvió a tener esos episodios, según dichos textuales de la mujer. Relata que cuando su esposo tuvo que hacer el servicio militar, ellos estaban de novios y a él lo enviaron muy lejos. María bajó bruscamente de peso. Al regresar Tomás, la encontró muy delgada. Decidieron casarse y luego de contraer matrimonio ella comenzó a recuperar su peso.

La madre continúa diciendo: *“Cuando Juana comenzó con la anorexia estaba “un palo” y algunas amigas la rechazaban”*. Por este motivo su hija decidió cambiar de colegio y asistió donde ella dicta clases. Estando en la misma escuela, la mamá controlaba las colaciones y la adolescente subió de peso. Conjuntamente continuaba con el tratamiento psicológico. Juana, quien siempre fue una excelente alumna, al sentirse mejor decide volver a su anterior escuela, pero aquí se juntó con

la peor de las chicas, según palabras de la madre, y bajó las notas. Después que los padres le piden que se concentre en su estudio, subió las calificaciones pero tenía conflictos con las compañeras de la escuela. . En el viaje de egresada una compañera la llamó “anoréxica”, y ella reaccionó golpeándola.

A su regreso del viaje acordamos una sesión .El día anterior a la entrevista pautada con Juana y sus padres, la mamá de la paciente me llama muy angustiada y dice que su hija se encerró en el baño y vomitó. La situación que desencadenó esto se debió a que la joven pidió permiso para ver a su novio y sus padres lo consintieron, lo que provocó en ella un gran enojo, gritos y la decisión de no salir con él. María dice no saber que hacer, cuando le prohíben salir se enoja y si se lo permiten también. Sugiero que en la sesión podemos todos conversar y pensar acerca de lo que está pasando.

Entrevista familiar

Concurren Juana y sus padres. Tomás, es quien comienza a discutir con su hija acerca de la relación con su novio. Le dice a Juana que él no quiere que la traten mal, que la usen y que ese chico no es una buena persona. Cuenta que el joven salió en una red social mostrando un arma, que tiene otra novia y que sus amigos entraron a su casa a robar, esto lo sabe porque lo vio en el video de las cámaras de seguridad que están en el interior de su vivienda, pero no hizo la denuncia policial.

Juana dice entre gritos y sollozos que esta con él simplemente porque quiere y no le importa que Cristian tenga otra novia. Comienzan a discutir nuevamente.

Les hago saber que considero que posiblemente el enojo que sienten es anterior a Cristian y pregunto cuando creen ellos que comenzó el problema.

La mamá señala que fue cuando Juana tuvo el accidente con la moto y se sintió despreciada por su novio pero Juana dice que fue cuando la “dejaron de mirar” para prestarle atención a su hermana que se iba a hacer una lipoaspiración. Los padres coinciden en que Juana siempre tuvo toda la atención. Cabe destacar que tanto Juana como su hermana son jóvenes delgadas.

Intervengo diciendo que cada uno ubica el inicio de “la enfermedad” en diferentes momentos, cada uno tiene distintas realidades y que es importante que se enteren lo que pasa en la cabeza del otro.

Tomás acota: “*Uno le brinda lo que no tiene... estoy anulado... a veces me dan ganas de no ir más a la fábrica. No recibo lo que brindo...*” . Se angustia mucho, llora y le dice a su hija:”... *Al final querés matarme, verme muerto...*”. Juana lo mira asombrada y dice que no sabía que él sentía eso; que ella no busca que sus padres estén enojados.

Comenzamos a hablar de la historia de Tomás. Relata que su familia de origen lo despreció de pequeño, que su madre nunca le hizo una caricia, solo lo alimentaba y lavaba su ropa. Cuando conoció a su actual esposa el rechazo fue mayor porque ella pertenecía a una clase social alta. Tomás comenzó a trabajar en la fábrica del padre de María, actualmente es el dueño. Cuando le preguntaban por su familia de origen respondía: “...*están muertos...*”.

María acota que este año su cuñada llamó a Tomás para pedirle perdón por el desprecio y el rechazo de tantos años.

Sugiero pensar que lo ocurrido con su familia de origen, el dolor, el desprecio y la desvalorización que sintió quizás reaparezcan en su actual vínculo con Juana, donde él se siente rechazado por ella y rechaza a su vez, aunque son relaciones y momentos diferentes.

Sesión con Juana

Le pregunto a Juana como se había sentido en entrevista familiar. Dice que le sorprendió que su papá llorara, sólo lo vio llorar cuando falleció su abuelo materno y al recordarlo en su fiesta de 15 años. Comenzamos a hablar acerca de su abuelo.

Según dichos de Juana su abuelo era perfecto, con él todo estaba en orden. Falleció sorpresivamente cuando ella tenía 9 años. La paciente recuerda que su abuelo jugaba y estaba siempre con ella, la mimaba y *miraba*, tomando las palabras de esta joven. Desde su muerte sintió que nadie la miraba, que su papá sólo *miraba* a la fábrica y que su madre únicamente brindaba atención su hija mayor. También agrega que su ex novio salía a pasear con su propia hermana y con Juana, nunca estaban solos, salían los tres juntos. Juana se sentía despreciada, acota: “*él ya no me miraba*”.

Recuerda tener miedo de ir a la casa de su abuelo por temor a que aparezca su fantasma. Juana refiere que en la casa donde viven, todos los integrantes de la familia, comenzaron a tener la sensación de que “algo que molestaba” estaba dentro de la vivienda. Cuando estaban en el interior se sentían atrapados pero no querían salir, cuando salían no querían volver pero “algo” los

impulsaba a entrar. Llamaron a 2 brujos para que “limpien la casa”. Juana señala que su hermana relató a su familia, que una noche sintió que “alguien” le agarraba la muñeca, por la mañana todos observaron las marcas.

Le digo a Juana que parece que la muerte de su abuelo afectó a todos, como si él continuara estando entre ellos.

Pasadas algunas sesiones con la joven, la madre se comunica conmigo telefónicamente diciendo que su hija está muy alterada, que no sabe que hacer porque se han peleado y Juana se quiere ir de la casa. Hablo con Juana y acordamos reunirnos ese mismo día.

Ya en la sesión la joven relata que compró chocolates para su novio. Su madre, enterada de esto, se enojó porque fue el día de la madre y Juana no le compró ningún obsequio. La paciente cuenta que su mamá le dijo: “hacés cualquier cosa por Cristian y nada por mí”. Madre e hija se pelearon violentamente. Su hermana llamó al padre a la fábrica. Al llegar Tomas, la pelea se agrava. Le dan una bofetada a Juana, quien gritaba y amenazaba con irse de su hogar.

Le pregunto a Juana si desea que un rato antes de terminar la sesión su madre participe de ésta. . Está de acuerdo y al ingresar María comienza una fuerte discusión entre las dos. Ya mas calmas y luego de escuchar cada una lo que sentía la otra, Juana recuerda que tiene que anotarse en la facultad faltando 2 horas para el cierre de la inscripción, estando todavía en el consultorio. Su madre se ofrece a llevarla en su auto, habiendo acordado las tres no tratar ningún tema visto en la sesión.

Por la noche, llama María llorando y muy angustiada me dice: “*Juana está en un ataque, se quiere ir a la casa de su abuela*”.

Cuando pregunto que había sucedido, la mamá relata que fueron a la facultad y Juana se había olvidado el documento de identidad. Llamaron a su padre, éste tomó su moto y velozmente se lo alcanzó. Se pudo inscribir. Cuando regresaban con su madre en el auto comenzaron a discutir nuevamente. Juana se bajó del vehículo y volvió a su casa en colectivo, se hizo la valija y quería irse.

Pido hablar con Juana, quien gritaba y lloraba de tal manera que no podía hablar. Se corta la comunicación. Vuelve a sonar mi celular, atiendo pero solo escucho gritos muy fuertes, llantos, nadie hablaba. Me quedo escuchando y me angustio. Los gritos eran como para llamar a la policía.

Corto. Al rato me llama el padre, quien estaba muy afligido y desesperado, me cuenta que su hija rompió todos los vidrios del mueble de la cocina. Le digo que todos tienen que calmarse y pido nuevamente hablar con Juana. La joven gritaba y lloraba tanto que ni me escuchaba. Le digo que se calme varias veces. Sigue igual, entonces le pregunto que es lo que ella espera que yo haga, en esas condiciones yo no puedo hacer nada, no me da posibilidades y le comento que yo creo que tiene posibilidades de trabajar lo que le pasa pero eso depende también de ella, de lo contrario, no deja opción y no va a quedar otra alternativa que la mediquen o la internen. Manifesté que consideraba que se podía intentar otra forma y que ella realmente tenía posibilidades (todo esto lo expresé en un tono de voz más alto que el que acostumbro y de forma imperativa). Comenzó a escucharme. En éste momento volví a mi tono de voz y le dije que sólo escuche mi voz, que respire tranquila y que se vaya calmando... que sólo preste atención a mis palabras, nada más, ya que de fondo se escuchaban gritos de sus padres. Sugiero a Juana, cada vez hablándole más despacio y suave que busque un sillón cómodo y se siente. Continué hablándole. Dejó de llorar, se calmó, ya su voz era otra. Juana me dice que se cortó con un vidrio y que le salía sangre. Pregunto como era el corte, como no era grave, le indico que se lave y se ponga una gasa. Acordamos que se quedaría en su casa y que cualquier cosa que sintiese o si se angustiase me llamaría. Pasada una hora me comunico a su casa y su madre dice que Juana estaba tranquila.

Cuando me encuentro con Juana en la sesión posterior a este episodio, hablamos respecto de lo sucedido y de Cristian. Le pregunto que es lo que a ella le gustó de él. Juana dice no saber, no encuentra nada excepto que él le olía las manos para saber si había vomitado. Esto la hacía sentir cuidada. Pregunto quien recuerda que la cuidaba y ella dice que su abuelo. Comenzó a pensar que sentía cuando él estaba y que sintió cuando murió. Juana lo recuerda como “un dulce”, él la cuidaba todo el día, la hacía dormir y la llevaba a todos lados en su bici. Ella era su preferida. Le pregunto si ese lugar lo había ocupado alguien luego del fallecimiento de su abuelo, dice que no. Indago si ella hubiera deseado que lo ocupe alguien. Responde: “*mi mamá, pero no lo ocupó*”, sigo indagando y dice ser Cristian quien la cuida. A partir de aquí cuestiono si estará su novio ocupando un lugar vacante para no sentir el vacío de los cuidados del que no está.

Sesión familiar

Se realizó una sesión familiar donde asisten los padres, Juana y su hermana Ana. En un primer momento todos atacan a Juana, culpándola de la situación familiar tensa que ellos viven. El padre comienza a imitar al novio de Juana, se levanta su asiento, reproduce posturas, gestos y expresiones verbales utilizadas por el joven. Las hermanas se ríen y le dicen: "... sos igual a él, hasta como te parás". La madre asiente con la cabeza. Tomás dice que él no usa armas como Cristian, que es muy diferente y que él no tolera los que están fuera de la ley. El padre relata una vivencia en la cual tres ladrones quisieron robarle, estando una de sus hijas en el auto con él. Comenzó a perseguirlos a pie y a dos de ellos cuando los atrapó, ya dentro de la villa, les pegó de tal manera que al llegar la policía debió sacárselos de las manos porque él estaba enceguecido golpeándolos. Al ver su propia remera manchada de sangre pensó: "¿Estoy muerto? Luego se desmayó.

Juana cuenta que Ana, su hermana, estuvo de novia con un muchacho que está en la cárcel por asesinato y que luego del ingreso a la penitenciaría ella continuaba conectándose con él. Les digo que es llamativo que tanto Juana como Ana eligieron parejas que transgredían la ley y que sus padres rechazaban.

En esta sesión familiar apareció el recuerdo del abuelo materno. Todos se angustiaron mucho, no podían hablar de él. Tomás dice: "Sentí más la muerte de él que la de mi propio padre, todavía hoy me pone muy mal y no puedo hablar". María cuenta que su padre era el que organizaba todo y que controlaba que todo esté bien. Luego de varios años de su muerte toda la familia llora como si hubiera sido una situación reciente. Hablamos del lugar que tenía este abuelo en la familia y lo que sucedió en la misma después de su deceso.

Ultima sesión con Juana

Juana me anuncia que había decidido no asistir más al tratamiento porque ya no vomitaba y se había peleado con Cristian, ya no lo quería ver más, a pesar de la insistencia de él. Además había generado un nuevo vínculo de amistad con un grupo de jóvenes del nuevo barrio donde ella se había mudado. Según palabras de la paciente "todos la miraban y llamaban todo el tiempo". También me comenta que la relación con sus padres había mejorado.

Le dije a Juana que respetaba su decisión pero me parecía que era importante que ella continué el tratamiento psicológico expresándole los motivos. Le ofrecí estar allí si ella deseaba nuevamente asistir al análisis. Hacia dos meses y medio había comenzado la terapia.

Sesión con los padres

Por último cito a los padres. María estaba angustiada porque quería que su hija continúe en terapia. Tomás, al ver bien a la joven, no comprendía para que prolongar el análisis.

Más allá de la opinión de sus padres y de mi punto de vista profesional acerca de la continuidad del tratamiento, Juana ya había tomado la decisión.

Interrogantes acerca del material clínico y articulación teórica

He elegido esta historia clínica porque permite pensar los múltiples entrecruzamientos que se dan para el surgimiento de las patologías del acto en una adolescente. El caso ilustra los conflictos de una joven, no sólo los problemas esperables de la adolescencia, sino que expone fallas en la resolución de los trabajos psíquicos precedentes a ésta etapa, tanto de Juana como de sus padres.

El material, invita a reflexionar acerca del lugar, las intervenciones y la lectura que la analista hace para intentar develar la problemática de esta joven y su familia.

Juana de 17 años, es derivada con un diagnóstico de anorexia nerviosa. Son sus padres quienes desesperados ante este diagnóstico inician la consulta.

La escucha de lo que los padres dicen acerca del motivo de consulta, da lugar al surgimiento de múltiples interrogantes y apertura de vías de significación, que se ponen en juego en la evidencia de un síntoma situado en un hijo. Los padres ven la manifestación de que algo está pasando en su hija, y esto que los lleva a consultar a la analista, los implica a ellos como padres, con las historias y con lo no historizado.

Me pregunto: ¿Cómo se implica esta familia respecto del síntoma situado en esta adolescente?, ¿Están dispuestos a escuchar y reflexionar qué les pasa?, ¿Qué le sucede a cada uno de los padres con esa hija?, ¿Qué evidencia ese síntoma en esa familia?, ¿Lo sintomático de quién, o de quiénes?.

En la historia de la familia de Juana, aparece en ella y en sus padres un duelo que no se ha elaborado. Duelo por el abuelo de la paciente, quien ocupaba en la familia un lugar patriarcal, por lo tanto de protección y ley (un lugar que Tomás no pudo ocupar). Ante la pérdida de éste ser amado y la angustia desatada frente a ésta, queda vacante el lugar de protección, cuidado y miradas que él le brindaba a Juana. La partida de su abuelo dejó expuesto un lugar que ella reclama. ¿Estará buscando por medio de sus actings un lugar como objeto de deseo de sus padres?

Es un aspecto importante el rol psíquico de los abuelos en la evolución del individuo, ya que serían los primeros organizadores de una situación edípica con variadas ramificaciones, posición fundante en los lazos inconscientes, que en el transcurso de las generaciones, determinarán la organización psíquica del sujeto.

El abuelo de Juana se ha sido perdido en la realidad pero no en sus fantasías. Toda la familia siente que un fantasma está presente en la casa, es algo que molesta pero que atrapa. Cuando vivía era él quien mantenía el orden; su ausencia expuso un desorden y funcionamiento familiar que existía previo a su deceso, pero que su presencia no revelaba. Es en este contexto que me pregunto acerca de lo no tramitado, del impacto que sufrió la familia luego de la muerte del abuelo materno que amenazó el equilibrio familiar.

Se puede pensar que en ésta familia aparece una exigencia por mantener una armonía familiar y bienestar, básicamente negando los conflictos; instalada con una defensa que es la desmentida. Esta defensa intenta operar contra el reconocimiento de las pérdidas; se evitaría así, explorar las heridas narcisistas que este reconocimiento conlleva, por ser insoportable.

Se podría decir que al ser todo trabajo de duelo una pérdida en lo real, va a poner en juego lo simbólico, pero llega un punto donde la palabra no alcanza y se producen momentos de lo indecible. Me pregunto: ¿será el acting una reacción a la experiencia de pérdida de objeto que no puede ser elaborada?, ¿esto indecible en Juana se trasladó a su anorexia? No olvidemos que la adolescencia es una etapa de duelos y conflictos por excelencia. Un duelo siempre remite a otro y Juana está transitando esta etapa con serias dificultades para la resignificación de lo no significado y traumático de etapas anteriores, provocando como consecuencia fallas en el reordenamiento identificadorio y en la identidad. También cabe suponer que la crisis y los duelos propios de la adolescencia de Juana reactivan situaciones de la propia crisis de los padres.

¿Cuáles podrían ser las consecuencias de que alguien de esa familia asuma la responsabilidad de recuperar partes de la historia perdida? ¿Podría aparecer una nueva violencia asociada a evitar el surgimiento de un dolor insoportable e imposible de pensar?.

Tomando las palabras de Lacan que aluden a que el acting out “*es algo, en la conducta del sujeto, que se muestra*”. ¿Qué muestra Juana?, ¿a quién?, ¿a la familia?, ¿a la analista?

Respondiendo a las anteriores preguntas, la actuación que muestra se dirige a ambos. Respecto a la analista, le muestra su goce y la convoca, probando si su terapeuta puede mirarla como un

sujeto, si puede alojar su angustia y tolerarla. Con relación a su familia, es notorio que lo que continuamente Juana busca, es ser mirada y reconocida, encontrar “su lugar”, su lugar en esa familia, su lugar como mujer, un lugar donde ella pueda existir como sujeto deseado por Otro y deseante.

Juana ubica la génesis de su enfermedad cuando la *dejaron de mirar*. El abuelo fallece cuando tenía 9 años. Su abuelo siempre jugaba con ella, la mimaba y miraba. Desde su muerte ella no se sintió mirada por nadie más, pero intentó ser mirada por personajes que ocupaban un lugar fallido. Se puede pensar que la partida de su abuelo dejó vacante un lugar que nunca fue ocupado por otro. Ella reclama esta presencia.

Cuando le pregunto quien le hubiera gustado que ocupe ese lugar, responde: “*mi mamá, pero no lo ocupó*”. En este punto me detengo a pensar en la línea materna, en la transmisión de cuidados y miradas que a Juana le hubiese gustado que su abuelo le transfiera a su madre, que le proporcione el deseo que él tenía por su nieta, su preferida. La joven siente que su madre sólo se ocupó de su hermana y no la miró, que no fue deseada por María.

Continuando con la transmisión materna me surge abrir el interrogante acerca de la anorexia de María cuando Tomás, en ese momento su novio, se fue al servicio militar. Ella también bajó bruscamente de peso cuando la dejaron de mirar, igual que Juana. Tomás volvió, vió a su novia muy delgada, se casaron y María recuperó su peso. El abuelo de Juana no volvió, no la miró más. ¿Se habrá transmitido de madre a hija la intolerancia a las pérdidas (del otro como sujeto y de la mirada del otro)?

Cabe agregar que también Tomás tiene una historia de duelos y pérdidas no resueltas. Se refiere a su familia de origen diciendo: “*...están muertos...*”. Se sintió rechazado por ellos y también rechaza.

Se puede anudar el rechazo en esta familia con el sufrimiento, las pérdidas, los duelos, la enfermedad (anorexia) y los actings. La joven se siente rechazada por otros (compañeras, ex novio, padres, hermana) y también lo genera en sus padres.

Juana dice que Cristian es quien la cuida, él huele sus manos para saber si vomitó. ¿Será que con sus vómitos la joven intenta expulsar la angustia, el sufrimiento?, ¿será su novio la persona que ella cree que descifra su dolor?, ¿intentará Juana llenar el espacio que quedó vacío por la muerte de su

abuelo, quien la miraba y hacía sentir deseada? ¿Se puede pensar que repite elecciones de objeto que insisten en ponerla en el lugar de no mirada, no mimada?

Se vislumbran en la viñeta clínica varios actings tanto de Juana, como de los padres, quizás respondiendo a un modo de funcionamiento familiar, pensando en que la muerte del abuelo no solo fue difícil de elaborar para la paciente, sino para toda la familia y en estos actings el muerto y lo rechazado están siempre presentes. Esta dinámica familiar informa de condiciones deficitarias de tramitación psíquica y de la presencia de un ideal del yo tanático.

La partida del abuelo materno dejó un espacio que no fue ocupado por su papá. Ella reclama la presencia de su progenitor. Para su padre el *centro de vida* era la fábrica, Juana intenta sacarlo de allí pero adoptando ciertas conductas que convocan lo rechazado por él. Me pregunto si por medio del rechazo esta adolescente intenta existir en el deseo y en la cabeza de sus papás, ser mirada por ellos; si no pudo ser desde el deseo, los convoca desde el rechazo.

En esta familia el muerto no está muerto y el vivo no está vivo. En esta posición Juana con su anorexia no intenta morir sino estar cerca de morir, encarna el fantasma centrado en el cuerpo muerto y en la supervivencia. Tanto Juana como su familia tienen que liberar a ese abuelo muerto, cuya pérdida sería uno de los factores que contribuyen en el desencadenamiento de esta patología. Al obligarla a comer para que pueda vivir sería como decirle: no te dejaré poner en acto un fantasma, te prohíbo ser lo que representas. Por lo tanto ella plantea la pregunta de la diferencia que hay entre un vivo y un muerto: “¿Quién soy?”, “¿Soy un vivo?” “¿Soy un muerto? Pregunta que ya aparece en el discurso del padre al golpear al ladrón. Nuevamente el muerto y el vivo indiscriminados.

La característica vincular simbiótica de esta familia requiere que la joven progresivamente quede ubicada por los padres como proveedora de gratificaciones hacia ellos. Esta oposición de Juana, someterse a su familia y gratificarlos versus provocarlos, podría ser un intento de diferenciarse de ellos: sale con un muchacho que se muestra en las redes sociales portando un arma, que tiene otra novia y que roba. Me cuestiono si Juana en su segundo despertar sexual sustituyó al objeto parental

por otro que también transgrede las normas; ya que Tomás también muestra actitudes que están fuera de la ley.

En la familia de Juana las relaciones son a modo narcisista, donde los padres transmiten un modelo, no reconociendo en el otro a un ser discriminado, sino que cada uno tiene que funcionar según las aspiraciones del otro.

Siguiendo a la Dra. M. T. Cena *“en este interjuego no hay cabida para los sentimientos agresivos y de rechazo, paulatinamente van siendo transferidos hacia la alimentación. No hay lugar para el reconocimiento de la angustia o del deseo de la niña, y todo es reenviado al cuerpo”*¹⁷. Por lo expuesto en esta cita podemos pensar como Juana desestima de las emociones y sus padres las desmienten.

Juana esta inserta en una familia que podemos llamar endogámica, cerrada en sí misma, donde la conexión con el exterior es formal, sin lugar para las investiduras libidinales.

En esta familia se observa una gran preocupación por la estética, donde predomina la apariencia, donde les cuesta despojarse del ideal y ver la realidad como es. Esta paciente busca inscribir una marca en su cuerpo que aplaque la angustia de no existencia, la angustia de aniquilamiento. Su cuerpo, las marcas en su cuerpo, intentan abrir un nuevo discurso que avale su singularidad y su salida endogámica.

En cuanto a María, se puede pensar que se trata de una madre que no puede hacerse cargo de las identificaciones proyectivas de la hija, que vehiculizan hostilidad. En algunas ocasiones, las eclosiones de Juana tienen que ver con el pedido de la madre de ser gratificada, como cuando le dice: *“hacés cualquier cosa por Cristian y nada por mí”*. Siendo una madre distante y narcisista, no pudo generar un afecto tierno en Juana. Funciona como un par y no como una madre contenedora, abriendo una gran brecha de desconexión afectiva con su hija.

El padre de Juana hace sacrificios: *“...Yo trabajo todo el día, empecé como operario y ahora tengo la fábrica, pero trabajo desde la madrugada hasta la noche para darles todo. Hasta cuando me corté un dedo trabajando, y lo perdí, al otro día estaba en la fábrica. Les compré un auto a*

¹⁷ Dr. Jorge Parral, Dra. María T. Cena “Anorexia Nerviosa”

cada una, trato que estén bien... y Juana me hace esto". Aquí cabe preguntarse si existe una relación entre los sacrificios del padre y el cuerpo sacrificado de su hija (sacrificado por estar sometido a la destrucción). Los padres hacen sacrificios, ella causa preocupaciones. Atrapada en un mundo sin deseo ni felicidad, provoca a sus padres. Los toma como blanco de una agresividad sin límites, que intenta decir otra cosa. Los "cortes" que sufría Juana: ¿podrían remitir a los significantes separación-rechazo-amputación, como algo no simbolizado que deja "agujeros" en ella y en su familia?

Los padres le ofrecen "todo", *"Uno le brinda lo que no tiene... estoy anulado... a veces me dan ganas de no ir más a la fábrica. No recibo lo que brindo"*. Tomás se angustia mucho, llora y le dice a su hija: "... *Al final querés matarme, verme muerto...*" intentando llenar algo... pero se trata de un vacío en el mundo imaginario interno de sus padres. El alimento es todo... porque no hay nada más. Mientras tengan trabajo y comida a los padres les basta. Es como si no hubiese nada más, sobre todo para Tomás, quien repite un modo de vínculo primario como el que su madre le dio a él.

Necesito nada implica no soy un sujeto de necesidad, sino de deseo. Se trata de entender lo que pide. Le pide al Otro que la desee. Intenta constituir como Otro a su madre, a su padre, a mí como su analista; como aquel que podrá responder al deseo de ella. Se trata de reconocer sus demandas, sus rechazos, sus gritos como una llamada al ser. Ella demanda alguien que sea sostén de un deseo, un deseo de sus padres.

Si pensamos en los episodios violentos y angustiantes que se producen en la casa *"Pido hablar con Juana, quien gritaba tanto y lloraba, que no podía hablar. Vuelve a sonar mi celular, atiendo pero solo escucho muchos gritos muy fuertes, llantos, nadie habla. Me quedo escuchando y me angustia. Los gritos eran como para llamar a la policía"*. Se puede señalar el carácter dramático, teatral que posee esta escena, en la que hasta explícitamente se convoca a la analista. Estos actos que parecen desafiantes, ponen a prueba la tolerancia de la analista. Ante lo que parece ser una demanda de simbolización exigida en una transferencia salvaje, la analista le da una vía de acceso a la palabra, a lo simbólico a partir de una intervención que la aloja, ofreciendo a Juana orientarse de otra manera y superar ese estancamiento para insertarse nuevamente en un discurso. El trabajo

analítico ante los acting de esta paciente, consistió en no interpretar, prohibir, ni dar consejos, tampoco reforzar al yo; sino brindar una escucha atenta dispuesta a servirle; acompañando y dando continencia al sufrimiento de la paciente.

Juana por medio de sus gritos, nos muestra a sus padres y a mí, su goce, como significativo mortífero y su demanda del deseo del Otro. Intenta buscar otra voz que la auxilie. *“En éste momento volví a mi tono de voz y le dije que sólo escuche mi voz, que respire tranquila y que se vaya calmando... que sólo preste atención a mis palabras, nada más, ya que de fondo se escuchaban gritos de sus padres. Sugiero a Juana, cada vez hablándole más despacio y suave que busque un sillón cómodo y se siente. Continué hablándole. Dejó de llorar, se calmó, ya su voz era otra.”* La intervención de la analista al pedirle que sólo escuche su voz quiebra el llanto unido al goce y permite la apertura de un nuevo espacio de recuperación de una vivencia placentera unida a otro. El deseo de Otro moviliza su deseo y se produce un encuentro con el semejante, quien la reconoce, abriendo un espacio para el surgimiento de ella como sujeto.

Se van restringiendo los momentos de angustia de Juana en un ritmo acorde a las palabras y la melodía que ellas sostienen. Ritmo que evoca las primeras inscripciones psíquicas y la función materna.

En esta encrucijada de ritmos, melodías, angustia se intenta inscribir algo para que se desarrolle cierto desenlace unido al placer, a la existencia subjetiva y al deseo.

CONCLUSION

Desde el lugar como analistas, nuestra lectura acerca de algunas experiencias o acontecimientos por los que atraviesa en la vida un paciente, son el reflejo de una expresión conflictiva de un drama cuyo sentido nos cabe esclarecer, y del cual nos tranquiliza develar el origen.

Tal vez sea esta la razón por la cual no puedo evitar preguntarme ¿de qué modo podía ayudar a Juana?, ¿podía acaso ser soporte de lo insostenible?, ¿pudo la transferencia, ofrecerle por medio de la palabra, salir de los actings y permitirle otra mirada de su percepción del mundo?

Por medio del análisis del material clínico, intenté mostrar la multiplicidad de factores que contribuyen a comprender la génesis de los actings, de la enfermedad y el desarrollo de vínculos familiares tóxicos en una adolescente y su familia; como así también la relación entre la repetición, los duelos, la angustia y la adolescencia.

A partir del proceso psicoanalítico iniciado por los padres de Juana, cada uno de los integrantes de la familia va desplegando sus duelos sin elaborar, manifestando sus secuelas de una manera hermética, como un mensaje a descifrar. En el tratamiento se fue produciendo un proceso de elaboración que se interrumpió abruptamente por decisión de la paciente, situación que provoca en mí la pregunta vinculada a si realmente surgió el placer o ese acontecimiento fue una nueva estrategia pulsional de Thánatos.

Que ésta adolescente no cumpla con ciertos ideales parentales era vivido como algo terrorífico e intolerable por los padres, avasallando con gran violencia la singularidad y el funcionamiento pulsional de Eros. Pienso que el poder armar tramas representacionales, reconstruir la historia, hablar acerca de la cuestión de la muerte, de los aspectos muertos de cada uno de los integrantes de la familia, posibilita el armado de conexiones y el surgimiento del deseo como contracara de la pulsión de muerte, reubicando la temporalidad para promover la palabra allí donde predominaba el silencio. Las distintas intervenciones en varios momentos del tratamiento apuntaban a eso. Ahí estaba situado mi deseo como analista, con Juana y su familia.

No quiero dejar de mencionar que sentí como analista frente a un caso como el expuesto. Mi deseo estaba en poder acompañar, ayudar y aliviar el sufrimiento de Juana. En varios momentos me encontré con un sentimiento de angustia y frustración, del cual intentaba sobreponerme, pensando lo que contratransferencialmente generaban en mí los episodios violentos frente a los cuales era convocada. Pasados unos años, supe que la joven, luego de dejar el tratamiento, estuvo bien por un tiempo, situación que paulatinamente se fue modificando, apareciendo nuevamente episodios de violencia de cierta envergadura.

Por último quiero finalizar este trabajo pensando que el deseo como analistas, la plasticidad y la formación analítica, pueden ser soporte, como una de las columnas que sostienen una casa, para la apertura, creación y hábitat de nuevos espacios de libertad y deseo en nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Aberastury, A., *La percepción de la muerte en los niños*, Revista de la APA, Tomo XXX, N° 3-4.
- Aberastury A. y Knobel, M. (1971), *La adolescencia normal*, Buenos Aires, Paidós.
- Aulagnier, P. (1975), *La violencia de la interpretación*, Buenos Aires, Amorrortu, 1977 .
- Baumgart, A. y colaboradores, *Lecciones introductorias de psicopatología*, Buenos Aires, Eudeba, 1999.
- Buchant , L.D. Gregory.” Anorexia nervosa in a Black Zimbabwean”, Br. J. Psychiatry, 1984.
- Cuestiones de infancia (2007) , *Usos y abusos del diagnóstico en niños y adolescentes*, vol. 11 Buenos Aires, UCES.
- Dylan Evans (1997), *Diccionario Introductorio de psicoanálisis lacaniano*, México Ed. Paidós.
- Greenacre, Phyllis (1894-1989),”*Trauma, desarrollo y personalidad*”, Cap. II, Problemas generales del acting out, Buenos Aires Ed. Hormé.
- Freud, Sigmund (1895), *Estudios sobre la histeria*, en OC, tomo II, Buenos Aires, Amorrortu, 1978.
- Freud, Sigmund (1900), *La interpretación de los sueños*, en OC, tomo IV, Buenos Aires, Amorrortu, 1978.
- Freud, Sigmund (1904), *El método psicoanalítico*”, en OC, tomo VII, Buenos Aires, Amorrortu.
- Freud, Sigmund (1905), *Sobre psicoterapias*, en OC, tomo VII, Buenos Aires, Amorrortu.
- Freud, S. (1909), “*La novela familiar del neurótico*”, en OC, tomo X, Buenos Aires, Amorrortu.

- Freud, S.: (1912) *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico*, OC, tomo XVI, Buenos Aires, Amorrortu.
- Freud, Sigmund (1914), *Recordar, repetir, reelaborar*, en OC, tomo XII, Buenos Aires, Amorrortu..
- Freud, Sigmund (1905), *Tres ensayos de una teoría sexual*, en OC, tomo VII, Buenos Aires, Amorrortu, 1979.
- Freud, Sigmund (1913), *Sobre la iniciación del tratamiento*, en OC, tomo XII, Idem.
- Freud, Sigmund (1913), *Tótem y Tabú*, en OC, tomo XII, Buenos Aires, Amorrortu, 1986.
- Freud, Sigmund (1915), *Duelo y melancolía*, en OC, tomo XIV, Buenos Aires, Amorrortu, 1979.
- Freud, Sigmund (1915), *Pulsiones y destinos de la pulsión*, en OC, tomo XIV, Buenos Aires, Amorrortu, 1979.
- Freud, Sigmund (1916), *Lecciones introductorias al psicoanálisis*, en OC, Buenos Aires, Amorrortu
- Freud, Sigmund (1916-1917), *Conferencias de Introducción al Psicoanálisis*, en OC, tomo XVI. Idem.
- Freud, Sigmund (1925), *Inhibición, síntoma y angustia*, en OC, tomo XX, Buenos Aires, Amorrortu, 1976.
- Freud Sigmund (1920), *Más allá del principio del placer*, en OC, tomo XVIII, Buenos Aires, Amorrortu, 1979.
- Freud, Sigmund (1932), *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. Conferencia N° 32: Angustia y vida pulsional*, en OC, tomo XXII, Buenos Aires, Amorrortu, 1987.
- Freud, Sigmund (1937), *Construcciones en psicoanálisis*, en OC, tomo XXIII, Buenos Aires, Amorrortu, 1987.
- Frizzera, O. y Heuser C. , “Desde el grito a la melodía. La estructuración de un sujeto”, En Cuestiones de infancia, Revista de psicoanálisis con niños, Vol. 3, Buenos Aires, UCES, 1998.

- Janin, Beatriz (2004), *Niños desatentos e hiperactivos. Reflexiones críticas acerca del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad*, Buenos Aires, Ed. Noveduc libros.
- Janin, Beatriz (2011), *El sufrimiento psíquico en los niños*, Buenos Aires, Noveduc.
- Janin, Beatriz: (1999) “*El quehacer del analista*”, Revista “*Cuestiones de infancia*” -vol. 4. A.P.B.A.
- Janin, Beatriz y otros (2009), *Marcas en el cuerpo de niños y adolescentes*, Buenos Aires, Noveduc libros.
- Janin, Beatriz, “*Encrucijadas de la adolescencia*”, *Cuestiones de infancia*, vol.12, UCES, Bs.As. 2008.
- Laplanche, Jean & Pontalis, Jean-Bertrand (1996), *Diccionario de Psicoanálisis*, Barcelona, Ed. Labor, S.A ,1974.
- Lacan, Jacques: (1987 [1964]) “*Seminario 11*”, Buenos Aires, Paidós.
- Lacan, Jacques: (1987 [1964]) “*Seminario 18*”, Paidós. Buenos Aires.
- Lacan, Jacques: (1966) “*Variantes de la cura tipo*”, *Escritos*. Siglo XXI.
- Lacan, Jacques: (1966) “*La lógica del fantasma*”, Buenos Aires, Paidós. .
- Lacan, Jacques (1987) “*Dos notas sobre el niño*” (1969), *El analicón* 3. Correo Paradiso.
- Lacan,,Jacques, *Lacan en Italie*, La Salamandra, 1976
- Laplanche, J y Pontalis, J.B.: (1981[1971]) “*Diccionario de Psicoanálisis*”, Buenos Aires, Ed. Paidós.
- Maldavsky, David (1995), *Pesadillas en vigilia. Sobre neurosis tóxicas y traumáticas*, Buenos Aires, Amorrortu.
- Mannoni, Maud (1973) “*La primera entrevista con el psicoanalista*”, Granica. Bs. As.
- Nasio, David (1988), *Los ojos de Laura. El concepto del objeto a en la obra de J. –Lacan*, Buenos Aires, Amorrortu.

- Quiroga, Susana (1998), *Patologías de la autodestrucción en la adolescencia*, Buenos Aires, Ed. Publicar, 1999.
- Quiroga, Susana, *Adolescencia: del goce orgánico al hallazgo de objeto*, Buenos Aires, Ed. Eudeba, 1998.
- Raimbault, G. (1985), *El psicoanálisis y las fronteras de la medicina*, Barcelona Editorial Ariel.
- Raimbault, G. y Eliacheff, Caroline, *Las indomables: figuras de la anorexia*, Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión, 1991.
- Rozenbaum de Schwartzman, Ana, “Había una vez...”: Historia y prehistoria en la clínica con niños y adolescentes, 1° ed. Buenos Aires, Lumen, 2008
- Winnicott, D.W., “*El uso de un objeto y el relacionarse mediante mediante identificaciones*”, 1968 ,en “*Exploraciones psicoanalíticas I*”, Buenos Aires, Paidós, 1991.
- Winnicott, Donald: *Holding and Interpretation. Fragment of an Anlysis*, London, The Hogart Press and the Institute of Psychoanalysis, 1986.
- Winnicott, D. W. (1971) , *Escritos de pediatría y psicoanálisis*, Barcelona, Gedisa, 1999