



*Universitat  
Abat Oliba CEU*

# **La holofrase anoréxica adolescente y el pronunciamiento de palabras fundamentales**

TRABAJO FIN DE GRADO

Autor: Carlos Alberto Castro Campolongo

Tutor: Dr. Enric Armengou

Grado en: Psicología

Año: 2017

## DECLARACIÓN

El que suscribe declara que el material de este documento, que ahora presento, es fruto de mi propio trabajo. Cualquier ayuda recibida de otros ha sido citada y reconocida dentro de este documento. Hago esta declaración en el conocimiento de que un incumplimiento de las normas relativas a la presentación de trabajos puede llevar a graves consecuencias. Soy consciente de que el documento no será aceptado a menos que esta declaración haya sido entregada junto al mismo.

Firma: .....

Nombre y APELLIDOS (del alumno/a)





## Resumen

Hemos visto que la adolescencia como construcción simbólica es aquel tiempo en el cual, junto con la elaboración de los cambios corporales para construir una propia identidad, acontece un incremento pulsional que ha de ser tramitado o bien recurriendo al Otro, o bien a su propio cuerpo. Esta última salida nos enfrenta con la posibilidad de hallarnos ante un cuerpo anoréxico, campo de batalla ofrecido al juego automático de la pulsión, más allá del principio del placer. Ubicado en el lugar del ideal al que aspira la sociedad posmoderna, el adolescente, inmerso en el exceso de goce, se enfrenta a la anorexia como una de las manifestaciones culturales que banalizan al deseo, siempre con la esperanza de que como Sujeto acote el sufrimiento aceptando la castración. La clínica confirma que la anorexia va más allá de las estructuras cuando la insistencia pulsional deviene síntoma en cuanto provocación dirigida a un Otro, o como expresión de falla en la estructuración subjetiva y condición de existencia que pone en riesgo la vida. En esta última, la psique solo transmite una señal somatopsíquica primitiva que se traduce en eclosión somática para evacuar la tensión, sin enviar una señal de angustia. Hemos visto cómo proceder analíticamente en estos casos supondrá: sostener en el ser, interpretar el afecto intolerable y crear condiciones psicológicas que sean más favorables para las funciones del yo. Es decir, generar las condiciones para que el paciente relate el afecto no como un espectador objetivo, sino que despliegue su capacidad vivencial permitiendo que el afecto y la representación se conjuguen adecuadamente a través de lo que denominamos palabras fundamentales, o sea, aquellas que son capaces de expresar sentimientos. En cambio, trabajar con quien padece una anorexia-síntoma permitirá una lectura metapsicológica que nos lleve del síntoma a su verdad a develar.

## Resum

*Hem vist que l'adolescència com a construcció simbòlica és aquell temps en el qual, junt amb l'elaboració dels canvis corporals per construir una pròpia identitat, té lloc un augment pulsional que ha de ser transmès o bé acudint a l'Altre, o bé al propi cos. Aquest última sortida ens enfronta amb a possibilitat de trobar-nos davant un cos anorèxic, camp de batalla ofert al joc automàtic de la pulsió, més enllà del principi del plaer. Ubicat en el lloc ideal al que aspira la societat postmoderna, l'adolescent, immers en l'excés del gaudi, s'enfronta a l'anorèxia com una de les manifestacions culturals que banalitzen el desig, sempre amb l'esperança de que com a Subjecte acoti el patiment acceptant la castració. La clínica confirma que l'anorèxia va*

més enllà de les estructures quan la insistència pulsional esdevé símptoma en quant provocació dirigida a un Altre, o com expressió d'esquerda en l'estructuració subjectiva i condició d'existència que posa en risc la vida. En aquesta darrera, la psique solament transmet una senyal somatopsíquica primitiva que es tradueix en eclosió somàtica per evacuar la tensió, sense enviar una senyal d'angoixa. Procedir analíticament en aquests casos suposarà: sostenir en l'ésser, interpretar l'afecte intolerable i crear les condicions psicològiques que siguin més favorables per les funcions del jo. Es a dir, generar les condicions per a que el pacient relati l'afecte no com un espectador objectiu, sinó que desenvolupi la seva capacitat vivencial permetent que l'afecte i la representació es conjuguin adequadament a través d'allò que denominem paraules fonamentals, o sigui, aquelles que són les adients per expressar sentiments. En canvi, treballar amb qui pateix una anorèxia-símptoma permetrà una lectura metapsicològica que ens porti del símptoma a la seva veritat per desvetllar.

## **Abstract**

*The adolescence as a symbolic construction is the time in which, together with the elaboration of the body changes to build the own self-identity, occurs a drive increase that has been processed either by resorting to the Other, or his/her own body. This last outing confronts us with the possibility to be facing an anorexic body, battlefield offered to the automatic play of the drive, beyond the pleasure principle. The adolescent, located in the place of the ideal to which the postmodern society aspires, immersed in the excess of enjoyment, faces anorexia as one of the cultural manifestations that trivialize the desire, always with the hope that as Subject he limits the suffering, accepting castration. The clinic confirms that the anorexia goes beyond the structures when drive insistence becomes a symptom in terms of provocation directed at an Other, or as an expression of failure in the subjective structuring and condition of existence that puts life at risk. In this last one, the psyche only transmits a primitive somatopsychic signal that translates into somatic hatching to evacuate the tension, without sending a signal of anguish. We have seen how to proceed analytically in these cases will suppose: holding the Human being, interpret the intolerable affect and create psychological conditions that are more favorable for the functions of the self. That is, generate the conditions for the patient to relate the affection not as an objective spectator, but to unfold their experiential capacity allowing affection and representation to be conjugated adequately through what we call fundamental words, that is to say, those that are able to express feelings. On the other hand, working with someone who suffers from an anorexia-symptom will allow a metapsychological reading that will take us from the symptom to its truth to be unveiled.*

## **Palabras claves / *Keywords***

Adolescencia - Anorexia neurótica - Anorexia vera - Deseo - Goce - Posmodernidad -  
Psicosomáticas - Pulsional - Traumático

# Sumario

Introducción .....	9
1. El sujeto adolescente	
1.1. Delimitaciones terminológicas .....	11
1.2. La conmoción de la esencia cuerpo y la búsqueda de identidad.....	13
1.3. Un nuevo modo de satisfacción pulsional.....	16
1.4. En busca del sentido de ser: autoafirmación.....	18
1.5. Posmodernidad y adolescencia: satis-facciones que no dejan espacio a la pregunta por el deseo .....	20
2. Entre Edipo y Narciso	
2.1. Primeras aproximaciones.....	21
2.1.1. Lo universal y lo particular en la consideración de la anorexia.....	21
2.2. Cuestiones psicoanalíticas.....	26
2.2.1. La anorexia interrogada .....	26
2.2.2. Necesidad, demanda, deseo y goce.....	27
2.2.3. La anorexia como fenómeno transestructural.....	28
2.2.4. Formación sintomática o trastornos en la estructuración del yo.....	29
2.2.5. Haciendo foco en la anorexia nerviosa.....	33
3. Cuestiones antropológicas inherentes al tratamiento de la anorexia	
3.1. Entre la emergencia y la creatividad: método y técnica.....	39
3.2. Abordaje terapéutico en el marco del eje falo-castración.....	40
3.3. Abordaje psicoanalítico de una vivencia anoréxica elaborada con procesos arcaicos.....	47
3.3.1. La implicancia de la imaginación, el afecto y la capacidad de jugar.....	49
3.3.2. Contener el vacío, sostener la desesperación e interpretar figurativamente .....	50
Conclusión.....	56
Referencias.....	58

## Introducción

Si bien la anorexia puede iniciarse en la niñez, en el presente trabajo nos proponemos indagar acerca de esta cuestión haciendo foco en los adolescentes. El primer paso del recorrido supondrá delimitar adecuadamente cómo entenderemos el significante adolescencia al cual haremos referencia en estas reflexiones. Aquí se pondrá de manifiesto que dicho concepto no reviste, en cuanto a su significado, un carácter absoluto, sino relativo. Es decir, la adolescencia, a diferencia de la pubertad, es un concepto que cobra un matiz particular según la cultura en la cual se encuentra inserto.

Una vez dado este paso, no nos adentraremos en todas las cuestiones referentes a la adolescencia, sino sólo aquellas que nos permitan centrarnos en lo que desarrollaremos en el segundo epígrafe. En este sentido prestaremos atención, en el contexto de la posmodernidad y sus consecuencias para el sujeto, tanto a la conmoción corporal y la necesaria construcción de la identidad adolescente, como al incremento pulsional y la resignificación de la sexualidad, así como a la reestructuración del aparato anímico. Aquí se pondrá de manifiesto cómo la angustia que no encuentra palabras en un Otro atento y dispuesto, puede volverse hacia el propio cuerpo y dejarlo a merced del juego automático de la pulsión que busca satisfacerse sin respetar la vida. Pues bien, una de sus manifestaciones es el acontecer anoréxico.

Posteriormente, en el segundo epígrafe intentaremos diferenciar la anorexia neurótica conversiva de la anorexia vera. Primero presentaremos los conceptos nucleares que nos serán útiles, tanto para introducirnos en la significación precisa de la anorexia, como para distinguir la formación sintomática de la patología que da cuenta del vacío y el predominio del Yo ideal.

Finalmente, en el tercer epígrafe, analizaremos, tanto el tratamiento de las afecciones conversivas, es decir, aquel que se despliega en el marco del eje falo-castración, como aquel otro que se refiere a la anorexia nerviosa. Esta última situación nos impulsará a realizar una necesaria distinción entre técnica y método, para, a posteriori, detenernos en tres factores que consideramos esenciales para el tratamiento analítico del sujeto que padece este tipo de anorexia, estos son: la contención, el *holding* y la construcción-interpretación. En cuanto a esta última, digamos que la misma se orienta a transformar la experiencia pulsional que está más del lado de tánatos en elementos pensables y simbólicos. De este modo, intentaremos poner de manifiesto dos cosas: a) que es posible que el sujeto opere a favor de una construcción histórica capaz de enhebrar escisiones y significar escenas que fueron desorganizantes y b) la

importancia del rol del analista en cuanto co-constructor de este relato articulador en un ambiente facilitado por una particular transferencia.

# 1. El Sujeto Adolescente

El agua gris acarrea largos trozos de hielo. Inevitablemente, el río hizo que yo pensara en el tiempo. La milenaria imagen de Heráclito (...) En la otra punta de mi banco alguien se había sentado (...) —le dije resueltamente— usted se llama Jorge Luis Borges. Yo también soy Jorge Luis Borges (...) Éramos demasiado distintos y demasiado parecidos (...) El encuentro fue real, pero el otro conversó conmigo en un sueño y fue así que pudo olvidarme; yo conversé con él en la vigilia y todavía me atormenta el recuerdo (Borges, 1975/1986).

## 1.1. *Delimitaciones terminológicas*

Valernos tanto de la edad como del sexo, en cuanto criterios de estructuración de sentido para realizar clasificaciones referentes a las distintas etapas de la vida, no sería del todo acertado, dado que, tales conceptos, son ambiguos y difíciles de acotar. De modo que, infancia, adolescencia, adultez y vejez han devenido categorías con límites borrosos, sujetas, además, a diversas interpretaciones según el contexto cultural (Margulis y Urresti, 1996; Pacheco y Medeiros, 2016). Por ello, y circunscribiéndonos a la adolescencia, hemos de afirmar que éste es un concepto relativo a la comprensión que de la misma tienen las diversas culturas. Así, si hasta mediados del siglo XX, la adolescencia fue considerada como un tránsito breve, coincidente con la pubertad, la cual preparaba para la entrada en el mundo adulto, (concordando de este modo la irrupción de los cambios físicos y morfológicos propios de la maduración sexual con las condiciones que se requieren a nivel cultural para la entrada a la madurez), hoy se admite generalmente que refiere principalmente a las modificaciones psicológicas que conllevan la aparición de la pubertad (Griffa, y Moreno, 2015). Si la pubertad es fenoménica y por ello goza de una cierta objetividad, la adolescencia es una construcción simbólica (Imbriano, 2003, 2010a). En esta última el sujeto se confronta con algo que se anticipa a un real (traumático) que aún no ha sido simbolizado (Firpo, 2000). Así comprendemos que Margulis y Urresti, desde una mirada sociológica, consideren el aspecto imaginario y representativo y vean en la adolescencia, no una edad enmarcada, sino una estética de la vida cotidiana (1996). También se nos hace claro que, desde un enfoque psicológico, pero en diálogo con los fenómenos sociales posmodernos, se observe que “la globalización produce un sujeto adolescente sin salida, pues ésta implica un espacio para la interrogación y crisis con un trabajo de duelo consecuente por perder respuestas consabidas” (Imbriano, 2010a, p. 89). En efecto, el discurso capitalista no sólo taponas las respuestas, sino que incluso impide, tanto la realización

de los cuestionamientos adecuados, como que el sujeto se enfrente con la falta. El resultado de esta ecuación, que regula lo pulsional, tal como nos indica Imbriano, nos afecta a todos, es decir, “todos somos adolescentes sin salida” (Imbriano, 2010a, p.89). Como podemos apreciar, el término adolescencia ha devenido un concepto con significación análoga. Puede aplicarse a una etapa de la vida (Castillo, 1984); o puede referirse a “un tiempo lógico particular de elección de objeto, lo cual implica una reorganización pulsional”, una “construcción subjetiva” (Imbriano, 2003, p.1; Melón, 2016); o incluso, a una situación existencial en la cual el sujeto “en vez de que se las tenga que arreglar con su mito individual o su novela familiar, con su fantasma particular” se tiene que medir con “objetos que pueden venir a taponar ese lugar de la falta” (Imbriano, 2010b, p. 95). En esta misma línea Firpo sostiene

que hay adolescentes adultos y adultos que persisten en ser adolescentes, hay adolescencias que a veces se precipitan y que otras se postergan, pero por allí nos extraviamos, se nos escapa una noción de adolescencia con cierta relación en una cronología (2000, p. 94).

En este trabajo tomaremos el concepto adolescencia como un tiempo, en el cual, junto con la elaboración de los cambios corporales que se hacen visibles a partir del comienzo de la pubertad, deberá procesarse la redistribución pulsional, como trabajo de ligadura del yo, y así promover nuevos desarrollos de afectos y representaciones. La conmoción corporal acaecida en esta etapa supondrá una crisis identificatoria, la cual afectará no sólo a la imagen del propio cuerpo, sino a las imágenes identificatorias de la infancia, buscando ahora nuevos modelos. Esto último dará lugar, tanto a la liberación de la autoridad de los padres y la consecuente rebeldía, como a la elección de un objeto genital exogámico y a la recomposición de vínculos sociales, económicos y jurídicos. Pero, además, metapsicológicamente se resignificarán retroactivamente las inscripciones y los traumas que en el tiempo anterior (primer tiempo de la sexualidad) permanecieron acallados y que ahora adquirirán significación y efectos patógenos. A todo ello colabora tanto la maduración orgánica, como el incremento pulsional, la reestructuración de instancias del aparato anímico y las nuevas demandas del mundo social (Lieberman, 2012).

En suma, “la adolescencia no constituye un universal, sino que resulta definida como tal, es decir, categorizada, descripta, problematizada según los discursos de la época” (Sternbach, 2006, p. 51). Pero, además, la consideración de la adolescencia supone que tomemos en cuenta que cuando la falta es tapada con multiplicidad de objetos, no hay espacio ni para el deseo, ni para la responsabilidad. Así el significante aquí implicado abarcaría a un sin número

de sujetos congelados e imposibilitados de dar respuesta (responsables), atrapados en la imposición del Objeto como viniendo de un Otro (Fernández, 2016; Imbriano, 2010a.b).

Al realizar estas apreciaciones hemos constituido un camino a recorrer que supondrá, considerar, sin la pretensión de ser exhaustivos, en primer término, la esencia *cuerpo* conmovida y la tarea de construir una identidad propia (previo paso por la rebeldía), para luego detenernos brevemente en lo que se ha dado llamar incremento pulsional, su particular relación en cuanto a la satisfacción sexual situado en el cuerpo, la resignificación de inscripciones y acontecimientos que ahora adquieren en sí el carácter de traumáticos (Benyakar y Lezica, 2005; Freud, 1893-1895/1987) y lo que atañe a la reestructuración del aparato anímico. Pero, dado que tomamos al significante *adolescencia* como relativo al hecho cultural, no podemos dejar de hacer al menos alguna mención a la cultura que nos atraviesa y que recibe como nombre posmodernidad (Baudrillard, 1984; Bauman, 2003; Daros, 2015; Lipovetsky, 1986; Lyon, 1996; Lyotard, 1986; Vattimo, 1986a, 1986b; Vattimo y Rovatti, 1998).

### 1.2. *La conmoción de la esencia cuerpo y la búsqueda de identidad*

Concebir la adolescencia como categoría cultural supone que ésta no queda reducida a las innegables transformaciones biológicas. Pero, sin embargo, no podemos desestimar la importancia que reviste el cuerpo en esta etapa de la vida. Por ello, se hace imprescindible ubicar lo corporal como “parte central de la subjetividad hecha cuerpo, psiquismo y lazo social” (Sternbach, 2006, p. 56). Para mejor comprender lo que aquí queremos decir, hemos de ir paso por paso. En efecto, Freud en la *Carta 52* (1896), además de indicar que el psiquismo se constituye en un proceso de estratificación, afirmará que en el primer registro se hallan las primitivas huellas implantadas, las cuales poseen un alto grado de investidura e inscriben la relación del niño con los adultos significativos de su infancia, en especial con quien cumple la función materna. Estos signos perceptivos a la par que van configurando el psiquismo infantil, estructuran e inscriben la pulsión, permaneciendo bajo la represión primaria (Freud, 1915a) pero, además, hacen que el soma se pierda en cuanto puro organismo, al hacerse cuerpo erótico por mediación del significante (del deseo del Otro). En efecto, sobre el cuerpo del infans se ejerce, desde los primeros momentos, la acción del mundo. Entre estas acciones ha de resaltarse aquella que supone el encuentro con el pecho, a partir del cual “traga un primer sorbo del mundo. Afecto, sentido, cultura, están co-presentes y son responsables del gusto de estas primeras moléculas de leche que toma el infans: el aporte alimenticio se acompaña siempre con la absorción de un alimento psíquico” (Aulagnier, 1975/1993, pp. 38-39). Por tanto, podemos decir que a la par que la psique se va alimentando de estos encuentros que desbordan la necesidad, el puro organismo se va conformando como cuerpo libidinizado. Es

más, supuesta la indefensión de la criatura humana y la necesidad de la presencia del asistente ajeno, la calidad de estos encuentros inscribirá una experiencia de placer o de sufrimiento. Al decir de Winnicott, “el progenitor se ocupa todo el tiempo, según la edad y el estado de maduración del bebé, de impedir el derrumbe clínico (...) con su cuidado de cada minuto, sienta las bases de la futura salud mental del bebé” (1961, p. 96). Incluso podríamos afirmar que para que haya un niño, se necesita del sostén de una madre (función materna) y de un padre presente en la realidad de la madre (función paterna), a fin de que éste introduzca la necesaria terceridad (Green, 1990a). Así, los intercambios simbólico-afectivos van facilitando el establecimiento de ligaduras intrapsíquicas ofreciendo la posibilidad de “que los acontecimientos que se susciten en su devenir existencial tengan un carácter de estados traumáticos promotores de movimientos psíquicos, creadores de nuevas y complejas organizaciones mentales” (Benseñor, 2010, pp. 316-317). Si el psiquismo en estos momentos de su formación se viese inundado por vivencias intensas, entonces no podrá significarlas, ligarlas, a través de la metabolización del otro significativo y devendrá un trauma de desamparo (Lutenberg, 2005). La pulsión, como frontera entre el soma y la psique es representante de las excitaciones endosomáticas. Pero, a su vez, por delegación tiene sus representantes psíquicos (Laplanche, 1987/1989). La traducción de las excitaciones somáticas en el lenguaje psíquico es un camino intrasubjetivo e intersubjetivo puesto en movimiento por la pulsión de autoconservación. Cuando el infans realice la experiencia de satisfacción, fundante del placer y la sexualidad, ésta se inscribirá como huella mnémica, la cual será investida por el representante psíquico de las excitaciones endosomáticas. De este modo se da lugar a la representación cosa (Rappoport, 1998-1999), la cual es una huella de la experiencia sensorial con la cosa, “la representación se deriva de un encuentro con [...] la cosa [...], pero simultáneamente [Freud] no es un positivista [...] lo que queda es una serie de huellas mnémicas, una realidad psíquica de ese encuentro” (Fischer y Maure, 2003, p. 162). Esta clase de representaciones, nódulo del inconsciente, son experiencias individuales y subjetivas. Así, mientras el significante "papá", en cuanto representación palabra tiene un significado común pues procede del código del lenguaje colectivo, su representación cosa será una experiencia absolutamente particular (Fischer y Maure, 2003). En efecto, si bien la representación cosa es una huella mnémica, además, es una investidura, la cual no puede por fuerza serlo de todas las huellas, sino que supone una selección. La investidura selecciona una parte del conjunto mnémico y, por ello, éste no puede ser evocado en su totalidad. De allí que podemos afirmar que “si hay representación, es porque ya no hay objeto” (Fischer, 2007, p. 241). Las representaciones cosa “se articulan por un lado con las pulsiones y por otro con el lenguaje, dando lugar a las representaciones-palabra correspondientes” (Rappoport, 1998-1999, p. 199). Cuando estamos más allá de la representación, más allá del inconsciente reprimido, estamos en

el terreno de lo irrepresentable, o de lo parcialmente representable. Estamos en el ámbito del más allá del principio de placer, en la compulsión repetitiva, en los dominios de Tánatos. Si la excitación endosomática no se traduce en representación psíquica pulsional, entonces ésta queda como huella sensorial entre el soma y la psique, la cual, al ser investida va a dar lugar a las repeticiones indeseables (Rappoport, 2005). Al decir de Rozenbaum un psiquismo enfrentado a la experiencia del horror debe pagar el tributo de una marca, que tiene como corolario el desfallecimiento de la palabra (2006). Esto tiene un particular impacto cuando la herida es producida por lo humano protector. Esta vivencia de vacío no corresponde a una patología definida, sino que puede detectarse en las manifestaciones de otras patologías como las de tipo narcisista, histérico, borderline, psicósomáticas, angustias crónicas, depresión crónica, *anorexia*, etcétera (Benyakar y Lezica, 2005).

El *infans* recién advenido al mundo, en función de su prematuridad e indefensión se verá necesitado, para su supervivencia, de un auxilio ajeno. Los otros, cumpliendo su función cometabolizadora ayudan a elaborar, por medio de su presencia, el desvalimiento inicial (Vernengo, 2009). El paso que va de un estado no integrado del yo a una integración estructurada será paulatino, el niño por medio de la garantía materna, comenzará a verse como otro. Y es en el cuerpo y a través de él donde comienzan todos estos procesos. Pues bien, en la adolescencia, el brusco cambio físico que se produce dejará de manifiesto la necesaria relación constitutiva del cuerpo. Tal como nos dice Sternbach, “debido a los embates de las fuertes transformaciones corporales, a menudo la adolescencia tiende a aparecer bajo la pregnancia de lo biológico y lo evolutivo. De este modo, se sustancializa olvidando que el cuerpo también es hablado desde lo social” (2006, p. 56). Entonces, el cuerpo no es el mero soma, sino el fruto de una interrelación. Éste “emerge trabajosamente atravesado por el Edipo, por los recorridos de la pulsión. Y será un cuerpo neurótico, psicótico y despersonalizado, agujereado, pero siempre un cuerpo significado y atravesado trágicamente por el significante” (Destefanis, S/f, p. 6). Entonces, la importancia del cuerpo, sobre todo su superficie (de donde parten las percepciones externas e internas) interviene particularmente en la génesis del yo (Hurtado Díaz, 2016). Hay una notable relación entre el yo y el cuerpo, “el yo es sobre todo una esencia-cuerpo; no es sólo una esencia-superficie, sino, él mismo, la proyección de una superficie” (Freud, 1923a, p. 27). Si esto es así, por consiguiente, dadas las modificaciones corporales que se producen en la adolescencia (físicas, hormonales, pulsionales), es de esperar que la pérdida del cuerpo infantil produzca, en cierto sentido, un fenómeno de despersonalización (Lieberman, 2012). O, mejor dicho, la necesidad de cumplir con una de las esenciales tareas de la etapa adolescente: alcanzar la propia identidad. Es decir, lograr una definición de sí mismo, junto con una valoración personal, lo cual podemos traducir como un tránsito que va de una identidad

reconocida a una identidad asumida (Griffa y Moreno, 2015). “Las nuevas imágenes provenientes de los cambios del cuerpo del adolescente conmueven el patrimonio de las autoimágenes anteriores que en esta nueva etapa adquieren nuevas significaciones” (Lieberman, 2012, p. 9).

Tanto el esquema corporal en cuanto configuración topográfica del cuerpo (Rodríguez-Camacho y Alvis-Gomez, 2017; Schilder, 1935/1977), así como la imagen corporal como representación mental del mismo (Mas Colombo, 2004) se ven afectadas. Lacan piensa la irrupción de los cambios somáticos como la irrupción de lo real del cuerpo, es decir, aquello que el adolescente no puede impedir ni dominar (Lacan, 1974). En efecto, lo real es lo imposible, “tope Lógico de aquello que, de lo Simbólico, se enuncia como imposible” (Lacan, 1970a, p. 131). Entonces, los cambios corporales surgidos con el advenimiento de la pubertad exigen asumir la sexualidad como manifestación de lo real que irrumpe en los adolescentes exigiéndoles la tarea de simbolizar (cada cual de modo singular, pues no hay una fórmula general para “zafar bien del asunto”), lo que es imposible de simbolizar (Lacan, 1974, p.110).

Ahora bien, en aquellas ocasiones en las cuales el adolescente se halla angustiado, puede ocurrir, en el mejor de los casos que éste recurra al Otro, pero, otra de las posibles salidas sea recurrir a lo que tiene más a mano, su propio cuerpo. Así es como podemos encontrarnos con los diferentes usos del cuerpo de sujetos inmovilizados y deprimidos “con cuerpos anoréxicos, cortados, golpeados, anestesiados por la tecnología, el tóxico o la adrenalina de los actings, sujetos con miedo a los golpes y a los vómitos” (López, 2014, p. 2). Aquí el cuerpo no es aquel que está enlazado a representaciones, sino el cuerpo ofrecido al juego automático como reflejo de la pulsión que busca satisfacerse más allá de la integración del yo, más allá de la vida. Las dolencias marcadas por una presencia pulsional mortífera se manifiestan en el cuerpo constituido en el escenario donde el trauma ejerce su despliegue (Galán Jiménez y Yeruti De Ávila, 2015; Rebagliati, 2003).

### 1.3. *Un nuevo modo de satisfacción pulsional*

Luego de haber prestado atención al proceso recién descrito acerca del cambio corporal (esquema-imagen), ahora hemos de detenernos en lo que respecta al resurgimiento del empuje pulsional. Al respecto, Freud, en *Pulsiones y destinos de la pulsión* (1915a) nos dice que la pulsión es una fuerza proveniente del mundo interior que se manifiesta en un empuje, *drang*, que es siempre el mismo, es decir, como una fuerza constante. Pero, más adelante, en *Análisis*

*terminable e interminable* (1937a), nos dirá que tanto en la pubertad, en la menopausia, y en cualquier época de la vida (por obra de influjos accidentales, nuevos traumas, frustraciones, etc.) emergerán “refuerzos considerables de ciertas pulsiones” (p. 229). Debido a este incremento pulsional se impone una necesidad del trabajo de ligadura que debe realizar el yo entre afectos y representaciones (Liberman, 2012). Imbriano nos dice que,

la energía pulsional es la misma a lo largo de la vida, la variación depende de sus investimentos. Podrá ser más frenada, más desplegada, más reprimida o más actuada, pero en sí, la energía de la pulsión es constante. No se trata tanto de una inyección pulsional, de un resurgimiento, sino que ocurre otra cosa, hay una redistribución: se redistribuyen las cartas del deseo y del goce (Imbriano, 2010a, p. 92).

Pero, incluso, junto con las respuestas por su propio deseo y goce, el sujeto redistribuirá “las cartas de la identidad”. Es decir, junto con tal elección se produce una reorganización pulsional, a la par de una “construcción subjetiva” (Imbriano, 2003). En cuanto a la pulsión, ésta que “era hasta entonces predominantemente autoerótica; ahora halla al objeto sexual” (Freud, 1905, p. 189). Pero, a su vez, la pulsión impondrá una exigencia de trabajo al psiquismo, el cual debe otorgarle algún tipo de procesamiento y destino (Freud, 1915a). Así, la adolescencia, en cuanto tiempo de elaboración en la constitución subjetiva, supondrá la recapitulación de etapas anteriores, a la vez que la reactivación del complejo de Edipo (Imbriano, 2003). Freud lo expresa de este modo:

Entre las imagoes de una infancia que por lo común ya no se conserva en la memoria, ninguna es más sustantiva para el adolescente y para el varón maduro que la de su padre (...) El varoncito se ve precisado a amar y admirar a su padre (...) Pero muy pronto (...) el padre es discernido también como el hiperpotente perturbador de la propia vida pulsional (...) Ahora coexisten, una junto a la otra, la moción tierna y la hostil hacia el padre (Freud, 1914a, p. 249).

Entonces, en la época de la pubertad, el sujeto iniciará nuevamente, luego del período de latencia, su vida sexual. Pero, ahora, a diferencia de la etapa infantil no sólo los nuevos objetos serán extrafamiliares, sino que también florecerá una tensión antes desconocida. En efecto, el complejo de Edipo y su resolución supuso una renuncia a la sexualidad disociada del amor, pero, ahora, surgirá la necesidad de unir ambas corrientes (Freud, 1905) en una salida exogámica (Imbriano, 2003). Entonces, el logro de la propia identidad supondrá reorganizar la personalidad revisando los procesos de identificación con las figuras primarias e integrando nuevas identificaciones sea con personas, como con grupos (Gavilán y D'Onofrio, 2004). Además, el adolescente enfrenta conflictos propios de esa etapa tales como la contraposición entre los deseos del ello y las exigencias morales del superyó; entre el sometimiento a lo familiar o la sana independencia que genera la individuación. El desarrollo de los órganos

sexuales con la consiguiente capacidad de reproducción es vivido por el adolescente como la irrupción de algo desconocido que conlleva una nueva posición frente al mundo comprometiéndolo en todos los planos de convivencia.

Si en el niño habita la pregunta acerca de la diferencia sexual y el sexo supone una intromisión por el deseo del Otro y por ello posee carácter traumático, y en la latencia se reprime todo lo que es sexualidad, la adolescencia se presenta como el tiempo de concluir la elección de objeto (Imbriano, 2003). Ahora se reinstala la cuestión de la castración en un doble sentido, como “castración de la bisexualidad y de la castración simbólica: soportar la incompletud y por ende la diferencia”. Y esto ha de darse, “tanto en el sistema narcisista intrasubjetivo del adolescente como en el sistema intersubjetivo de y con los padres” (Lieberman, 2012, p. 3). Los modos de satisfacción infantiles son perdidos, no sin costos (de ello da muestra la neurosis adulta), y esta pérdida no supone una inmediata ganancia, es decir, para saber qué desea, tiene primero que abandonar los modos anteriores. Es decir, la adolescencia será un éxodo que transita de un modo conocido de satisfacción, el cual proviene de un Otro, a la incertidumbre. Esta incertidumbre ha de desplazar al Otro que responde por el deseo y a constituirse en aquel que es capaz de responder por el deseo propio y su satisfacción (Imbriano, 2003; Stenzel, M. & Anciães Dorriba, 2011). “En este camino las vicisitudes a veces implican distorsiones como el borrado de la diferencia sexual, supresión de la sexualidad (amores ideales, crisis de asco) y su sustitución por adicciones, trastornos de la alimentación, etc.” (Lieberman, 2012, p. 3). Sobre estas cuestiones hemos de volver más adelante.

#### *1.4. En busca del sentido de ser: autoafirmación*

A raíz del incremento pulsional al que hemos hecho referencia, en la adolescencia, los deseos preedípicos y edípicos se reactualizan. Cuando niño, el superyó perpetuó la prohibición del incesto salvando los genitales y alejando de ellos “el peligro de la pérdida”, cancelando su función e iniciando “el período de latencia, que viene a interrumpir el desarrollo sexual del niño” (Freud, 1924, p. 184). Ahora, en la adolescencia, el superyó, sin dejar de imponer el tabú del incesto, deberá “retractarse y auspiciar el ejercicio genital” (Lieberman, 2012, p. 10). Esto supone alejarse de los viejos lazos incestuosos e independizarse respecto de los padres y hermanos. Así, el sujeto liberado de la de autoridad de los padres provocará un cambio de posición subjetiva en el orden simbólico y de cara al mundo (Imbriano, 2010).

El conflicto generacional es condición necesaria para que el adolescente escoja nuevos objetos de amor exogámicos. La adolescencia, vista desde este prisma, es una etapa de tensión. El

afán de autoafirmación y diferenciación lleva al adolescente a rebelarse de la autoridad y a desafiarla, particularmente cuando esta proviene de los propios padres. Pero, también, esta rebeldía aparece como oposición en referencia a las estructuras, las costumbres, tradiciones y valores. En suma, podemos pensar que el adolescente tiene como trabajo psíquico central el delineamiento de su proyecto identificadorio (Aulagnier, 1975/1993; Pacheco y Medeiros, 2016). Ahora bien, esto no significa estabilidad subjetiva absoluta, puesto que el trabajo de identificación no acaba nunca y, junto con este proceso, el sujeto se va transformado en movimiento y reorganización (Vecslir, 2003).

Tal como podemos apreciar, la constitución de la identidad supone la intersubjetividad. Estos otros significativos le hacen saber que no está solo en este camino y funcionan especularmente devolviendo una imagen de poder frente a las convulsiones emocionales (Lerner, 2008). La dialéctica identificación-identidad supone transitar por el camino de otra dupla, ya caminada desde los primeros meses de vida, que puede enunciarse como separación individuación. Al comienzo, el infante no se diferencia del objeto gracias a su organización narcisística básica, pero, a medida que se va alejando del objeto va descubriendo que lo necesita. Es en este preciso momento que el infans produce la creación de un objeto particular. Dicho objeto no pertenece ni a su propio cuerpo, ni al de la madre. Su esencia la constituye el ámbito de la madre, su función de sostén. No será la realidad del objeto total, sino la forma en que el niño se lo representa de modo parcial. Creado por el niño tendrá valor para él cumpliendo la función de servir como poderosa defensa contra la angustia ante la amenaza de abandono. Este objeto transicional sólo podrá desarrollarse en tanto halle una interacción madre-infante que actúe como medio ambiente facilitador (Winnicott, 1987/1998). Pero, si el funcionamiento maternal, o bien desconociese las necesidades del bebé, o bien fuese privado de la frustración cuando ésta debería acontecer, entonces podría ocurrir que tengan lugar defensas patológicas que supondrán, en el despertar de la sexualidad, un despliegue aniquilador. En efecto, el cuerpo buscará satisfacerse más allá del principio del placer. Aquí es donde debemos ubicar a la anorexia, en ella se manifiesta el cuerpo como campo de batalla de lo traumático. (Campos Coutinho y Resende Vorcaro, 2013; Galán Jiménez y Yeruti De Ávila, 2015; Rebagliati, 2003). Siguiendo estas premisas, no debemos buscar la etiología de la anorexia sólo en sus orígenes infantiles, sino que luego, en la adolescencia, aquella será una solución a los dilemas que suponen asumir la genitalidad (Kaplan, 1996). Quizá por ello Freud nos dijese que la anorexia es en “las niñas jóvenes (...) una melancolía en presencia de una sexualidad no desarrollada” (1896b, p. 240).

### 1.5. *Posmodernidad y adolescencia: satisfacciones que no dejan espacio a la pregunta por el deseo*

Los tiempos presentes nos enfrentan a una situación paradójica. En efecto, por un lado, el mundo se ha convertido en una aldea global, pero aquí radica el fragmento (McLuhan y Powers, 1995). El fenómeno de un mundo hecho añicos supuso el descrédito de la metafísica, tanto desde el ámbito de la filosofía (Habermas, 1981), como desde la esfera científica (Kant, 1783/1986). Pues bien, esta situación se tradujo como renuncia a poder captar la realidad toda y el propugnar el pensamiento *débil, fragmentado, light*, donde cohabitan lo efímero, lo discontinuo, el pluralismo, la coexistencia de un gran número de mundos posibles o más simplemente, espacios inconmensurables que se yuxtaponen o superponen entre sí (Vattimo y Rovatti, 1998). La posmodernidad en cuanto pensamiento débil abdica de toda verdad asegurada y se configura como pensamiento de la fruición (Vattimo, 1986a). La ontología y la gnoseología *débiles* se despiden de los grandes relatos y de sus ofertas globales de valor y de sentido (Daros, 2015; Lyotard, 1986). La humanidad en un momento del siglo XX experimentó que todo lo sólido se desvanecía en el aire (Berman, 1989). Desde diversos puntos de vista se exaltó lo obsoleto que resultan los valores modernos, se criticó sus fundamentos y se resaltó el malestar de la cultura. Ésta asume como valor el cambio, la rapidez ésta empleada en comunicaciones, zapping, shopping o marketing. La copia reemplaza al original y la impersonalidad gana terreno y omnipresencia (Griffa y Moreno, 2005). Estas convicciones promueven el eclecticismo y el relativismo quebrando la totalidad y la unidad en favor del fragmento, la discontinuidad y un hondo sentimiento de vacío (Cortina, 1995; Jameson, 1991; Lipovetsky, 1986).

Los adolescentes, cada uno de ellos, en particular, serán quienes tendrán que vérselas con esta sociedad en la cual se hallan inmersos y responder como sujetos. Pero, además, el ser adolescente es ubicado en el lugar de quien posee el ideal al que aspira la sociedad (Obiols y Obiols, 1993). Sea como fuere, el saber operativo de la tecnología, propio de la posmodernidad, es quien ofrece la posibilidad de satisfacer cualquier tipo de demanda mediante el capital. El precio que ha de pagarse no sólo incluye al capital invertido, sino que la cuestión afecta al sujeto, pues si el capitalista es anónimo, el sujeto es licuado. Pues bien, en esta lógica del *satis-facere* (demasiado hacer), que multiplica las autoridades (y la ley que emanan de ellas), para sutilmente hacerlas inútiles, todo está permitido (Bauman, 2003). El deseo por medio de una alquimia muta en exceso de goce, rechazo a la castración. La saturación hace que el tener se conjugue o bien con el todo (bulimia), o bien con la nada (anorexia), no sólo

como patologías, sino como modos de encarar la vida ante el vacío del ser (Imbriano, 2003). En suma, tal como nos dice Calle,

el suicidio, la anorexia o la bulimia –y la toxicomanía-, manifiestan una circunstancia de ‘erosión del deseo’ o banalización del deseo pues, teniendo claro que éste está soportado y movilizado en toda cultura por la prohibición –entendida ésta como contención de los desbordes del deseo–, es esta condición lo que ahora raramente ocurre. La desaparición de discursos que contengan el desborde pulsional del sujeto dará como resultado una crisis del deseo mismo, pues allí donde se anhelaba algo, ya no queda nada para desear pues nada impide tenerlo (2010, p. 119).

A pesar de lo dicho, el anoréxico (como el bulímico) no siempre está excluido de la ley del deseo. La sintomatización del deseo se pone en relación al goce por el síntoma oral. Mantiene una relación con la falta, la cual posibilitará, dadas una serie de condiciones, dirigir la palabra al analista para que éste intervenga acotando el sufrimiento y posibilitando el despertar del sujeto (Imbriano, 2016).

## 2. Entre Edipo y Narciso

La mujer joven presentaba sus ropas extravagantes colgando de su anatomía, su pulso era lento y débil, su temperatura dos grados por debajo de lo normal, su intestino estaba cerrado, su pelo parecía el de un cadáver: seco y lacio, su cara y extremidades: cenicientas y frías, el hueco de sus ojos era lo único vívido en ella; era una criatura que comía diariamente cantidades que cabían sobre una moneda y siempre se mostraba preocupada en sólo Dios sabe qué cosas (Allbutt, T. C. y Rolleston, 1908, p. 398).

### 2.1. *Primeras aproximaciones*

#### 2.1.1. *Lo universal y lo particular en la consideración de la anorexia*

El término anorexia, proviene del griego *anorektos* (an= sin; orexis= deseo o apetito) y data del S. I d., en un texto que parafrasea a Platón y la considera una enfermedad del espíritu (Theslef, 1965). Hoy en día el *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, considera a la anorexia como un trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos junto al trastorno de rumiación, el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, la bulimia nerviosa y el trastorno de atracones. Pues bien, los criterios diagnósticos para estos trastornos conforman un esquema clasificatorio que es mutuamente excluyente.

Si bien el DSM5 hace referencia a la anorexia nerviosa, podríamos decir que las características básicas que enumera valen para la anorexia simpliciter. Estas características son tres: 1) restringir la ingesta energética de modo persistente; 2) miedo intenso a ganar peso o engordar, o tener un persistente comportamiento que interfiere con el aumento de peso; 3) alteración tanto del propio peso, como de su constitución física. Quien padece de anorexia mantiene un peso corporal por debajo del nivel mínimo normal, tanto sea, para su edad, sexo, fase de desarrollo y salud física (Criterio A) (American Psychiatric Association, 2014, p. 339).

En relación con el peso corporal y para sortear las dificultades de contexturas diferentes, suele tomarse una medida aquella que relaciona el peso con la altura. A esta relación particular se la denomina *índice de masa corporal* (IMC:  $\text{kg}/\text{m}^2$ ), la cual en los adultos, según los *Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades* y la *Organización Mundial de la Salud* (OMS) ha de ser como límite inferior del peso corporal normal, de  $18,5 \text{ kg}/\text{m}^2$ . En consecuencia, los adultos con un IMC mayor o igual a  $18,5 \text{ kg}/\text{m}^2$  no tienen un peso corporal significativamente bajo. Por otro lado, la OMS propuso que un IMC menor de  $17,0 \text{ kg}/\text{m}^2$  podría considerarse como peso significativamente bajo. En suma, un adulto con un IMC entre  $17,0 - 18,5 \text{ kg}/\text{m}^2$ , (o incluso por encima de  $18,5 \text{ kg}/\text{m}^2$ ) tiene un peso significativamente bajo si su historia clínica u otra información fisiológica apoyan este dictamen. En el caso de los niños y adolescentes, si bien es útil determinar el percentil del IMC según la edad, las variaciones del curso del desarrollo limitan la utilidad de simples guías numéricas. Los *Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades* han utilizado un IMC según la edad por debajo del percentil 5 como indicativo de peso insuficiente. De todos modos, quienes se encuentren por encima de estos valores han de considerarse con peso significativamente insuficiente si no logran mantener el curso de crecimiento esperado. Por tanto, a fin de determinar si se cumple el Criterio A, los clínicos deben considerar junto con las guías numéricas disponibles, la constitución física del individuo, sus antecedentes referentes al peso y cualquier posible alteración fisiológica (Forney; Brown; Holland-Carter; Kennedy y Keel, 2017).

Quienes tienen este trastorno en relación con el propio peso suelen tener dos actitudes: 1) miedo intenso a ganar peso o a engordar (Criterio B), sin calmarse siquiera cuando pierden peso, sino que incluso en estas circunstancias, su preocupación aumenta; 2) existe una distorsión en relación a la percepción e importancia del peso corporal, así como a su constitución física (Criterio C). Algunos pacientes sienten que poseen sobrepeso en general, mientras otros, si bien se dan cuenta de su delgadez, presentan preocupaciones en torno a algunas partes de su cuerpo considerándolas demasiado gordas (abdomen, nalgas, muslos). Ahora bien, según conciban su peso o su constitución, así será su autoestima. Es decir,

cualquier consideración en torno al aumento de peso será percibida como un fracaso del autocontrol. Con relación a esta última cuestión, la conducta anoréxica puede dividirse en restrictiva o compulsivo-purgativa. En efecto, recibe el nombre de anorexia restrictiva aquella en la cual, durante los últimos tres meses, si bien ha habido pérdida de peso, esto no se debe a la realización recurrente de atracones o purgas (vómito autoprovocado, utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas), sino dieta, ayuno y/o el ejercicio excesivo. En cambio, la anorexia de tipo compulsivo-purgativo supone que durante los tres últimos meses han existido recurrentes atracones o purgas a fin de perder peso. Hemos de aclarar que no es infrecuente el intercambio entre subtipos durante el curso del trastorno. Por ello, la clasificación por *subtipo* si bien es útil para describir los síntomas actuales, no lo es para describir un curso longitudinal.

Además, si ya se hubo realizado un tratamiento para afrontar el trastorno anoréxico, deberá especificarse si nos encontramos con una anorexia en remisión parcial, o total. Nos referimos al primer tipo cuando el individuo durante un período continuado ya no presenta un peso corporal bajo (criterio A), pero aún tiene una actitud que interfiere en el aumento de peso, a saber, intenso miedo a engordar, o ganar peso (criterio B), o conserva una autopercepción alterada, tanto sea para con el propio peso o su constitución (criterio C). La que hace referencia a la remisión total, supone que ninguno de los criterios recién mencionados se ha cumplido durante un período continuado (American Psychiatric Association, 2014, pp. 339-340).

Frente a las ideas que apuntan hacia un temor fóbico a engordar y a perder el control sobre la comida, suelen aparecer conductas dirigidas a conseguir una pérdida ponderal que pueden llevar a desarrollar afecciones médicas, las cuales podrían suponer una amenaza para la vida.

El compromiso nutricional asociado a este trastorno afecta a la mayor parte de los sistemas orgánicos principales y puede producir varias alteraciones fisiológicas especialmente hormonales y metabólicas (Krassas, 2003; Watson, T.L. y Andersen, A.E., 2003), las cuales en su mayoría son reversibles por medio de la rehabilitación nutricional. Sin embargo, algunas alteraciones tales como la pérdida de densidad mineral ósea, a menudo no se incluyen entre las que pueden revertirse, al menos del todo (American Psychiatric Association, 2014; Misra, Golden y Katzman, 2016).

Muchas personas con anorexia nerviosa suelen tener alteraciones psicopatológicas depresivas que se expresan en signos y síntomas tales como ánimo deprimido, aislamiento social, apatía, dificultad para concentrarse, irritabilidad, insomnio y disminución del interés por el sexo (Palomba, et al., 2017). También pueden aparecer síntomas obsesivo-compulsivos, relacionados a la alimentación, la constitución corporal o el peso. Otras características son la

preocupación por comer en público y el pensamiento inflexible. Los individuos con anorexia nerviosa del tipo con atracones/purgas tienen niveles superiores de impulsividad, son más propensos a abusar del alcohol y de otras drogas y de manifestar más labilidad emocional, así como ser más activos sexualmente en relación a los que padecen anorexia de tipo restrictivo (American Psychiatric Association, 2014).

Un subgrupo de individuos con anorexia nerviosa presenta niveles excesivos de actividad física, la cual a menudo precede al inicio del trastorno y sigue el curso del trastorno, acelerando de este modo la pérdida de peso. Pero, junto a este ejercicio físico deliberado que tiene por finalidad quemar calorías y suele practicarse en solitario y posee características obsesivas, se da una hiperactividad involuntaria secundaria a la desnutrición como respuesta automática a una ingesta hipocalórica (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, 2009; Young et. al 2017).

Finalmente, el DSM5 nos dice que la anorexia nerviosa, en muy raras ocasiones, empieza antes de la pubertad o después de los 40 años, más bien ésta suele comenzar durante la adolescencia o la edad adulta temprana. En este mismo sentido se inclinan entre otros, Brusset (1990); Chandler (2001); Losinno (1995); Rovira y Chandler (2011) y Selvini (1992). Creemos que estos datos abonan a favor de la opción que hemos realizado para pensar la anorexia asociada a la adolescencia, sin por ello desconocer que la misma puede iniciarse antes de este período o tardíamente. En efecto, si la adolescencia supone una puesta en jaque al equilibrio personal, tal como hemos expuesto supra, la anorexia será un intento de recuperación del mismo, alterando el hecho cotidiano de comer (Rovira y Chandler, 2011). Ahora bien, la anorexia, como todos los trastornos de la conducta alimentaria, supone múltiples causas (Le Grange, 2016). En su etiología, según una visión integrista y existencial, juegan un papel importante los factores sociales y psico-biológicos. Por ello, a la hora de emplear un tratamiento, éste ha de tener en cuenta los múltiples factores causantes. Aquí se pone de manifiesto lo expresado por Risueño: “nadie escapa en nuestro tiempo a considerar los abordajes terapéuticos como abordajes biopsicosociales” (2004, p. 21). En suma, ninguno de estos factores, por sí solo, es suficiente como para generar estas enfermedades (Guillemot y Laxenaire, 1994; Le Grange, 1995; Toro, 1995).

No obstante, todo cuanto antecede son generalidades acerca de la anorexia, las cuales, por supuesto, han de ser tenidas en cuenta. Sin embargo, el psicoanálisis, a diferencia de una

lectura meramente descriptiva y universal, intenta rescatar la singularidad del Sujeto. De aquí que sean pertinentes las palabras de Foucault, las cuales suponen una actitud ética,

Querer desligar al enfermo de sus condiciones de existencia, y querer separa la enfermedad de sus condiciones de aparición, es encerrarse en la misma abstracción; es implicar la teoría psicológica y la práctica social de la internación en la misma complicidad: es querer mantener al enfermo en su existencia de alienado. La verdadera psicología debe liberarse de esas abstracciones que oscurecen la verdad de la enfermedad y alienan la realidad del enfermo (Foucault, 2002, p. 122).

Por tanto, el diagnóstico abstracto no alcanza para llegar a la realidad del sujeto. En cambio, una lectura de corte estructuralista buscará rescatar la singularidad realizando un diagnóstico metapsicológico, el cual supone la descripción de un proceso psíquico en sus aspectos dinámicos, tópicos y económicos. El acento estará puesto en la escucha de los significantes. Darle la palabra a quien padece nos pone sobre la pista de cómo debe operarse en la clínica. En efecto, la observación a realizar es una escucha y el observable es un discurso. Por tanto, cualquier saber psicopatológico deberá explicitarse en forma discursiva. Ahora bien, esta historia que relata el sujeto, es un nudo de relaciones que apuntan a lo vivencial. Su relato está barrado por la subjetividad. Aunque, en definitiva, la única realidad de importancia para el sujeto (y para el terapeuta) es la psíquica, asumiendo que la realidad objetiva *toda* está perdida. La herencia de significantes que preceden al sujeto son marcas, huellas, que de acuerdo con una combinatoria específica se pondrán en juego en cada nueva situación vital que el sujeto ha de afrontar. De todo esto el sujeto nada sabe y, sin embargo, este *no saber* determina que su posición de sujeto del inconsciente pueda advenir formulando aquellas pretéritas palabras que por pérdidas hicieron mella. Apostar a la cura, o acotando este resultado, “crear las condiciones psicológicas más favorables para las funciones del yo” (Freud, 1937a, p. 251), será posible en la medida en que el sujeto se re-encuentre y reelabore su propia historia. Este trabajo ha de hacerse respetando los tiempos del paciente y sus disposiciones libidinales, sabiendo incluso que la transferencia puede desplegarse según los vaivenes del procesamiento psíquico y, en ocasiones, presentarse masiva. Entendemos que en este juego transferencial se ponen en movimiento dos líneas transferenciales, de las cuales una de ellas (la del analista) ha de estar convenientemente analizada. Dicho esto, podemos agregar que el trabajo en análisis es interpretativo en el sentido transferencial, y constructivo en el sentido de la historicidad (Windaus, 2000, p. 47).

Sin embargo, hablar como venimos haciéndolo supone fundamentalmente dos cosas: a) considerar que el paciente está sujeto a un discurso que puede responder a organizaciones

psíquicas diferentes; b) concebir el sistema como abierto, dinámico y heterogéneo (Freud, 1932). Lo cual implica que a lo largo del tratamiento podemos ser testigos de que subsisten distintas formas de procesamiento que pueden darse en momentos muy cercanos. Es decir, el paciente que viene procesando a la manera neurótica, luego hace una regresión en búsqueda de un *topos* dónde estabilizarse. “No existen en la realidad cuadros clínicos o estructuras. Éstas son una forma que se nos hace necesaria para posibilitar pensar la subjetividad humana ya que se trata de una subjetividad muy compleja y heterogénea por su historicidad constitutiva” (Windaus, 1997, p. 218). Todo esto se hace particularmente visible cuando nos referimos a sujetos que habitan en el borde.

## 2.2. *Cuestiones psicoanalíticas*

### 2.2.1. *La anorexia interrogada*

Fenomenológicamente podemos observar que, de todas las personas que se hallan expuestas a un agente patógeno, sólo algunas enferman. Esto nos hace pensar, por tanto, que no depende de un único agente el hecho de contraer una patología. En efecto, la dotación genética, la predisposición, la susceptibilidad, la incidencia del estrés, el medio físico y psicosocial, etc., son factores que en cada cual tienen una mezcla singular que hace más o menos vulnerable al sujeto. Pues bien, la anorexia no escapa a este aserto. En efecto, ella no puede explicarse sólo desde una patología neuroendocrina o, debido a una conflictiva familiar, ni a una conflictiva de la personalidad, o a unas relaciones objetales tempranas distorsionadas (Le Grange, 2016; Toro y Villardell, 1987). Esto nos permite abrir una serie de interrogantes: ¿se trata de una formación o manifestación sintomática, o más bien es una expresión de falla en la estructuración subjetiva?; ¿cómo se pone el cuerpo como escenario en la problemática de la anorexia?; ¿por qué es la adolescencia un momento privilegiado para que resuenen aquellas palabras que dicen “yo estoy aquí el hambre está ahí, fuera de mí, en mi cuerpo”?; ¿cuál es el contexto vincular de quien padece la anorexia?

Antes de proceder a ordenar el material en torno a estos interrogantes hemos de decir que en la anorexia el desafío del cuerpo se encara a diario con la muerte. He ahí su gravedad. El comer y el hablar se disocian y, cuando esto ocurre, la boca, como zona erógena aislada por la pulsión, se vuelve “un esfínter que se aprieta, se crispa, se vuelve átono, se puede encontrar completamente desinvertida cuando se comprueba que hablar no sirve para nada” (Firpo, 2000, p. 103). ¿De dónde proviene esta nada que deja mudo al sujeto? Pues bien, Firpo comenta una

historia relatada por un analista acerca de un niño que nunca habló. Sus padres preocupados han realizado numerosas consultas, pero todos coinciden en que el niño es perfectamente sano, salvo que no habla. Sin embargo, mientras comían un día cualquiera, el niño rompe el silencio:”- quisiera sal. Sus padres se sorprenden: -por qué no dijiste nunca nada antes?-. -Bien, responde el niño, -hoy es la primera vez que no está la sal en la mesa; algo de esto está en juego en la anorexia” (2000, p. 103).

### 2.2.2. *Necesidad, demanda, deseo y goce*

La anorexia, en general, suele presentarse predominantemente en las adolescentes mujeres, quienes, dejando de ser niñas, han de transformarse en mujeres procesando en sí, la presencia de un cuerpo cargado de significaciones desde lo social. Si queremos realizar un atento análisis de la cuestión hemos de ahondar en el estudio de las vicisitudes que se plantean entre necesidad, demanda, deseo y goce (Imbriano, 2016). Ya hemos visto que el discurso del capitalismo hijo dilecto de la posmodernidad, a la par que debilita los límites, mantiene la ilusión del sujeto de poder lograr todo, poniendo en evidencia la tenaz oposición a reconocer, la castración. Pues bien, la anorexia no puede ser entendida sin tener en cuenta los fenómenos que provienen y se desarrollan en el medio social en el que los pacientes están insertos. Así, los factores de orden genético, biológicos, endocrinos, y los sociales se integran en una perspectiva biosocioaxiológica. Entonces, desde el punto de vista social el éxito implica la adhesión a ciertos modelos que los medios de comunicación de masas casi lo imponen a diario. Así, ser delgada simbolizaría

el atletismo una sexualidad liberada de las obligaciones de la reproducción, en resumen, una suerte de independencia andrógena [...] En la metáfora de la publicidad hay una concepción subyacente del erotismo, de la sexualidad, de la relación con el otro, que es la ausencia del otro. Se juega con que el éxito en el erotismo se conseguirá con el contrario al mismo: un cuerpo sin palabras, un cuerpo como paisaje, que no tiene nada de singular, que, como la mercancía, se mide con un valor universal, intercambiable [Sin embargo, por ser los seres que somos], desbordamos la imagen que damos, en efecto, la materialidad de una arruga, de una cicatriz, de la vejez, está vista como la presencia de una ausencia: el otro no está por entero en lo que veo (Piaggio, 1997, pp. 215-221).

Especialmente los adolescentes reciben esta presión de los medios mientras transitan cambios corporales propios de la edad. “Esta violencia es ejercida por los medios de comunicación que muestran a las jóvenes un modelo inalcanzable, en el que no se distinguen personas, de maniqués” (Piaggio, 1997, p. 222). Nuestra sociedad de consumo propicia el exceso de goce, pero de un goce particular: autoerótico y autista. De este modo se debilita tanto el deseo del

sujeto, como el lazo social (Cibeira, 2008). Cuando estamos frente a una patología que se denomina *actual*, en esta clase de trastornos, al cual nos estamos refiriendo, el goce se orienta a *nada*. Tal como nos dice Imbriano, “la pulsión de muerte causa sufrimiento en demasía, mal de sobra, como una de las vicisitudes, siendo origen de las satisfacciones del padecer. El imperativo superyoico que gobierna la pulsión de muerte es: ¡Goza!” (2016, p.1).

Ahora bien, nadie escapa al goce, esto es una cuestión estructural, por tanto, de lo que se trata es de gozar lo menos posible y fuera del cuerpo. Pero, para que esto se haga necesario ha de operar una interdicción del goce que se abra al deseo. No obstante, el psicoanálisis por experiencia sabe que hay diferentes modos de articulación del deseo,

Deseo como deseo de otra cosa que permite deslizarse en la cadena significante, haciendo incesante metonimia de la falta estructural, o la opción es que el deseo quede fijado a la muerte de la cosa, a la falta. En el primer caso la pulsión se regula a través de un rodeo en donde podrá hasta inventar nuevos modos de rodear el objeto. En el segundo caso el tour pulsional es muy corto. Al comer nada, el anoréxico demuestra que la comida no es solamente un objeto de necesidad (Carvalho Dutra, Martins Balbi, y Marques Seixas, 2016; Imbriano, 2016, p. 1).

### 2.2.3. *La anorexia como fenómeno transestructural*

La anorexia, considerada desde una perspectiva psicoanalítica, es una configuración clínica que se acopla a cualquiera de las estructuras freudianas y manifiesta maniobras en torno al alimento y al comer y supone una peculiar posición subjetiva. Ella constituye un modo de procesamiento psíquico que deja paso a la búsqueda de la consumación pulsional, la cual, paradójicamente, se alcanza en la anorexia por restricción (Cibeira, 2008). La clínica confirma la transestructuralización de la anorexia cuando la insistencia pulsional deviene síntoma o compulsión a la repetición (Rebagliati, sf.).

Esta alteración de la alimentación es poco frecuente en la psicosis y, cuando se presenta, generalmente se estructura como producto de la percepción deformada del cuerpo, o formando parte de un delirio melancólico o de envenenamiento (Fischer *et al.*, 1999, 2000; Windaus, 1997). Por ello, suele distinguirse la anorexia de aquella otra que se denomina negativa a alimentarse, correspondiendo esta última a una conducta anoréxica secundaria a la psicosis. Esta negativa “se presenta como manifestación de cuadros melancólicos, esquizofrenias con delirios persecutorios o cuadros clínicos con ideas hipocondríacas. La alimentación como proceso vital básico se halla alterada cuando están predominando, como en el caso de la melancolía, ideas de corte tanático” (Mas Colombo, 2004, p. 117). Por tanto, en el presente

trabajo no consideraremos la conducta anoréxica asociada a la psicosis, sino que prestaremos atención a aquellas otras dos modalidades, en las cuales, la anorexia aparece como formación sintomática y como expresión de falla en la estructuración subjetiva (Cibeira, 1997), la cual es llamada *anorexia vera* o *nerviosa*, mientras que, la primera, sería un síntoma en sentido estricto, es decir, el rechazo anoréxico se centraría en torno al deseo inconsciente del sujeto y supondría la dialéctica entre la represión y el retorno de lo reprimido (Cibeira, 2008; Rebagliati, s/f).

#### 2.2.4. *Formación sintomática o trastornos en la estructuración del yo*

La anorexia como formación sintomática supone transacciones que sustituyen las representaciones inconscientes que ponen en juego la conflictiva edípica, la angustia de castración y las fantasías que darían cuenta de un desplazamiento de la genitalidad a la oralidad, por ejemplo, felatio, castración del hombre mordiendo el pene, fecundación por vía oral a través del alimento (Carvalho Dutra, Martins Balbi, y Marques Seixas, 2016; Rebagliati, s/f). Esta clase de anorexia hace esperable que aparezca la angustia señal, pero, además, muestra la disociación entre sujeto y deseo. Y, si bien hay implicación subjetiva, el síntoma es egosintónico. Pues bien, es en el síntoma donde el deseo se pone en juego y surge el conflicto con el goce. “Son las mujeres las que con mayor frecuencia presentan esta problemática, especialmente en un momento de cambios radicales en el sujeto como es la pubertad y la adolescencia” (Cibeira, 2008, p. 4).

Con la pubertad y los cambios que esta produce, el sujeto constata su deseo como sexuado y, al mismo tiempo, se presenta el duelo que supone devenir de niña a mujer. En la anoréxica, el nuevo cuerpo puberal no será simbolizado por haberse desarticulado la libidinización del mismo. Entontes, ahora, en la adolescencia, cuando el sujeto implicado ha de encontrar un lugar simbólico y singular, estallará el conflicto expresándose a nivel corporal suponiendo un componente altamente autoerótico, centrado en un estricto control de lo que circula a través del tracto digestivo, de aquello que ha de ser tragado como alimento y lo que ha de ser expulsado. Esta anorexia sintomática funcionará como una provocación dirigida al Otro intentando escribir una falta a fin de poder hacerle desear (Cibeira, 2008). En definitiva, tal como nos dicen Ruesgas y Solíz, “la histérica manifiesta en su síntoma el rechazo de la irreductibilidad de su deseo a la demanda o a una necesidad, es así que la anoréxica no come nada manifestando así el más allá de la demanda, que es la ruina del sujeto cuando falta la falta” (2005, p. 2). Esta huelga de hambre es también una huelga del cuerpo (Lacan, 1970b). En efecto, son las anoréxicas quienes más paradigmáticamente nos hablan acerca del rechazo del cuerpo (Farías, 2010; Galán Jiménez y Yeruti De Ávila 2015). Aunque hemos de decir que este cuerpo es el

escenario donde se encierran representaciones reprimidas, las cuales son verbalizables y lógicas. Por otra parte, en esta clase de anorexia, “el padre idealizado ejerce su normatividad y frustra los deseos incestuosos de su hija” (Urman, 1990, p. 450), pudiendo alimentar, secretamente, la relación conflictiva de ésta con su madre. Mientras tanto, la madre, por un lado reprime la sexualidad de la hija, pero, además, “advierte como peligrosos los cambios físicos y psíquicos que se llevan a cabo en su hija a partir de la pubertad. La delgadez y la amenorrea de la hija no indican otra cosa que el sometimiento a la madre y el castigo por rivalizar edípicamente con ella, a la vez que el intento de buscar o fortalecer una alianza con el padre” (Urman, 1990, p. 451). Tal como podemos apreciar, ante esta clase de anorexia hay un cuerpo libidinal erógeno y, lo que en él acontece, nos hace posible el trabajo asociativo.

En cambio, hay otra forma de anorexia que no puede incluirse en los síntomas neuróticos y refiere trastornos propios en la estructuración del yo presentes en las patologías narcisistas (Koldobsky, 2005; Rebagliati, s/f). Zukerfeld al respecto nos dice que, “existe una ‘delgadez’ que en el discurso del paciente se ha convertido en condición subjetiva de existencia: ser es ser imposiblemente delgado y no serlo es no ser” (1998, p. 7). Este criterio ontológico en el cual se juega nada menos que el ser, implica una condición psicopatológica de vacío, donde la búsqueda del esqueleto viviente se manifiesta como típico de la anorexia restrictiva severa resultado del trágico encierro narcisista. Pues bien, al respecto del término narcisista hemos de decir que es un eje que ordena el aparato psíquico durante toda la vida. Este eje sufre transformaciones, vicisitudes e incluso desorganizaciones. En su curso normal será la constitución misma del Yo, el cual como factor libidinizante aspira a la cohesión y unificación. En cambio, como narcisismo negativo se constituye en un germen patológico que será subsidiario de la destructividad, la fragmentación y el vacío. Hemos de comprender que la metáfora del regreso a la materia inanimada utilizada por Freud en *Más allá del principio de placer* (1920) “es más fuerte de lo que se cree, porque esta petrificación del yo apunta a la anestesia y a la inercia en la muerte psíquica. Se trata solamente de una aporía, pero que permite comprender la intencionalidad y el sentido del narcisismo de muerte” (Green, 1990b, p. 23). En este tipo de personalidades hay un predominio de conductas de idealización yoica (megalómanas) que al ser -en general- mal digeridas o insuficientes alternan con la autodenigración y desvalorización (Bleichmar, 2000). Además, son malos usuarios de la angustia señal. Su angustia no se refiere a la castración, sino que pone en evidencia el sentimiento de amenaza del yo, que es de predominio ante el abandono. Por eso, decimos que estamos ante angustias más primitivas, sea de aniquilamiento, o persecutorias (Windaus, 1997).

Pues bien, si en estos sujetos, el yo ha alcanzado un cierto grado de cohesividad, podrán establecer vínculos y transferencias narcisísticas de cierta estabilidad. En cambio, si el yo está más desarmado y se privilegia la identificación proyectiva, el sujeto estará más fragmentado y más cercano a los border (Vittigni, 2010). Quizá sean los mecanismos de defensa los que mejor nos informen acerca de lo vulnerable y primitivo de la constitución del sujeto. Entre estos mecanismos, los más importantes, por su capacidad estructurante y organizante son: la escisión, la idealización, la tríada maníaca (control, triunfo y desprecio), la negación, y la identificación proyectiva. Estas defensas se activan a fin de evitar movilizaciones afectivas excesivas (Windaus, 2000). Otra característica que ha de resaltarse en esta clase de sujetos es que existe un marcado predominio del yo ideal como relación binaria, narcisista, expresado en una “paulatina descorporeización representada por la desnutrición, (la cual) implica ausencia de conflicto y un clima de felicidad nirvánica. Esta descorporeización revela la ausencia de investimentos libidinales y pone de manifiesto las fallas en el vínculo primario con la madre” (Rebagliati, s/f, p. 8). La anorexia, tal como la consideramos ahora, se halla determinada por la compulsión a la repetición. Allí, el trauma insiste a través de la escenificación de experiencias sufrientes que ponen al sujeto en la inercia del padecimiento en un permanente retorno de lo idéntico que es vivido con fijeza y actualidad. La característica esencial de lo traumático es la compulsión repetitiva más allá del principio del placer, la cual se debe a un déficit en la articulación del afecto y la representación (Benyakar y Lezica, 2005). Sabemos que el concepto de repetición es central en la teoría psicoanalítica pues está ligado a las características de la pulsión, del inconsciente, y de la transferencia (Rappoport, 2007). Es en la transferencia con el analista cuando se inicia la repetición. Sin embargo, es necesario distinguir dos tipos diferentes de repetición. Es decir, hay una clase de repetición que es producto de la investidura y las representaciones y por tanto está dentro del principio de placer. Ésta sirve de base para la transferencia positiva posibilitando la instalación del tratamiento. Además, éste se halla en el campo del funcionamiento psiconeurótico, de la conflictiva edípica y del inconsciente reprimido (Freud, 1914b).

Por otro lado, hay otra clase de transferencia en la que se repiten “huellas sensoriales, primitivas, traumáticas que se expresan en diferentes cortocircuitos: en el cuerpo, las somatosis; en el acto, actuaciones o accidentes” (Rappoport, 2007, p. 310). Justamente este tipo de repetición hizo que Freud, en 1920, perdiese el optimismo con respecto a la neurosis de transferencia e indique que no hay que alimentarla, pues en ella se repite lo reprimido primordial al servicio de la pulsión de muerte (Pisoni, 2003). En este campo de la repetición el sujeto parece quedar atrapado por un tiempo coagulado en la repetición de las huellas primeras de lo

“psíquico-presíquico” (Roussillon, 1991, p. 284). Huellas que por su incapacidad de ligadura con el proceso secundario se manifiestan como repeticiones incapaces de representación bloqueando el acceso terapéutico (Marucco, 2006).

Esta clase de patología supone, tanto una marcada intensidad pulsional, como una incapacidad por parte del aparato psíquico para dar respuesta al montante de excitación del que ha sido objeto. Hay severas alteraciones en la estructuración del yo no que llegan a ser psicóticas. A partir de *Introducción del narcisismo* (1914c), el concepto narcisismo adquiere una significación metapsicológica. Allí Freud nos dice que en los comienzos de la vida psíquica de un niño toda la energía es libido yoica. El investimento emocional toma al yo como su único objeto haciendo que el infans se halle en un estado original de narcisismo primario. Pero, más adelante, el niño se dirigirá al mundo externo a través de la identificación narcisista. Al comienzo, el niño tratará a los objetos externos como una prolongación de él mismo. Esta identificación narcisista es entendida por Freud como un desplazamiento de la libido yoica desde el yo al objeto. Freud señala que las pulsiones libidinales se dirigen hacia la madre o quien cumple su función y agrega,

junto a este tipo y a esta fuente de la elección de objeto, que puede llamarse del tipo de *apuntalamiento* (tipo anaclítico) (...) Hemos descubierto que ciertas personas (...) aquellas cuyo desarrollo libidinal experimentó una perturbación (...) no eligen su posterior objeto de amor según el modelo de la madre, sino según el de su persona propia (...) exhiben el tipo de elección de objeto que ha de llamarse *narcisista* (pp. 84-85).

En otras palabras, en estas instancias, el objeto es un suplente del *self* (Ogden, 2002). Más adelante, si el desarrollo se efectúa de forma favorable, el niño será capaz de involucrarse en una forma de amor objetal que no sea un desplazamiento del amor a uno mismo hacia el objeto. Será capaz de amar a alguien de quien reconoce que es externo a él mismo, y de quien puede aceptar la autonomía e independencia. Ahora bien, si por causas internas o externas no se produce esta evolución, persistirá la escasa diferenciación entre el *self* y el objeto. Entonces, las relaciones con los otros continuarán la elección de objeto narcisista. El objeto será amado como una forma de amarse a sí mismo. Así, la estructura narcisista se construye por la internalización del objeto previamente poseído a través de la identificación proyectiva masiva que borra las diferencias entre el *self* y el objeto. Cuando se habla de narcisismo primario y secundario no es otra cosa que suponer un grado diferente de reconocimiento y diferenciación entre el *self* y el objeto. En una primera etapa de la evolución psíquica, el bebé no puede representarse el objeto como separado y distinto de él. La madre no tiene para él una existencia real e independiente, sino que es un objeto intrapsíquico construido subjetivamente, con el cual queda identificado

(narcisismo primario). Pero, la experiencia de las necesidades hará que el infante perciba que mientras la necesidad brota de su interior, la satisfacción llega desde el exterior. De este modo, la madre deja de ser un objeto intrapsíquico para pasar a ser un objeto con existencia propia e independiente (narcisismo secundario) (Corderch, 2003-2004). Así, la capacidad de tolerancia ante la frustración, y los cuidados que recibe, permitirán al infante aceptar la realidad del objeto como una realidad autónoma e independiente, con sus propias necesidades y límites.

Ahora bien, tal como podemos apreciar, todo sujeto ha de transitar por la estructura narcisista (aun el neurótico), la misma responde al narcisismo primario, en el cual persiste un yo ideal. Sin embargo, en determinadas circunstancias, o incluso de modo permanente, puede pasar a un primer plano en el funcionamiento mental. Cuando se hace efectivo esto último, decimos que estamos ante patologías borderline o narcisistas. En estas patologías, los vínculos primarios supusieron regulaciones inestables, sus padres no están a la altura de su función. La función materna se cumple en una cierta organización temporo-espacial, pero hay una distancia, insensibilidad, e indiferencia que dificulta y obstaculiza su función de *rêverie* (Bion, 1962, 1965).

#### 2.2.5. *Haciendo foco en la anorexia nerviosa*

Adentrándonos aún más en el estudio de la anorexia nerviosa vemos que ésta es una manifestación patológica que viene a llenar un vacío producido por un déficit en la simbolización, donde el cuerpo pierde ser expresión del lenguaje en el discurrir deseante transformándose en objeto del maltrato que en muchas ocasiones pone en riesgo la vida. Lo impensable, aquello que es del orden del vacío, de la herida, “se refiere a ciertas percepciones que pueden despertar emociones intolerables y no encuentran traducciones en palabras. Quedan en su estado original ligadas a lo concreto (...) a la repetición” (Puget, 1991, p. 45). Entonces, “la palabra soporte de la subjetividad y de la diferencia queda, una vez más, inmolada. Lo traumático no encuentra ni palabras ni representaciones” (Moscona, 2000, p. 417). Esta cuestión del vacío se debe a un modo particular de procesar que tiene el aparato psíquico. En efecto, el fruto de un vínculo patológico con la madre, en los tiempos en que el psiquismo se va constituyendo, generó un compromiso con los procesos de simbolización. Así, “el contexto teórico en el que el vacío se manifiesta nos habla de un aparato psíquico con serias alteraciones en la capacidad de representación” (Navarro, 2008, p. 819). Pues bien, “el signo clínico patognomónico del ‘vacío mental estructural latente’ es la aparición del terror, en lugar de la angustia ‘realista’ o ‘señal’” (Lutenberg, 2008, p. 835). Será en el cuerpo tomado por la pulsión donde se dará verás seriamente dificultada la integración del yo.

Cuando es el soma solo el que encuentra repuesta a los conflictos del espíritu, su creación es inenarrable, metáfora de la muerte (Mc. Dougall, 1982). Si la estructura edípica con su modo de procesar el conflicto psíquico produce símbolos, potencialmente descifrables, y supone abstracción, actividad fantasmática y transacciones del yo preconscious entre el deseo y la prohibición, en este modo de procesamiento narcisista, en cambio, se deactúan las representaciones y adviene la imposibilidad metafórica (Zukerfeld, 1992). El cuerpo, por su parte, no es el que se enlaza a representaciones, sino que sus dolencias marcan una presencia pulsional mortífera. Como reacción originaria frente al desvalimiento en el trauma, se desencadena la angustia automática, mientras el yo lo vivencia pasivamente (Benyakar y Lezica, 2005). Esta explosión en el cuerpo no es comunicación, ni restitución, y comprende tres tipos de producciones sintomáticas: a) aquella que proviene del soma, es producida por él y finaliza en él, mientras el yo que padece, al ser ajeno, no posee ningún control. Su lectura es puramente médica; b) aquella que supone una producción de un yo encerrado entre dos presiones, la del soma y la de la cultura. Este yo actúa desde sus creencias y distorsiones cognitivas, intentando y creyendo controlar lo que no controla. Una de sus manifestaciones es lo que llamamos sobreadaptación y corresponde a las producciones alexitímicas donde el yo está más involucrado, pero desafectivizado; c) finalmente, la tercera forma implica por parte del yo una construcción fantasmática sobre formas, funciones y contenidos corporales. Es un pensar en el propio cuerpo con mayor carga afectiva, donde se develan elementos inconscientes, más a partir de métodos proyectivos que de la asociación libre. Pues bien, desde el punto de vista económico, cualquiera de estas maneras, regula la estructura del yo ideal escindida, la cual funciona más allá del principio del placer. Aquí, en el acto anoréxico, la psique no envía una señal de angustia, sino que solo transmite una señal somatopsíquica primitiva que inmediatamente se traduce en eclosión somática para evacuar la tensión (Zukerfeld, 1992). Clamando en acto, debate su ser, intentando excluir al Otro. De este modo, el sujeto, pretende poder sostener un deseo que le sea propio y salvaguardarse de su naufragio. Ahora bien, dado que algunos colocan a la anorexia nerviosa entre las enfermedades psicósomáticas (Cabetas Hernández, 2004; García Rodríguez, 1993; Lassalle, 2000; Urman, 1990), vale la pena detenerse brevemente a considerar algunas de sus características.

En principio, digamos que el hombre es, por definición, psicósomático. Vale decir es un ser compuesto, carne animada y espíritu encarnado, existente social que recibe su ser como tarea (Cortina, 1985). Siguiendo a Liberman y Pisoni, podemos decir que, partiendo de esta perspectiva, toda enfermedad es psicósomática. En efecto, la vivencia psíquica que el sujeto tiene de ella implica la dualidad psiquis-cuerpo. Pero, otra cosa es lo que significa técnicamente enfermedad psicósomática. Así, desde la psiquiatría clásica se define a la enfermedad

psicosomática como una patología psicogenética que presenta síntomas fisiológicos que son capaces de provocar una alteración estructural somática. Por su parte, desde el psicoanálisis, hemos de pensar que los enfermos somáticos poseen una diferente construcción y funcionamiento del aparato psíquico que los neuróticos. Éste ha de ser el punto de partida para comenzar a pensar la afección somática (Salamanca, et. al. 2016). Si la organización psíquica en el neurótico tiene como punto central la conflictiva edípica y la organización del preconsciente (tal como hemos visto), en el enfermo somático, la desorganización psíquica y la ausencia de síntoma lleva al vacío representacional al que hemos hecho mención *supra* (Lieberman y Pisoni, 1997). Todo esto adquiere un particular relieve en la adolescencia pues estamos ante un “sujeto en vías de constitución” (Lassalle, 2000, p. 14). El paciente somático no tiene ningún tipo de conciencia de enfermedad psíquica, su *síntoma* no demanda como lo hace el *síntoma neurótico*. “Ninguna simulación, ninguna disimulación: las exigencias familiares, interiorizadas, simplemente vienen a ocupar el lugar de una subjetividad que se retrae” (Sami-Ali, 1987, p. 32). Podríamos decir que hay un lenguaje corporal que no es mediatizado por la palabra. En efecto, “el síntoma orgánico revela lo real, la muerte, mientras que el síntoma histérico la presenta como una simple amenaza, contingencia que el docto debiera poder abolir” (Melman, 1988, p. 12). Si bien el goce está en el síntoma, pues el cuerpo está hecho para gozar, el significante pone un corte a ese goce (Lacan, 1966/1985).

En cambio, en los fenómenos psicossomáticos “tendríamos que reflexionar sobre el goce de otra manera, porque son manifestaciones que están totalmente por fuera del lenguaje, que están por fuera del principio del placer, que implican un padecimiento físico donde se expresa lo real del cuerpo” (Lassalle, 2000, p. 19). En el fenómeno psicossomático el cuerpo aparece autónomo, es decir, al no ser velado por el significante es ajeno al sujeto que lo padece (Salamanca, et. al. 2016). En la experiencia del fort-da queda de manifiesto la posibilidad de simbolizar una ausencia. Es decir, el fort-da muestra cómo acontece una elaboración o tramitación psíquica, al permitir la representación que distancia al sujeto del suceso. (Lassalle, 2000). El juego con el objeto permite que éste adquiera función simbólica. El símbolo emerge y se torna más importante que el objeto (Lacan, 1954a/1975). Así, en pacientes que padecen afecciones psicossomáticas, este proceso de mediatización, de simbolización ha de haber fallado en ciertos puntos, los cuales deberán ser determinados. En definitiva, cuanto más pobre es el preconsciente en relaciones y permanencia de las representaciones, cuanto más escaso es su *espesor*, el aparato psíquico estará más expuesto a los efectos desorganizantes del trauma y habrá más riesgo de situar la patología en el plano somático. Esto se debe a que la excitación no tiene disponibilidad de asociaciones, ni tampoco de capas que permitan un

adecuado drenaje (Marty, 1992). Cuando hablamos de estas afecciones psicosomáticas, estamos más cerca del orden de la necesidad, que del deseo; más cerca del autoerotismo, que de la circulación de la pulsión (Salamanca, et. al. 2016). Ya en el apartado *El sujeto adolescente* hemos hecho mención acerca de aquél objeto creado por el niño y que tiene valor defensivo contra la angustia ante la amenaza de abandono. Gaddini, quien estudia la etiología de la enfermedad somática, nos dice que ésta se produce cuando el objeto transicional no se formó. De este modo, es fundamental para nuestro trabajo clínico comprender el concepto de área transicional de Winnicott como un espacio potencial entre la madre y el niño, entre el objeto y el sujeto.

Debemos entender la calidad de la relación entre el niño y el objeto, y la manera en que toma forma su angustia por la pérdida del objeto. Donde la integración mente-cuerpo no tuvo lugar, donde no se alcanzó una identidad vivencial de la psiquis y la totalidad del funcionamiento físico -como en la enfermedad psicosomática- ahí también encontramos que no se desarrolló un objeto transicional (1967/1993, p. 368).

La alteración psicosomática implica una falla materna que dejó al infante sin los elementos esenciales para el desenvolvimiento de los procesos de maduración. En efecto, el objeto transicional tendrá lugar en tanto la madre se ausente y no lo provea. Éste supondrá aspectos del medio materno que el infante experimentó (percepciones táctiles y posturales) y selecciona para representar (Gaddini, 1967/1993). Creado por el niño, tendrá valor para él, cumpliendo la función de servir como poderosa defensa contra la angustia, ante la amenaza de abandono.

Este objeto transicional sólo podrá desarrollarse, en tanto halle una interacción madre-infante que actúe como medio ambiente facilitador (Winnicott, 1987/1998). Pero, si el funcionamiento maternal, o bien desconociese las necesidades del bebé, o bien fuese privado de la frustración cuando ésta debería acontecer, entonces, se levantarán defensas patológicas, las cuales supondrán, en el despertar de la sexualidad, un despliegue aniquilador. En efecto, el cuerpo no será aquel que está enlazado a representaciones, sino el que es ofrecido al juego automático de la pulsión que busca satisfacerse más allá de la integración del yo. Entre las dolencias que suponen este tipo de funcionamiento se halla la anorexia. Aquí, el cuerpo será el campo de batalla de lo traumático (Campos Coutinho y Resende Vorcaro, 2013; Rebagliati, 2003).

Tal como podemos apreciar, la adolescencia como período de migración, implica abandonar aquellos objetos hasta entonces necesarios, para abrirse a otros. Pero, este proceso de

separación que implica pérdida y por tanto duelo, no siempre se lleva a cabo a favor del sujeto que lo transita.

Sin embargo, y a pesar de lo dicho, la niñez es un punto a resaltar en la producción de la futura anoréxica. Es la madre, o la figura materna, quien brinda soporte al yo, “si lo hace suficientemente bien el yo del bebé será fuerte y tendrá su propia organización” (Winnicott, 1964/1991, p. 128). Pero, cuando en la inscripción de la vivencia infantil fallan estas funciones, debido al estado de inmadurez del psiquismo, tanto el caos pulsional, como los impactos de lo real, no serán metabolizados. Esta situación producirá una experiencia emocional no nutritiva (Benseñor, 2010), e incluso traumática, pues ha provenido de una persona de quien se esperaba protección y cuidados (Bohleber, 2006).

Ya desde niña, la futura anoréxica se encuentra con una madre que actúa una ansiosa y fría sobreprotección temprana. Así se vuelve persecutoria e invasora, sin la capacidad de disfrutar el contacto corporal tierno con su hija. Esta madre no supo decodificar adecuadamente los sentimientos de la niña cuando era bebé cuando aún no reinaba la palabra. Con el paso del tiempo, la madre se encargará de valorar las áreas y funciones no sexuales de su cuerpo. Además, su lejanía-cercanía genera una dependencia particular en su hija. En efecto, no le permite manifestar sus necesidades, pues siempre ha estado atenta para satisfacerlas de antemano (Chandler, 2001).

Veamos más de cerca cómo debiese ser el proceso. Para satisfacer sus necesidades, el infante (superado el grito signado por la necesidad) tiene que articularlas en el lenguaje expresándolas como demanda. Pues bien, la demanda modifica la necesidad en su naturalidad biológica. Pero, además, el pedido efectuado causará una escisión entre la necesidad y la demanda, será un resto insaciable no articulado en la demanda. Pues bien, este resto será llamado deseo. Entonces, en toda demanda hay una articulación de una necesidad. Pero, además hay una articulación a una demanda (incondicional) de amor. Sin embargo, el Otro, receptor de la demanda, quizá pueda satisfacer la necesidad, pero nunca podrá responder incondicionalmente a la demanda de amor. Entonces, confundir ese pedido de amor con la satisfacción de una necesidad, conduce a la anorexia mental. En la negativa a comer, el anoréxico le muestra al Otro que lo que se le pide no es ningún objeto en particular, sino algo que ese Otro tampoco tiene (Natale, M.F. s/f). En cambio, las madres de las anoréxicas con la sobreoferta anticipatoria e invasiva provocan que sus hijas, en su lucha por la autonomía, cierren sus bocas. Finalmente, ante la irrupción de un nuevo cuerpo -desarrollo hormonal mediante- la escisión y proyección operarán depositando en lo corporal y en lo alimentario todo

lo que la joven rechaza de su persona. Entonces, ella se identifica con lo no carnal que es. Es decir, el ser de estudio, de deportes, etc., será valorizado y, a cambio, dejará de lado lo material, el sexo, las necesidades y los deseos. El apetito entonces será del cuerpo, no de ella. Así, ella logra ser algo, por propia decisión: ser anoréxica. La escisión está marcada. En una orilla sobrevivirá el cuerpo (no-Yo) junto con el hambre y otros apetitos y, en la otra orilla, vivirá el yo purificado, anorexia mediante (Chandler, 2001). Esta joven no vivencia el nuevo cuerpo feminizado como propiedad personal, sino como si fuese la concreción de la presencia intrusiva del objeto materno al que desarrollo mediante, la niña se parece tanto. Aquella presencia exigente, sofocante y desvalorizadora amenaza con impedir la natural y saludable individuación que en este momento debe ocurrir. Es ante estas circunstancias que el sujeto intenta una defensa desesperada: la escisión del yo. Así incorpora al objeto malo, el cual se representa por medio de una ecuación de igualdad tripartita: nuevo cuerpo-madre invasora-comida.

Pues bien, esta incorporación e investimento sólo tiene un sentido: poder controlar al objeto temido. Pero hemos de precisar, acota Chandler, el objeto temido no es primariamente el alimento, sino el cuerpo y sólo por carácter transitivo lo es el alimento que habrá de convertirse en cuerpo. En efecto, si el cuerpo crece, lo hace a expensas de su Self. Esta madre omnipotente que impide que su hija desee al padre (por cierto poco actuante) en cuanto “representante natural del mundo externo y hacia quien normalmente se dirige la pequeña en un proceso natural de separación e individuación” (Chandler, 2001, p. 11). El dicho oracular de esta madre es “mientras viva nada te va a faltar”. Ésta se presenta como completa, ofreciendo todo, en cambio su hija alienada, no podrá reconocerse ni reconocer su deseo, ni tampoco qué es lo que demanda. La madre ubica a la hija como un objeto de goce, no pudiendo ubicarla en la ruta del deseo. La atiborra de papilla asfixiante, mientras ésta juega rechazando el alimento, como un deseo (Lacan, 1958/2013).

Digamos finalmente que, comprender todas estas cuestiones es fundamental. En efecto, distinguir “si se trata de un síntoma conversivo o de un fenómeno psicossomático (... permitirá) acertar en las acciones terapéuticas e influir sobre la enfermedad orgánica” (Lassalle, 2000, p 13). La certeza diagnóstica ofrecerá tener en cuenta factores específicos que intervendrán en el desarrollo del tratamiento. Pero de estas cuestiones nos ocuparemos en el próximo epígrafe.

### 3. Cuestiones antropológicas inherentes al tratamiento de la anorexia

Es propio del Yo neurótico ser presa de una duda insostenible concerniente a su verdad y a la de sus afectos (...) el analista no hace más que dar cuerpo a la ilusión, siempre presente en la psique, de poder encontrar sobre la escena de lo real a otro que garantice la certeza de los enunciados por medio de los cuales el sujeto se define y define su modelo de la realidad (Aulagnier, 1980, p. 88).

No hay que intentar la curación de los ojos independientemente de la cabeza, ni la cabeza, sin el resto del cuerpo; este cuerpo, a su vez, no puede ser curado si no lo es conjuntamente con el alma (...) Al estar enfermo el todo si ese conjunto no va bien, es imposible que lo fueran sus partes (...) Que no te convenza nadie a tratarte la cabeza (...) sin antes haberte entregado su alma (Platón, *Cármides*, 156e-157b).

#### 3.1. *Entre la emergencia y la creatividad: método y técnica*

La anorexia, particularmente la anorexia nerviosa, así como los otros trastornos en la conducta alimentaria en general, reclaman un tratamiento interdisciplinario, el cual deberá atender a los diferentes componentes etiológicos de esta compleja y con frecuencia dramática enfermedad (Marugán de Miguelsanz et. al., 2016). Si esto es así, entonces, en este tipo de trastornos es donde más se ponen de manifiesto los principios antropológicos que ya hemos considerado. A saber, si el hombre es un ser uno, de modo que toda acción, pasión, o vivencia humana, debe ser considerada como corpóreo-espiritual, psicofísica, psicoorgánica, entonces, en todas sus autorrealizaciones, o afecciones éste está inmerso siempre dentro de lo corporal y mundano. En definitiva, el cuerpo es el mediador absoluto de todo encuentro, símbolo de la realidad personal (Marcel, 1940). Por tanto, no es suficiente para comprender qué es lo que pasa en un sujeto concreto poner el acento en lo intrasubjetivo, sino que se hace imprescindible tomar en consideración su interrelación con el estímulo externo (Benyakar y Lezica, 2005). Pues bien, sabiendo de la complejidad de lo humano, afirmamos que cuando los conocimientos han de ser instrumentados se hace nítida la diferenciación entre método psicoanalítico –asociación libre, atención flotante y regla de abstinencia– y técnica psicoanalítica. En relación a la técnica, decimos que ésta supone aquellos procedimientos de orden fáctico que se instrumentan a fin de que el método funcione. Tal como nos Freud nos dice que

es muy probable que en la aplicación de nuestra terapia a las masas nos veamos precisados a alear el oro puro del análisis con el cobre de la sugestión directa (...) no importa qué elementos la constituyan

finalmente, no cabe ninguna duda de que sus ingredientes más eficaces e importantes seguirán siendo los que ella tome del psicoanálisis riguroso, ajeno a todo partidismo (1919 [1918]/1988, p. 163).

Tener en cuenta estas cuestiones nos permite distinguir que no podemos proceder, en la clínica, del mismo modo cuando estamos ante un paciente que es atravesado por una anorexia nerviosa, que cuando nos enfrentamos a una demanda neurótica clásica. En el primero de los casos hemos de considerar conveniente introducir cierta creatividad en el encuadre habitual con la finalidad de facilitar la instalación de una transferencia que posibilite el tratamiento (Eckell, 2005). En efecto, tal como nos dice Urman,

si la anorexia histérica se puede comparar a un monumento que conmemora un acontecimiento significativo del pasado (...), la anorexia normada se asocia al valor representacional que podrían tener algunas de las piedras del piso del sitio en donde el monumento es emplazado (1990, p. 443).

### *3.2. Abordaje terapéutico en el marco del eje falo-castración*

Lo dicho recientemente supone que en el tratamiento de la anorexia histérica procedamos suponiendo un aparato mental integrado y diferenciado. Pues bien, entre los múltiples abordajes posibles, en el presente trabajo nos referiremos al psicoanalítico (Carvalho Dutra, Martins Balbi, y Marques Seixas, 2016). Entonces, a fin de proceder con claridad describiremos las características esenciales del procesamiento neurótico y sus síntomas, a la par que indicaremos cuáles son las herramientas fundamentales para proceder exitosamente en el tratamiento del sujeto padeciente.

El conflicto en esta clase de afecciones conversivas podría establecerse entre el yo coherente y lo reprimido; o entre el yo y el ello; o entre el preconscious y el inconsciente. El conflicto edípico sufre una regresión formal a la etapa oral y, agregamos, anal. Además, los objetos son investidos con libido objetal, mientras que la lógica que rige la transferencia es según lo fálico-castrado. En esta clase de anorexia encontramos una angustia señal intensa, particularmente ante situaciones que supongan la pérdida del amor del objeto o a su seductor exhibicionismo reprimido. Esto permite instrumentar recursos psicoterapéuticos de modo que, una vez superadas las primeras resistencias producto de la represión, se instale la transferencia positiva. Aquí es cuando el analista puede realizar un análisis clásico y ver qué significado oculto es el que el síntoma despliega (Urman, 1990). Particularmente, en esta clase de análisis se desplegarán aquellas cuestiones que hacen al método, es decir, a la asociación libre, la atención flotante y la regla de abstinencia. En estos casos tendremos que leer aspectos

conscientes que supondrán la voluntad del paciente de curarse expresado en el motivo de consulta y, por otra parte, aquellos aspectos inconscientes que se juegan en la necesidad de castigo, en el goce instalado en el sufrir. Así, el síntoma histérico supondrá una doble lectura. A saber, “nace como un compromiso entre dos mociones pulsionales o afectivas opuestas, una de las cuales se empeña en expresar una pulsión parcial o uno de los componentes de la constitución sexual, mientras que la otra se empeña en sofocarlos” (Freud, 1908b, p. 145). El placer inconsciente que el síntoma porta, hace que, en el tratamiento analítico, el paciente no quiera abandonarlo produciéndose resistencias que entorpecen y obstaculizan el proceso de la cura y que incluso pueden manifestarse como transferencia negativa (Freud, 1912). Más allá del principio de placer y del equilibrio que éste prodiga al aparato psíquico, Freud descubre la acción de “tendencias situadas más allá de este, vale decir, tendencias que serían más originarias que el principio de placer e independientes de él” (Freud, 1920, p. 17). Estas tendencias repiten vivencias pasadas que no contienen posibilidad alguna de placer y que tampoco en el momento en que se produjeron la tuvieron. Freud toma como ejemplo en este punto a las neurosis traumáticas. Descubre que lo que la pulsión persigue es la repetición de una vivencia primaria de satisfacción, pero como no puede hacerlo porque esto provocaría un conflicto con la realidad, se producen satisfacciones sustitutivas tales como los síntomas (Freud, 1920). Así, tanto en *El sentido de los síntomas* (1917a) como en *Los caminos de la formación de síntoma* (1917b), dentro del marco de la primera tópica, el síntoma es el efecto de una represión que recae sobre una representación censurada por la conciencia. Pero, más tarde, al cambiar esta concepción por la introducción de un modelo estructural, el síntoma se presenta como un conflicto entre instancias (Yo-Ello-Super yo) (Freud, 1926). Entonces, acerca de la producción del síntoma Freud recorre dos caminos. Por un lado, la represión y la defensa contra las fijaciones pulsionales que buscan siempre una satisfacción en exceso, sin tener nada que ver con el bienestar del sujeto. Por otro lado, lo que se presenta como el atravesamiento del complejo de Edipo en cuanto estructura normativizante-neurotizante que permite el ingreso en la cultura mediante la ley del incesto y la diferencia de sexos (Freud, 1913 [1912-13]/1986). En esta estructura destacan el funcionamiento de las identificaciones, las elecciones de objeto, el ideal del Yo, el Super-yo, y aquel concepto fundante y operador para las neurosis que es la castración. Freud sostendrá hasta el final que los síntomas son defensas contra la angustia de castración.

El trabajo analítico intentará, por medio de la asociación libre, detectar las repeticiones inconscientes que sostienen los síntomas e incluso la identificación del yo al mismo (Freud, 1926 [1925]). Como analistas hemos de bordear estos puntos. Prestaremos particular atención allí donde se haga presente el sin sentido, lo que falta, los traspies, los agujeros, pues el acento

deberá ponerse en la escucha de los significantes. La lectura metapsicológica nos llevará del síntoma a su verdad a develar. Ahora bien, con el síntoma con que trabajaremos es con el psicológico. Incluso cuando lo hacemos con síntomas orgánicos sabremos que su base es psíquica (Fischer, H., Di Fiore, E. y Chignoni, C., 2003).

Pero hemos de dar un paso más. En efecto, en el trabajo analítico, no se trata sólo de buscar la desaparición de los síntomas, sino que apunta a la mutación profunda y duradera del psiquismo (Garrido, 2003). Pues bien, es en la transferencia donde se rescata al paciente. Freud nos habla de la transferencia como resistencia (1893-1895), pero, también nos dice que a partir de este descubrimiento la praxis analítica cambia: la escucha del inconsciente es ahora a través de la repetición (1912; 1914). Lo olvidado y reprimido se reproduce como acto en la relación analítica, aquí es donde se permite el rescate, porque “nadie puede ser ajusticiado in absentia o in effigie” (Freud, 1912, p. 105). “El paciente se ve llevado a reabrir las puertas de un pasado plagado de conflictos irresueltos, de angustia y de deseo” (Garrido, 2003, p. 106). Se repite lo reprimido primordial motivado por la compulsión a la repetición al servicio de la pulsión de muerte (Freud, 1920). El desarrollo metapsicológico que Freud puso de manifiesto en su teoría y se transparenta en la segunda tópica, surgió a partir de la experiencia clínica. Allí se evidenció, entre otras cosas, una nueva teoría pulsional; el uso de otras defensas además de la represión; la manifestación de conflictos no sólo entre el Yo y el inconsciente sino entre instancias; la ampliación de la teoría de la angustia; la investigación de las identificaciones; el atisbo de la importancia para la constitución del psiquismo de la etapa preedípica (Garrido, 2003).

Ahora bien, esta tarea analítica no sólo supone al paciente y su transferencia, sino que del lado del analista y su inconsciente también ocurren cosas. En efecto, éste puede caer presa de amores y odios, se angustia, contrainviste, reprime, cede a la ambición narcisista de soluciones rápidas y definitivas y, todo esto, puede obstaculizar el devenir de la cura trayendo el peligro de una intervención excesiva de la personalidad del analista (Pisoni, 2003). Con el fin de poder realizar un adecuado trabajo, tanto desde la transferencia, como de la contratransferencia, Freud recomienda la neutralidad y la regla de la abstinencia, suponiendo como telón de fondo un comprometido análisis del analista.

Pues bien, en relación a la neutralidad, el analista ha de ser capaz de callar “su narcisismo y sus creencias para pasar a ser la escucha de un discurso que no tiene derecho a interpretar sino respetando totalmente sus contornos, su estilo, su singularidad” (Aulagnier, 1980, p. 62). De todos modos, claro está, esta tarea de parte del analista debe ser permanentemente revisada,

ya que, “la naturaleza del objeto analizado produce forzosamente un impacto en el intérprete, quien no puede excluirse de un discurso cultural y de un modelo de civilización que le dan su status de sujeto en tanto que ser social” (Aulagnier, 1980, p. 61).

Por su parte, la regla de la abstinencia, formulada en los *Escritos técnicos* de 1912, será un operador que permitirá abordar en la experiencia analítica la secuencia transferencia-pulsión. Cuando el analista mantiene esta posición ocurre en el analizando algo similar a lo que acontece en el sueño. En efecto, se inhibe la acción y se privilegia el despliegue del deseo (en la transferencia) sin su realización inmediata. Así se crean las condiciones que permiten se despliegue la transferencia. De modo que podemos decir que la abstinencia es un motor de la transferencia, genera transferencia. Por ello Freud nos dice:

la técnica analítica impone al médico el mandamiento de denegar a la paciente menesterosa de amor la satisfacción apetecida. La cura tiene que ser realizada en la abstinencia; sólo que con ello no me refiero a la privación corporal, ni a la privación de todo cuanto se apetece, pues quizá ningún enfermo lo toleraría. Lo que yo quiero es postular este principio: hay que dejar subsistir en el enfermo necesidad y añoranza como unas fuerzas pulsionantes del trabajo y la alteración, y guardarse de apaciguarlas mediante subrogados (1915b [1914], p.168).

El régimen que instaura el encuadre analítico en el seguimiento de la regla de abstinencia, hace que los deseos insatisfechos se despierten. En la situación analítica, al son de la transferencia, vuelve a revitalizarse el deseo. La cura consistirá en que el analista dé lugar a que el enfermo despliegue sus fuerzas pulsionantes transfiriéndolas sobre la figura del analista. Pues bien, esto sólo lo puede realizar guardándose de apaciguarlas, es decir, por medio de la abstinencia. Abstenerse significará para el analista no ocupar el lugar de quien le permita al enfermo encontrar en el espacio analítico nuevas satisfacciones sustitutivas. En efecto, las pulsiones traumáticas para el paciente deberán seguir siendo tales, aunque ahora han de incluir, en su recorrido, a la figura del psicoanalista. De lo contrario, las asociaciones del paciente se detendrán y el tratamiento se moverá tan sólo por los caminos de la sugestión. Ésta es útil para el análisis, pero que no alcanza para la cura.

Por cruel que suene, debemos cuidar que el padecer del enfermo no termine prematuramente en una medida decisiva. Si la descomposición y desvalorización de los síntomas lo han mitigado, tenemos que erigirlo en alguna otra parte bajo la forma de una privación sensible; de lo contrario corremos el riesgo de no conseguir nunca otra cosa que unas mejorías modestas y no duraderas (Freud, 1919 [1918]), pp. 158-159).

Así, la abstinencia ha devenido un concepto cargado de sentido. Con ella se quiere significar que el analista no debe ofrecerse para que la pulsión se satisfaga en la transferencia. En efecto, las pulsiones que han sido reprimidas por ser perturbadoras para el yo, el cual está al servicio de principio de placer, retornarán exigiendo satisfacciones sustitutivas. Entonces, si primero encontraron satisfacción en el síntoma, ahora intentarán hacerlo con el psicoanalista. Pues bien, esta nueva situación (llamada por Freud neurosis de transferencia), permitirá que el profesional, valiéndose de la abstinencia, manibre sobre esta inercia pulsional establecida permitiendo continuar con la cura.

Simplemente mencionemos que este primer tipo de contratransferencia puede ser completado con una segunda vía denominada totalizadora (Heimann, 1950/1961-62; Little, 1951; Racker, 1957; Reich, 1951; Winnicott, 1947/1979; 1960/1991). A esta se la define como “reacción emocional total del psicoanalista hacia el paciente en la situación terapéutica” (Pisoni, 2003, p. 246). Ambas vías suponen cuestiones a trabajar. En efecto, si la totalizadora puede hacer alejarse al analista de la neutralidad, la clásica, por su parte, puede fomentar en el analista una actitud fóbica hacia sus reacciones emocionales. Algo análogo ocurre con la transferencia. Si en la transferencia antes descrita el marco del análisis (suma de todos los detalles del control) carece de importancia en relación con la labor interpretativa, en los casos o momentos psicóticos que se presentan en el transcurso del análisis de pacientes neuróticos o de personas normales, las cosas son diferentes. En efecto, en esta labor se amplía el concepto de transferencia. Aquí el marco cobra mayor importancia que la interpretación. Mientras que en la neurosis de transferencia el pasado penetra en el consultorio, en esta tarea el presente se remonta al pasado y es el pasado. Por primera vez el yo es capaz de experimentar los impulsos del ello y de sentirse real al hacerlo y a partir de aquí, por fin, puede hacerse un análisis ordinario de las defensas del yo contra la angustia (Winnicott, 1955/1979).

Sea lo que fuere y conforme hemos visto, el fenómeno de la transferencia es necesario para dar la posibilidad a un análisis. En ella, las imagos infantiles se reactualizan sobre la persona del médico. El analizante repite en la relación con el analista tanto sus modalidades de satisfacción pulsional como las reminiscencias de las identificaciones primordiales. Desde las concepciones freudianas, la regla fundamental también aparece como necesaria para instalar el dispositivo del análisis. Ésta consiste en la asociación libre. Por esta vía, el sujeto se manifiesta en lo que dice. Sin embargo, en el texto *Recordar, repetir y reelaborar* (1914b), Freud dice que el analizado repite en vez de recordar lo reprimido, así la repetición se opone al recordar. Aquí la

rememoración encontraría un límite al desplazamiento asociativo y, de esta manera, la repetición se convertiría en un obstáculo, momento en que emerge la resistencia. Sin embargo, el psicoanálisis supone como campo de estudio los fenómenos considerados como efectos de memoria, es decir, de lo que persiste aun perteneciendo al pasado. “Aquellos que no comparte esta característica cae por fuera del campo psicoanalítico” (Leivi, 1995, p. 585), pensemos por ejemplo en las neurosis actuales. Pues bien, para aquello que queda incluido en el campo propio del psicoanálisis (las psiconeurosis), Freud desarrolla una clínica que se centra en la marca que dejaron los acontecimientos del pasado que han sido traumáticos para un sujeto y que han dejado efectos que constituyen la patología. La terapéutica consistía en llegar a esa marca producir su descarga, ab-reacción a través de la palabra y del comercio asociativo (Leivi, 1995). Sin embargo, un simple recordar no era suficiente. En efecto, “un recordar no acompañado de afecto es casi siempre totalmente ineficaz” (Freud y Breuer, 1893-1895, p. 32). Por tanto, trauma ya no designa simplemente a la experiencia displacentera e intensa, sino al hecho de que no haya sido adecuadamente procesada por el psiquismo, sin lograr su descarga afectiva. Más adelante, en 1897, en la célebre Carta 69 dirigida a Fliess, Freud expresa: “Ya no creo más en mi ‘neurótica’” (p. 301), renunciando de este modo a la realidad del trauma en cuanto evento fáctico y poniendo el acento en la fantasía como elemento productor de la neurosis. Es decir, la realidad psíquica, poblada de fantasías, puede tener, para el aparato psíquico, efectos igualmente traumáticos, tal como los que acontecen proviniendo de eventos fácticos (Rebagliati, 2003). Entonces, si subrayamos que la presencia de la marca es prueba de la realidad del trauma, hemos de tener presente que en el aparato psíquico hay exceso de marcas, exceso de memoria; hay marcas hasta de lo que no pudo haber ocurrido (Freud, 1897). En *Recordar, repetir y reelaborar* Freud se propone, para llevar adelante el tratamiento psicoanalítico, vencer las resistencias de la represión que se oponen al recuerdo, accediendo así a llenar las lagunas mnémicas (Freud, 1914b). Como podemos apreciar ha ocurrido aquí un desplazamiento. En efecto, el centro del enfoque clínico ya no es la marca del acontecimiento del pasado, sino la presencia de brechas en la continuidad del relato histórico. Entonces, el horizonte de valor ya no es el pasado, sino la historia. La historia, a diferencia del pasado hace posible el olvido que nos permite poder poner distancia a la actualidad de las marcas, constituyéndolas en recuerdos. Recuerdo y olvido no se contraponen aquí, sino que se implican recíprocamente. “La historia no es el pasado. La historia es el pasado historizado en el presente, historizado en el presente porque ha sido vivido en el pasado” (Lacan, 1954b/1975, p. 4). Las diferencias son fundamentales. El pasado es una pura dimensión temporal, un aspecto de lo real perdido, aunque eficaz; la historia es una construcción simbólica, un relato presente acerca de qué es lo que pasó en el pasado. Ella supone reducción, no existe una historia total, algo en el relato siempre va a quedar excluido, no historizado, perdido. Constituir lo pasado

como efectivamente pasado, perdido, implica además de su transcurrir cronológico su muerte simbólica. Sólo un sostén simbólico hace posible la introducción del elemento de ausencia que permite poner distancia con respecto a la inmediatez de las marcas. El recuerdo ya implica historización. Si al comienzo, en la teoría traumática, el recuerdo era entendido por Freud como la marca misma del acontecimiento pasado, luego lo considera como construcción ya historizada. Es por eso que todo recuerdo tiene un doble aspecto: es encubridor, al no ser marca inmediata de lo real e implicar ya una construcción; pero es también descubridor, dado que esas construcciones que son los recuerdos infantiles conservan, si uno sabe leerlas, todo lo esencial de la infancia (Freud, 1914b; 1916). Por ello, si en el método catártico se trataba de recuperar recuerdos a los fines de la descarga, ahora se trata de recordar como un historiador, es decir obtener “una imagen confiable, e íntegra en todas sus piezas esenciales, de los años olvidados de la vida del paciente” (Freud, 1937b, p. 260).

Sin embargo, no todo puede entrar en la historia, pues toda historia deja un resto. Y ese resto al conservar su actualidad, va a emerger en el presente repetitivo de la acción. El acto sustituye el recordar. La compulsión a la repetición es el poner en acto lo no recordado, pues bien, ésta es una manera especial de recordar. Ese resto actual no es excluido, sino que resurge en el interior del campo psicoanalítico. Mientras el analizado es movido a recordar algo que ha vivenciado y fue reprimido, la operación preliminar del analista es semejante a la del arqueólogo, consiste en reconstruir lo olvidado desde los indicios. Hemos dicho que es la labor preliminar, pero no en el sentido de que deba ser tramitada primero en su totalidad, antes de comenzar con los detalles. “El analista da cima a una pieza de construcción y la comunica al analizado para que ejerza efecto sobre él; luego construye otra pieza a partir del nuevo material que afluye, procede con ella de la misma manera, y en esta alternancia sigue hasta el final” (Freud, 1937b, p. 262).

Ahora bien, partiendo de la construcción, el analista deberá culminar en el recuerdo del analizado. Sin embargo, siempre se consigue que el paciente recuerde lo reprimido. Aunque, “si el análisis ha sido ejecutado de manera correcta, uno alcanza en él una convicción cierta sobre la verdad de la construcción, que en lo terapéutico rinde lo mismo que un recuerdo recuperado” (Freud, 1937b, p. 267). El trabajo analítico supondrá enfrentarnos a todo aquello que impide la cura. Esto es, no solo con la represión, sino con la resistencia que se presentifica en análisis y con el/ los beneficio(s) secundario(s) del síntoma (que suponen una amalgama del síntoma con el yo) (Resistencias del yo). Pero, además, se intentará combatir contra la compulsión a la repetición (Resistencia del Ello) y contra la oscura resistencia del super yo, en cuanto expresión del sentimiento inconsciente de culpa que se expresa como necesidad de castigo (Reacción Terapéutica Negativa) (Freud, 1926 [1925]). Además, existirán factores que son “decisivos para

las posibilidades de la terapia analítica [a saber:] influjo de traumas, intensidad constitucional de las pulsiones, alteración del yo” (Freud, 1937a, p. 227). En definitiva, tal como nos recuerda Freud, al emprender la tarea analítica con esta clase de patologías que se encuentran enmarcadas en el eje falo-castración, “el análisis debe crear las condiciones psicológicas más favorables para las funciones del yo; con ello quedaría tramitada su tarea” (1937a, p. 251). Veamos a continuación qué es lo que ocurre cuando el eje recién mencionado se halla ausente y la patología acontece por otros caminos.

### *3.3. Abordaje psicoanalítico de una vivencia anoréxica elaborada con procesos arcaicos*

En los encuentros analíticos con diferentes pacientes, tales como aquellos que permanecen inermes a la vida (con quienes tenemos que hacer de maestros y consejeros), o frente a neuróticos graves, o pacientes con mal uso de la angustia señal por una endeble constitución del psiquismo, frente a ellos, decimos, se complejiza la intervención psicoanalítica. Así el mantenimiento de la regla fundamental de abstinencia y la neutralidad, como la misma asociación libre y el uso de la herramienta interpretativa se ven cuestionadas. Pues bien, ateniéndonos particularmente a aquellos que padecen anorexia nerviosa, hemos de decir que estos presentan resistencia a la transferencia, prohibiéndose, inconscientemente, organizar lazos libidinales para con el analista. Su deseo oscila, o bien en manipular al analista para ejercer sobre él un control omnipotente resistiendo sus interpretaciones con la misma fuerza con la que rechaza la incorporación de los alimentos, o bien constituirlo en objeto ideal para emularlo fundiéndose con él y reproduciendo la relación simbiótica que reinó desde los comienzos de su vida con la madre. Sin embargo, estas cuestiones resultan secundarias frente al obstáculo básico que es acerca de la idea de daño y de muerte que gravita de continuo en el tratamiento. Esta situación enfrenta al analista de modo inconsciente con el fracaso de su propia omnipotencia y con la realidad de su propia muerte, llevándolo al rechazo y a la desesperanza (Casanueva Royo, 1996). Es importante

estar advertido acerca de los sentimientos de desesperanza y ser capaz de enfrentar la frustración y el enojo que estas pacientes generan (...) Es preciso no ser invasor, así como poder transmitir empatía y tolerancia hacia las emociones dolorosas, sosteniendo los desafíos que implica la contratransferencia (Rovira y Chandler, 2011, p. 152).

A estas problemáticas ha de sumarse que, por razones que ahora procederemos a analizar, en función de la construcción de su propia identidad, quien experimenta el ser anoréxico se cierre al fuera haciendo aún más difícil el trabajo terapéutico. En efecto, tal como hemos observado,

el cuerpo, cuando acontece la pubertad, reclama ser narcisísticamente investido. Pero, en aquella que devendrá anoréxica, este nuevo cuerpo crecido y redondeado, parecido al de la madre, no logra despertar la vivencia de propiedad personal, sino que éste se presenta como si fuese la presencia intrusiva del objeto materno *encarnada* dentro de sí. Quizá pueda dar cuenta de esta vivencia la formulación que dice: “este cuerpo *no soy yo, es mi madre*, instalada dentro de mí” (Selvini, 1992, pp. 7; 9). Como podemos apreciar, en los momentos en los que se hace imprescindible la diferenciación-individuación, se hace presente una vivencia de indiferenciación de la cual ha de huir la incipiente anoréxica. De modo que quienes padecen esta experiencia, resuelven el dilema adolescente, creado por la feminización del cuerpo, expresada en términos de peso y forma, decretando la inmaterialidad del cuerpo, o pretendiendo volver a su cuerpo previo, quitándose la masa corporal que cubre de formas a su cuerpo infantil (Chandler, 2005). Así, como seres descarnados, se dedican, por entero, tanto a actividades intelectuales como físicas, llevando una vida virtuosa alejada del sexo, la materia y las necesidades de los apetitos que la reclaman (Chandler, 2001). El cuerpo, objeto de maltrato, pierde ser expresión del lenguaje por el vínculo simbiótico-patológico con la madre. De este modo, no enlaza a representaciones, sino a la presencia pulsional mortífera, más allá del principio de placer (Carvalho Dutra, et. al. 2016; Galán Jiménez y Yeruti De Ávila, 2015; Salamanca, et. al. 2016).

Así, “a nivel social y reforzando el trofeo de la reafirmación de la identidad subjetiva amenazada que esta existencia le otorga, la `identidad anoréxica´ también rescata a estas jóvenes del aterrador peligro de desaparecer como individuos” (Chandler, 2005, p. 116). Entonces, en esta circunstancia personal y evolutiva de tinte dramático, la niña púber y futura anoréxica “intenta una defensa desesperada: la escisión del Yo” (Chandler, 2001, p. 2). Por otra parte, “la in-corporación del objeto malo, representado por la ecuación tripartita nuevo cuerpo = madre invasora = comida se fortalece, defensivamente, con el fin de poderlo controlar” (Chandler, 2001, p. 3). Aquí, tal como hemos visto, es donde se hace efectiva una ecuación que actúa de modo inversamente proporcional, a medida que ese cuerpo crezca, lo hará a expensas de su Self. Tal como podemos apreciar, hay una real ambivalencia en relación para con el cuerpo, éste es desconfiable y persecutorio, pero, a su vez, no es desinvertido. En efecto, este cuerpo merece toda la atención, debe ser cuidado a fin de que no crezca, pues si lo hace, cobrará vida y poder. Aquí se nos hace evidente que el objeto primariamente temido no es el alimento, sino el cuerpo y, sólo por carácter transitivo lo será el alimento, en la medida en que se convertirá en cuerpo. Pero aún hemos de dar otro paso. En realidad, subyace en esta problemática un “no aceptación de sí misma [la que] se traduce en el rechazo de un cuerpo nunca suficientemente delgado como para que su rigurosa autoexigencia lo apruebe” (Rovira y Chandler, 2011, pp. 63-64). De modo que su autoestima depende de la capacidad que demuestre como para renunciar

a sus deseos y necesidades. Así, donde debería estar el objeto, está el Ideal del Yo (Brusset, *et al.*, 1990). Y donde debería haber una angustia señal, en el acto anoréxico no hay sino una señal somatopsíquica primitiva. La búsqueda de su propia identidad se juega en la dialéctica de ser un cuerpo portador de deseo y necesidad, o ser una persona que en la abstinencia logra ser puro espíritu (Chandler, 2001). Ser anoréxica, “es el eficaz salvoconducto que le permite salir de la incipiente depresión y cohesionar un falso self en un divorcio ordenador a ambos lados de la escisión” (Chandler, 2001, p. 6). Este “es el único modo que el paciente pesquisó para llegar a surgir como sujeto deseante fuera del deseo de la madre” (Hekier y Miller, 1996, p. 28). De este modo, en función de la autonomía e identidad personal, es comprensible que no tolere nada que provenga de su madre y, por extensión, del afuera (Rutzstein, 1998). Proceder analíticamente supondrá valerse de la imaginación creativa, la cual, asociada al afecto y la capacidad de jugar permitan pensar lo impensable, sostener en el ser, e interpretar el afecto intolerable. Pues bien, de estas cuestiones nos ocuparemos a continuación.

### *3.3.1. La implicancia de la imaginación, el afecto y la capacidad de jugar*

Tal como hemos visto, la presencia el Otro (significativo) en cuanto cometabolizador, es de una importancia fundamental. A esta altura sabemos que el sujeto que padece una anorexia nerviosa la procesa sobre la base de procesos arcaicos. Justamente esta situación es la que dificulta el despliegue de la función cometabolizadora que ha de realizar quien desee ayudar a quien padece (Benyakar y Lezica, 2006).

La herencia de significantes que preceden al sujeto son marcas, las cuales, según una combinatoria particular, se pondrán en juego en cada nueva situación vital que el sujeto afronte. Éste de todo esto no sabe nada y, sin embargo, esta ausencia de saber determina que su posición de sujeto del inconsciente advenga formulando aquellas palabras pretéritas, las cuales por pérdidas hicieron mella. De modo que, en la medida en que el sujeto se re-encuentre reelaborando su propia historia será posible apostar a la cura, o si acotásemos este resultado, será posible “crear las condiciones psicológicas más favorables para las funciones del yo” (Freud, 1937/1986, p. 251). Este paciente trabajo, no sólo debe respetar las disposiciones libidinales y los tiempos propios de cada cual, sino que debe ser capaz de afrontar una transferencia, la cual, según los vaivenes del procesamiento psíquico, puede presentarse de forma masiva. Así, quien atienda pacientes con tales características deberá ser creativo, afectivo y, poseer cierta solidez teórica y personal, la cual le permita desplegar la imaginación y la capacidad de jugar (Windaus, 2000). Todo esto ha de realizarse en un clima en el cual, la línea transferencial del analista, suficientemente analizada, asuma internamente lo que sabe

gnoseológicamente, esto es que el sujeto que se presenta en análisis posee los diferentes aspectos del proceso de cometabolización afectados.

### 3.3.2. *Contener el vacío, sostener la desesperación e interpretar figurativamente*

Con el objeto de profundizar en este modo de abordaje, nos valdremos del modelo que Aulagnier elaboró a fin de pensar la psicosis (1975/1993) y que Benyakar y Lezica utilizaron para pensar lo traumático (1996). Pues bien, según este modelo “la actividad psíquica está constituida por el conjunto de tres modos de funcionamiento, o por tres procesos de metabolización: el proceso originario, el proceso primario, el proceso secundario” (1975/1993, p. 24). Cada proceso acontece en un espacio psíquico donde se relacionan la representación y el afecto según el postulado que rija en ese topos hipotético. Hemos de remarcar que ninguna expresión clínica puede atribuirse, con propiedad, al funcionamiento de uno solo de los espacios psíquicos recién descritos. En efecto, el material será trabajado por los tres procesos, según los postulados propios de cada espacio conformando distintas organizaciones de lo psíquico.

Pues bien, en el espacio originario, regido por el postulado de autoengendramiento, y cuya característica esencial es el desconocimiento de la categoría externo-no yo, los estímulos son organizados de forma rudimentaria, como si proviniesen del propio cuerpo. El afecto, al no estar en relación para con el otro, recibirá el nombre de sensación y su modo de manifestarse será, o bien por la somatización, o bien por la acción (Mayer, 2000; Salamanca, et. al. 2016). Por su parte, la representación será llamada figura, ésta otorgará a los distintos estímulos –incluidos los somáticos– una forma figurable propia de cada psiquismo. Entonces, si en este topos, el sujeto atribuye a su propio ser todo lo que acontece psíquicamente, la representación pictográfica (figura) ignorará la dualidad de modo que lo representado se presentará ante la psiquis como presentación de ella misma. Así, al ser impactado el psiquismo por un evento heterogéneo, proveniente de lo fáctico externo, éste será procesado como si fuese propio, provocando una desarticulación evidenciada en la producción sintomática.

Ahora bien, las diferentes figuras configurarán un pictograma, el cual ha de entrar en relación con otro para que se constituya un proceso cometabolizador, así como las palabras han de asentarse sobre el pictograma. Por su parte, la investidura objetal que acontece en este espacio será la necesidad y la función elaborativa de objeto será la función de contención o *rêverie* propuesta por Bion (1965). Sobre esta función es sobre la cual ha de apoyarse la actividad analítica en los momentos en que prime esta modalidad de procesamiento. Así, en transferencia, el paciente podrá poner sus sensaciones en relación, para que el analista retenga

en su mente contenidos, sentimientos y afectos que no pueden ser contenidos por el paciente (Benyakar, 1999). Esta función de *rêverie*, en cuanto capacidad intuitiva, permitirá la captación de pensamientos sin pensador, es decir, los que corresponden al origen (Miramón, Corniglio y Marín, 2009; Scerpella Robinson, 2012). Ahora bien, no se trata sólo de captar pensamientos, sino que además éstos han de ser transmitidos al paciente de modo asimilable, pues éste no los pudo metabolizar (Elvira, 2008). Así, la posición del analista, análoga a la del objeto madre, será la de recibir los primeros impactos de identificación proyectiva masiva para metabolizarlos, transformarlos y darles significación (Bion, 1962). Sin embargo, contener el vacío que vivencia el paciente, y que desesperadamente intentó llenar con la manifestación patológica que presenta, no es una tarea sencilla. En ocasiones, el analista se verá amenazado por este vacío y puede ceder a la tentación de buscar explicar lo inentendido. De este modo, el analizado quedará a expensas de vivencias desalentadoras en relación para con el objeto-analista, pues éste aparecerá como desamparante e incapaz de cumplir la función de *rêverie* (Helman, 1999).

En cambio, si el analista lograra contener el vacío vivenciado por el paciente y sus efectos torturantes, esto permitirá desarrollar una labor terapéutica que facilite la elaboración de lo incontable (Benyakar, 1994). Este espacio regido por el postulado de autoengendramiento, la sensación, al no articularse con la figura, hará emerger una vivencia en la cual, olores, sabores, sonidos, etc., son los que perdurarán. Cuando acontezca el espacio primario (a partir de este tipo de registro no articulado), se reactualizarán sensaciones, mientras que la relación con los otros significativos al estar contaminada por el principio de autoengendramiento (heredado del primer topos), aumentará el aislamiento. Luego, cuando se pase al último de los espacios, el secundario, si bien habrá palabras, éstas sólo evocarán descriptiva y repetitivamente, situaciones o escenas, buscando procesar lo que aún no ha podido ser articulado (Benyakar y Lezica, 2006). Es decir, podrá haber multiplicidad de palabras, pero esto no implica que haya habido procesamiento psíquico que permita que los afectos sean comunicados. O, incluso, la palabra pronunciada, al provenir de una sensación idiosincrásica, al no ser coincidente con una palabra consensuada socialmente, perdurará como palabra vacía, es decir, como representación incompleta (Benyakar y Lezica, 2006). Hemos dicho que en este espacio el afecto se manifiesta, o bien por vía somática, o por la acción. Pues bien, aquí nos estamos refiriendo a lo que técnicamente se denomina enfermedad psicósomática, la cual, psicoanalíticamente supone una desorganización psíquica asintomática. Tal como hemos visto en el apartado *Entre Edipo y Narciso*, esta desorganización lleva al paciente a un vacío representacional en cuanto a la capacidad de asociación (Lieberman y Pisoni, 1997). Además, dado que las representaciones de palabras no poseen componentes afectivos y simbólicos, éstas solo tendrán valor de representación de cosas. El discurso estará ligado a la materialidad

concreta de los hechos, por ello, suele decirse que la palabra solo duplica la acción, al costo de no significar y traducir dentro de lo actual. Así, cuanto menos rico sea el preconscious en representaciones relacionadas entre sí, más probable será situar las patologías en el plano somático (no en el mental), donde la palabra será un mero medio para expulsar prontamente una tensión. Si “en la psicosis el pensamiento funciona de un modo delirante, en la psicomatosis lo que funciona de un modo delirante es el cuerpo, (restitutivamente es un esfuerzo por conseguir que mágicamente el cuerpo imponga orden en el desorden psíquico)” (Lieberman y Pisoni, 2007, p. 195). Mucho de esto es lo que se pone en juego en la anorexia nerviosa. El cuerpo, al no ser velado por el significante parece autónomo y ajeno al sujeto padeciente. Y, si uno de los factores etiológicos fundamentales se remonta a una falla materna que dejó al infante sin los elementos esenciales para el desenvolvimiento de los procesos de maduración, será fundamental para el trabajo clínico la flexibilización del encuadre, cuyo modelo es, tal como hemos visto, el juego enunciado por Winnicott (Rappoport, 2003). Mediante este modo de trabajo, el analista ha de permitir que se construya un área transicional, en cuanto espacio potencial entre el paciente y el analista, que facilite el proceso de separación-individuación, sin caer en la primitiva angustia de abandono (Winnicott, 1987/1998). De todos modos, debemos aclarar que, si bien la somatización, “pertenece al orden de lo originario, sobre la base de la dinámica intrapsíquica de cada individuo puede también emerger tanto en lo primario como en lo secundario” (Benyakar y Lezica, 2006, p. 68). Pensar este tipo de procesamiento fallido como un pasaje al acto supondrá un absoluto desconocimiento del objeto, dejando al cuerpo no como aquel que está enlazado a representaciones, sino ofrecido al juego automático de la pulsión. Las dolencias que se derivan de esta presencia pulsional mortífera se manifiestan a través de pasajes al acto, consumo de drogas y alcohol, anorexias, etc. (Rebagliati, 2003).

Cuando pasamos al espacio primario, el cual se rige por el postulado de relación, el afecto, al ponerse en relación, devendrá emoción. Éste permanecerá bajo la égida del placer-displacer pues no posee aún una organización temporo-espacial, ni escapa a la centralidad del sujeto. En esta modalidad procesal, el componente representacional será la imagen, la cual resulta de la relación de la figura con la representación del contacto. Es en este espacio donde comienza la discriminación “en mí”, “no en mí”, el cual se logra a través de sucesivos contactos con el objeto externo significativo. Como podemos apreciar, aquí es donde entra en juego la función de sostén o *holding*, el cual sostiene la desesperación, el desvalimiento y fuese propuesto por Winnicott (Benyakar, 1999). En el desarrollo emocional de los primeros tiempos, la noción de *holding* describe la función de la madre suficientemente buena, que posibilita la continuidad del ser del bebé (Winnicott, 1965/1993), permitiendo la integración psíquica y facilitando el pasaje de la figura al contacto. Además, son los tiempos en los que comienza a gestarse la

representación del *otro* y el surgimiento de la alteridad espacial. Si las condiciones son saludables, los cuidados maternos o los recuerdos de esos cuidados, construirán las bases para poder confiar en el ambiente. En cambio, si el cuidado materno fracasa, el resultado será la interrupción en la continuidad de ser, con un marcado debilitamiento del yo (Winnicott, 1993; Winnicott, 1998). Esta inadecuación de la función de sostén dará lugar a la vivencia de desvalimiento (Benyakar y Lezica, 2006). Cuando esto ocurre, los pacientes, al haber podido elaborar lo acaecido en su propio interior, por medio de la proyección, alterarán su relación con los demás, convencidos de que no son, ni podrán ser comprendidos. Entonces, por más que el otro se haga presente, su presencia será comprendida, desde el punto de vista del psiquismo al modo meramente material o, si pudiese reconocerla será para degradarlo (Benyakar y Lezica, 2006). Supuestas estas cuestiones, en el trabajo analítico, será necesario que nos remontemos a la dependencia infantil a fin de que el paciente vuelva, para que desde allí pueda crecer emocionalmente. Así, el analista suficientemente bueno será quien por medio de su presencia pueda desarrollar una relación de sostén, no *haciendo* por el paciente, sino simplemente estando con él a fin de que éste pueda exhibir su capacidad de juego y se muestre como creador (Benyakar, 1999; Winnicott, 1971/1997).

Finalmente, por fuera de la dualidad bebé-objeto materno, la mediación de un otro permitirá al *infans* descubrirse con una subjetividad propia y a la vez diferente al componente materno. En estas circunstancias el niño puede advertir, de modo tranquilizante, que el deseo y la realización de éste, no necesariamente lo incluyen, sino que pueden circular por otros circuitos. Pues bien, justamente esto es lo que debiese ocurrir para que se active el espacio secundario. El postulado que rige este espacio es el sentido, mientras que la legalidad lógica procesará al afecto, el cual pasará a ser llamado sentimiento, en cuanto se vincula a un afuera que incluye las dimensiones de tiempo y espacio. Justamente esta vinculación al afuera, al producirse con los otros, los cuáles son representados por el psiquismo en toda su complejidad y diferencia, será llamada vínculo. Aquí no hablamos simplemente de relación, sino de interrelación. Pues bien, las fallas que aconteciesen en este nivel de procesamiento alterarán la función de interpretación. Es decir, si bien la acción parece poseer sentido a través de la representación palabra, sin embargo, ésta tiende al desconocimiento del otro, quedando en el marco propio de sensaciones autoengendradas, sin organización espacial (Benyakar y Lezica, 2006). Así acontecerá una vivencia de desamparo por fallar la “relación con un medio protector, predecible a su modo, lugar y momento (tiempo y espacio), con alternativas cometabolizadoras eficaces y suficientes” (Benyakar y Lezica, 2006, p. 65). Este desamparo manifestado debido a una vivencia traumática, hará que quien lo padece, presente en la clínica una posición, o bien de absoluta dependencia al analista, o bien la sensación de que ni él ni nadie podrá ayudarlo, por quedar

todos suspendidos en cuanto a la capacidad de otorgarle sentido a lo acontecido (Zirlinger, 2000). El vacío producido y reacio a toda interpretación al haber provenído del mundo externo supondrá que todo aporte que provenga del exterior será vivido como una nueva violencia. Esta vivencia ha de ser tenida en cuenta por el analista a la hora de emprender su tarea interpretativa. Éste debe emprender una interpretación particular. En efecto, no se trata de realizar una nueva lectura de los contenidos, tal como se realiza con la interpretación de lo reprimido, sino que la interpretación del vacío ha de basarse en un trabajo psíquico comparable al de las pesadillas. Éstas, mediante una interpretación figurativa pueden hacerse inteligibles al paciente. Ahora, análogamente, lo que es pura manifestación traumática, puro dolor, puede por esta vía, hacerse figurable (Botella y Botella, 1997).

Entendidas así las cosas, este modo de interpretar tiene por esencia poder traducir el afecto en figuras, por medio de lo que Aulagnier llamó palabras fundamentales, es decir, palabras capaces de expresar afectos (1977). Mientras la interpretación clásica opera sobre la vía progrediente, aquí las cosas acontecen de otro modo. En efecto, la vía progrediente busca desentrañar el significado del sueño siguiendo a los procesos primarios y operando cerca del yo para referirse a lo reprimido inconsciente, a fin de que devenga preconsciente por conexión con las representaciones de palabras correspondientes. En cambio, esta interpretación creadora de sentido opera sobre la vía regrediente. Coincide con la anterior en seguir al proceso primario, pero con la particularidad de que una serie de datos heterogéneos –comparables al sueño– convergen en una coherencia a nivel superior, encontrando un nuevo sentido –creado– que ordena y transforma el psiquismo (Botella y Botella, 1997; Zukerfeld y Zukerfeld, 2011). Ahora bien, esta nueva creación no emerge por *via di porre*, es decir, el analista no agrega lo que no estaba, sino que actualiza potencialidades existentes en el paciente (Benyakar, 1999; Melgar, 2005). El objetivo de este modo de interpretar es que el paciente logre implicarse en el relato. Que no relate el afecto propio de la escena como si fuese un mero espectador objetivo. De este modo posibilitará el despliegue de la capacidad vivencial permitiendo que el afecto y la representación se conjuguen adecuadamente (Vinocur Fichbein, 2005; Gerst y Wintor 2005). La reparación tendrá lugar cuando, aceptada la propia vulnerabilidad, las sensaciones y emociones desencadenadas por el complejo traumático se articulen a representaciones, adquieran la dimensión de tiempo y espacio, y se transformen en sentimientos en presencia de un otro cometabolizador (Benyakar, 1999; Benyakar y Lezica, 2006; Zukerfeld y Zukerfeld, 2011). De este modo se logrará un verdadero éxodo que transite de la holofrase a la simbolización, del grito al pronunciamiento de palabras fundamentales, es decir, aquellas que son capaces de expresar sentimientos.

La gran tarea por realizar supone, acompañar al paciente para pensar lo impensable, servir de sostén para ofrecerle la garantía de continuidad en el ser, y ser capaces de escuchar su dolor a fin de posibilitar la construcción de un puente que permita una la temporalidad mítica del “´más allá de lo traumático´ hacia la temporalidad humana, tiempo de narrar a otro lo acontecido para que la percepción no quede intacta y pueda retemporalizarse” (Cantis, 2010, p. 6).

## Conclusión

Después de haber realizado este recorrido en el cual hemos intentado pensar acerca del contenido de dos significantes, tales como el de adolescencia y el de anorexia, y a su vez, observar las múltiples interrelaciones entre ambos, hemos llegado a algunas conclusiones. En efecto, la técnica analítica, si pretende ser fiel a los avatares propios de la adolescencia, no puede descuidar que este tiempo humano supone la promoción de nuevos desarrollos de afectos y representaciones. Además, ha de tener presente la absorbente y necesaria tarea a la que el adolescente se dedica con todas sus fuerzas: hallar la propia identidad, atravesando la angustia, y aprendiendo a responder por su propio deseo y satisfacción. Pues bien, este proceso puede tener múltiples salidas, una de ellas será la desafortunada respuesta anoréxica, la cual, puede expresar, o bien el rechazo del cuerpo, o bien la aspiración de que el cuerpo desaparezca para que el deseo, como tal, subsista.

Si bien la anorexia en cualquiera de los dos casos recién mencionados es uno de los padecimientos psíquicos que pueden causar la muerte, sin embargo, de cara a su tratamiento, se imponen algunas precisiones. En el primer caso, estamos ante un cuerpo libidinal erógeno, escenario de representaciones reprimidas, las cuales son verbalizables y lógicas e invitan a la tarea analítica clásica, es decir, aquella que intenta desentrañar el significado oculto que el síntoma manifiesta. Aquí se desplegarán aquellas cuestiones que hacen al método, tales como la asociación libre, la atención flotante y las reglas de neutralidad y abstinencia. Pero, en el segundo caso nos enfrentamos a un psiquismo que ha vivenciado la experiencia del horror producida tempranamente por lo humano, aquel que debiese haber sido protector. Así se hace comprensible que el paciente con anorexia nerviosa clame por un *menos* del Otro, lo cual denota que su acto anoréxico es una “maniobra” a efectos de excluir al Otro. De este modo, el paciente: a) salvaguarda su deseo; b) intenta crear en el Otro angustia, un agujero, colocándolo en menos; c) excluir al Otro sosteniendo estar lleno. Su no comer es para no ser comida devorada por el deseo asfixiante del Otro. Por tanto, su delgadez se ha convertido en condición subjetiva de existencia. En efecto, muestra una especie de cortocircuito holofrásico entre la orden materna y su “elección anoréxica”. La boca cerrada es la respuesta del sujeto al goce del Otro. Esta cuestión no sólo hace hincapié en que la inclinación holofrásica supone que una frase entera sea deglutida por una sola palabra, sino que busca poner de relieve que el defecto de simbolización deriva de un defecto de separación. El sujeto no accede al símbolo por permanecer en la órbita asfixiante de una relación simbiótica con el Otro. Permanece absorbido en el Otro. Entonces, si la clínica de la falta puede enmarcarse en la clínica clásica de la

neurosis, en este caso estamos ante otro tipo de clínica. Aquí el encuadre se hará preponderante. Éste supondrá una flexibilización que tenga como modelo el juego enunciado por Winnicott. Procediendo de este modo, el analista permite la construcción de un área transicional que facilita el proceso de separación-individuación. Debe responder al vacío con una adecuada función de *rêverie* que facilite captar pensamientos sin pensador (los del origen). Pero, además, en este proceso de separación cuida al paciente para que no caiga en la primitiva angustia de abandono y la consiguiente desesperación y desvalimiento. Para llevar a cabo tal tarea será necesario sostener al paciente. La noción de *holding* describe la función que garantiza la continuidad del ser. El analista, por medio de su presencia, estando con el paciente lo sostiene, a fin de que éste pueda exhibir su capacidad de juego, mostrándose creador. Finalmente, mediando una interpretación figurativa del vacío lo ayuda a traducir el afecto en figuras. Esta interpretación creadora de sentido implica al paciente en su relato. De este modo se hace posible un verdadero éxodo que transita de la holofrase a la simbolización, del grito al pronunciamiento de palabras fundamentales, es decir aquellas que son capaces de expresar sentimientos. Digamos, finalmente, que la anorexia nos incita a profundizar un particular posicionamiento subjetivo al que la clínica nos convoca actualmente, no para hacer de él (particularmente en la anorexia vera) una categoría clínica, sino para continuar inquiriendo a la teoría y hacer de la práctica un movimiento siempre abierto a su cuestionamiento y a la reflexión.

## Referencias

- Aberastury, A. y Knobel, M. (1984). *La adolescencia Normal. Un enfoque psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
- Allbutt, T. C. & Rolleston, H. D. (1908). *A system of medicine*. London: Mac Millan.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM5]*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Aulagnier, P. (1975/1993). *La violencia de la interpretación*. Traducción de Víctor Fischman. Primera Edición en castellano. Tercera reimpresión. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1980). *El sentido perdido*. Traducción de Irene M. Agoff. Primera Edición en castellano. Buenos Aires: Editorial Trieb.
- Baudrillard, J. (1984). *Las estrategias fatales*. Barcelona: Anagrama.
- Bauman, Z. (2003). *Modernidad líquida*. México: Fondo de cultura económica.
- Benseñor, C. (2010). ¿Qué nos dicen los niños acerca del trauma? *Revista de Psicoanálisis*, 67, 309-322.
- Benyakar, M. (1994). *Trauma: del damnificado a la víctima. De lo personal a lo social. De la tragedia al mito*. Recuperado el 10 de marzo de 2015, del sitio web:  
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:rwTMpHOLtYYJ:200.123.167.85/BAKCUP%2520AAPPG/Compartida/BIBLIOTECA%2520DIGITAL/B/Benyakar%2520-%2520TRAUMA%2520del%2520damnificado%2520a%2520la%2520v%2520%2520%2520ADctima.doc+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ar>
- (1999). La vivencia: articulación entre el afecto y la representación. Un reto para la teoría de la técnica. *Revista de Psicoanálisis*, 56, 591-603.
- Benyakar, M. y Lezica, A. (2005). *Lo traumático: clínica y paradoja, Tomo 1, El proceso traumático*. Buenos Aires: Biblos.
- (2006). *Lo traumático: clínica y paradoja, Tomo 2, Abordaje clínico*. Buenos Aires: Biblos.
- Berman, M. (1989). *Todo lo sólido se desvanece en el aire. La experiencia de la modernidad*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Bion, W. R. (1962). *Volviendo a pensar*. Buenos Aires: Lumen-Horme.

----- (1965/1984). *Transformations*. Londres: Karnac Books.

Bleichmar, H. (2000). Aplicación del enfoque "Modular-Transformacional" al diagnóstico de los trastornos narcisistas. *Aperturas Psicoanalíticas* 5, 1-17. Recuperado el 15 de diciembre de 2015, del sitio web: <http://myslide.es/documents/bleichmar-trastornos-narcisistas.html>

Bohleber, W. (2006). Recuerdo, trauma y memoria colectiva. La lucha por el recuerdo en el psicoanálisis. *Revista de Psicoanálisis*, 63, 713-742.

Borges, J. L. (1975/1986). *El libro de arena*. Madrid: Alianza Editorial.

Boris, H. N. (1984). The problem of anorexia nervosa. *International Journal of Psycho-Analysis* 65, 315-322.

Botella, C., y Botella, S. (1997). *Más allá de la representación*. Valencia: Promolibro.

Brusset, B., Levobici, S., Diatkine, R. y Soulé, M. (1990). *La Expresión Somática. La Anorexia Mental de las adolescentes. Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Cabetas Hernández, I. (2004). Desnutrición en anorexia nerviosa: enfoque psicosomático y tratamiento multidisciplinar. *Nutrición Hospitalaria*, XIX (4), 225-228.

Calle González, M.M. (2010). Reflexión sobre los avatares del psiquismo. *Revista de Psicología GEPU*, 1 (3), 103-118.

Cantis, S. (2010). *Temporalidad intemporalizable*. Recuperado el 25 de agosto, 2016 del sitio Web: <http://fepal.org/nuevo/images/stories/Cantis.pdf>

Carvalho Dutra, C., Martins Balbi, L. y Marques Seixas, C. (2016). A escolha pelo "Nada": reflexões psicanalíticas sobre a anorexia. *Demetra*, 11(3), 687-695.

Casanueva Royo, M.A. (1996). El psicoanálisis como tratamiento de los trastornos de alimentación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. XVI, 57, 39-46.

Castillo, G. (1984). *La adolescencia y sus problemas*. Pamplona: EUNSA.

Chandler, E. (2001). Escisión y contexto en la anorexia nerviosa. *Actualidad Psicológica*, 288, 1-18. Recuperado el 16 de Julio de 2016 del sitio Web: <http://www.eduardochandler.com.ar/sites/all/files/escision-y-contexto.pdf>

- (2005). El abordaje terapéutico de la anorexia nerviosa: técnica y artesanía. *Revista de Psicología UCA*, 1, 105-129.
- (2007). El abordaje terapéutico de la bulimia nerviosa. *Revista de la Sociedad Argentina de Nutrición*, 3, 12-15.
- (s/f). *Anorexia nerviosa: Evaluación clínica y decisión terapéutica*. Recuperado el 14 de Agosto de 2016 del sitio Web:  
<http://www.eduardochandler.com.ar/sites/default/files/EL%20PROCESO%20TERAP%3%89UTICO%20EN%20LA%20ANOREXIA%20NERVIOSA.pdf>
- Chandler, E. y Rovira, B. (2001). El Abordaje Interdisciplinario de los Trastornos en la Conducta Alimentaria. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 1, Vol. 114, 7-16 [Revisado y corregido en 2012].
- Chandler, E., Rovira, B. y Della Valle, M. E. (2001). Grupo Psicoeducacional Multifamiliar (GMF) en la Prevención y el Tratamiento de los Trastornos en la Conducta Alimentaria". *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, vol. XII, Suplemento I.
- Cibeira, A. (1997). Sobre anorexia y bulimia en adolescentes. En J. Barrionuevo (Coord.). *Acto y cuerpo en Psicoanálisis con niños y adolescentes* (pp. 75-85). Buenos Aires: Editorial JVE.
- (2008). *Consideraciones sobre la anorexia desde el psicoanálisis*. Recuperado el 16 de Julio de 2016 del sitio Web:  
[http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/055\\_adolescencia1/material/archivo/consideraciones\\_anorexia.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/055_adolescencia1/material/archivo/consideraciones_anorexia.pdf)
- Corderch, J. (2003-2004). La personalidad narcisista de nuestro tiempo. *Sociedad Española de Psicoanálisis*, vol. VIII-IX, 11-33.
- Cortina, A. (1995). *Ética civil y religión*. Madrid: PPC.
- Daros, W.R. (2015). Crisis, licuefacción de los valores y fragilidad de las relaciones en la posmodernidad según Zygmunt Bauman. *Estudios Filosóficos* 64, 281-298.
- Destefanis, O.E. (s/f.). *No nos olvidemos del cuerpo. La subversión del cuerpo por el psicoanálisis*. Recuperado el 19 de Septiembre de 2014, del sitio web:  
<https://www.kennedy.edu.ar/DocsDep18/Letra%20Anal%C3%ADtica/Destefanis%20Oswaldo%20Enrique/No%20nos%20olvidemos%20del%20cuerpo.pdf>
- Eckell, I (2005). Destinos del trauma. Nuevos desarrollos en el psicoanálisis. *Revista de Psicoanálisis*, 62, 321-332.

- Elvira, O. A. (2008). De una situación temprana a las vicisitudes de un proceso analítico. *Psicoanálisis*, 30, 229-245.
- Farías, F. (2010). *El "Misterio del cuerpo hablante"*. Recuperado el 23 de Julio de 2015, del sitio web: <http://www.champlacanen.net/public/docu/3/rdv2010pre5.pdf>
- Fernández Raone, M. (2016). Adolescencia y consumo de sustancias: La demanda terapéutica en un centro especializado. *Perspectivas en psicología*, 13(2), 84 - 94.
- Firpo, S.M. (2000). Nociones introductorias acerca de adolescencia. En Firpo, S.M. et al. *Clínica psicoanalítica con adolescentes*. Rosario: Homo Sapiens Ediciones.
- Fischer, H.R. (2007). Lógica del aparato psíquico. (Conceptos fundamentales de la metapsicología). En J.R. Savino, (ed.), *Conceptos fundamentales de psicopatología*, (pp. 237-245). Buenos Aires: Centro Editor Argentino.
- Fischer, H.R., Cópola, J., Gallardo, R., Luján, B., Piaggio, M.C. y Temes, M. (1999). Descripción Semiológica y Clínica. En J.R. Savino, (ed.), *Conceptos fundamentales de psicopatología*, vol. IV, (pp. 99-152). Buenos Aires: Centro Editor Argentino.
- Fischer, H.R., Baró, C., Katz, B., Luján, B., Noce, H., Pereira, A. y Piaggio, MC. (2000). Clínica de la Melancolía Endógena. En J.R. Savino, (ed.), *Conceptos fundamentales de psicopatología*, vol. V, (pp. 99-152). Buenos Aires: Centro Editor Argentino.
- Fischer, H.R. y Maure, G. (2003). Pulsión y representación. En J.R. Savino, (ed.), *Conceptos fundamentales de psicopatología*, vol. VII, (pp. 151-178). Buenos Aires: Centro Editor Argentino.
- Fischer, H., Di Fiore, E. y Chignoni, C. (2003). Conceptos básicos sobre metapsicología. En J.R. Savino, (ed.), *Conceptos fundamentales de psicopatología*, vol. VII, (pp. 69-102). Buenos Aires: Centro Editor Argentino.
- Forney, K. J., Brown, T. A., Holland-Carter, L.A., Kennedy, G.A. y Keel, P.K (2017). Defining "significant weight loss" in atypical anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 50(8), 952-962.
- Foucault, M. (2002). *Enfermedad mental y personalidad*. Barcelona-Buenos Aires- México: Editorial Paidós.
- Freud, S. (1893-1895/1987). *Estudios sobre la histeria*. Traducción de José Luis Etcheverry, Segunda Edición Castellana, Volumen II. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1895a/1991). *Proyecto de psicología*. Traducción de José Luis Etcheverry, Segunda Edición

Castellana, Volumen I. Buenos Aires: Amorrortu.

----- (1896a/1991). *Carta 52 (6 de diciembre de 1896)*. Traducción de José Luis Etcheverry, Segunda Edición Castellana, Volumen I. Buenos Aires: Amorrortu.

----- (1896b/1991). *Manuscrito G. Melancolía*. Traducción de José Luis Etcheverry, Segunda Edición Castellana, Volumen I. Buenos Aires: Amorrortu.

----- (1896c/1991). *Manuscrito K. La neurosis de defensa (Un cuento de Navidad)* Traducción de José Luis Etcheverry, Segunda Edición Castellana, Volumen I. Buenos Aires: Amorrortu.

----- (1897/1991). *Carta 69 (21 de septiembre de 1897)*. Traducción de José Luis Etcheverry, Segunda Edición Castellana, Volumen I. Buenos Aires: Amorrortu.

----- (1905/2000). *Tres ensayos para una teoría sexual*. Traducción de José Luis Etcheverry, Segunda Edición Castellana, Volumen VII. Buenos Aires: Amorrortu.

----- (1908a/1986). *La Novela familiar de los neuróticos*. Traducción de José Luis Etcheverry, Segunda Edición Castellana, Volumen IX. Buenos Aires: Amorrortu.

----- (1908b/1986). *Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad*. Traducción de José Luis Etcheverry, Segunda Edición Castellana, Volumen IX. Buenos Aires: Amorrortu.

----- (1912 /1986). *Sobre la dinámica de la transferencia*. Traducción de José Luis Etcheverry, Primera Edición Castellana, Primera Reedición, Volumen XII. Buenos Aires: Amorrortu.

----- (1913 [1912/13]/1980). *Totem y tabú. Algunas concordancias en la vida anímica de los salvajes y los neuróticos*. Traducción de José Luis Etcheverry, Segunda Edición Castellana, Volumen XIII. Buenos Aires: Amorrortu.

----- (1914a/1980). *Sobre la psicología del colegial*. Traducción de José Luis Etcheverry, Segunda Edición Castellana, Volumen XIII. Buenos Aires: Amorrortu.

----- (1914b/1986). *Recordar, repetir y reelaborar. Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II*. Traducción de José Luis Etcheverry, Primera Edición Castellana, Primera Reedición, Volumen XII. Buenos Aires: Amorrortu.

----- (1914c/1984). *Introducción del narcisismo*. Traducción de José Luis Etcheverry, Segunda Edición Castellana, Volumen XIV. Buenos Aires: Amorrortu.

----- (1915a/1984). *Pulsiones y destinos de pulsión*. Traducción de José Luis Etcheverry, Segunda

Edición Castellana, Volumen XIV. Buenos Aires: Amorrortu.

- (1915b [1914]/1986). *Puntualizaciones sobre el amor de transferencia (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis III)*. Traducción de José Luis Etcheverry, Primera Edición Castellana, Primera Reedición, Volumen XII. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1916/1984). *13º Conferencia. Rasgos arcaicos e infantilismo del sueño*. Traducción de José Luis Etcheverry, Segunda Edición Castellana, Volumen XV. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1917a/1987). *El sentido de los síntomas*. Traducción de José Luis Etcheverry, Segunda Edición Castellana, Volumen XVI. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1917b/1987). *Los caminos de la formación de síntoma*. Traducción de José Luis Etcheverry, Segunda Edición Castellana, Volumen XVI. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1918 [1914]/1988). *De la historia de una neurosis infantil*. Traducción de José Luis Etcheverry, Segunda Edición Castellana, Volumen XVII. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1919[1918]/1988). *Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica*. Traducción de José Luis Etcheverry, Segunda Edición Castellana, Volumen XVII. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1920/1986). *Más allá del principio del placer*. Traducción de José Luis Etcheverry, Segunda Edición Castellana, Volumen XVIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1923a/1979). *El yo y el ello*. Traducción de José Luis Etcheverry, Primera Edición Castellana, Primera reimpresión de la primera reedición, Volumen XIX. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1923b/1979). *La organización sexual infantil. Una interpolación en la teoría de la sexualidad*. Traducción de José Luis Etcheverry, Primera Edición Castellana, Primera reimpresión de la primera reedición, Volumen XIX. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1923c [1922]). *Dos artículos de enciclopedia: "Psicoanálisis" y "Teoría de la libido"*. Traducción de José Luis Etcheverry, Segunda Edición Castellana, Volumen XVIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1924/1979). *El sepultamiento del complejo de Edipo*. Traducción de José Luis Etcheverry, Primera Edición Castellana, Primera reimpresión de la primera reedición, Volumen XIX. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1925/1979). *Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos*. Traducción de José Luis Etcheverry, Primera Edición Castellana, Primera reimpresión de la primera reedición, Volumen XIX. Buenos Aires: Amorrortu.

- (1926 [1925]/1987). *Inhibición síntoma y angustia*. Traducción de José Luis Etcheverry, Segunda Edición Castellana, Volumen XX. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1932/1991). *31 Conferencia. La descomposición de la personalidad psíquica*. Traducción de José Luis Etcheverry, Segunda Edición Castellana, Volumen XXII. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1937a/1986). *Análisis terminable e interminable*. Traducción de José Luis Etcheverry, Segunda Edición Castellana, Volumen XXIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1937b/1986). *Construcciones en el análisis*. Traducción de José Luis Etcheverry, Segunda Edición Castellana, Volumen XXIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1940 [1938]/1986). *Esquema del psicoanálisis*. Traducción de José Luis Etcheverry, Segunda Edición Castellana, Volumen XXIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1941 [1921]/1986). *Psicoanálisis y telepatía*. Traducción de José Luis Etcheverry, Segunda Edición Castellana, Volumen XVIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, A. (1958). Adolescência. *Revista da Associação Psicoanalítica De Porto Alegre*, 11, 63-83.
- Gaddini, R. (1967/1993). Los orígenes del objeto transicional y el síntoma psicossomático. En M. Bekei (comp.), *Lecturas de lo psicossomático* (pp. 368-376). Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Galán Jiménez, J., Sebastián, F. y Yeruti De Ávila Ramírez, X. (2015). Dar Menos Cuerpo al Otro: Anorexia y Abuso Sexual. *Daena: International Journal of Good Conscience*, 10(2), 220-245.
- García Amusquibar, A. M., Matusevich, D., Finkelsztejn, C., De la Parra, I. y Gutt, S. (2001). Internación de pacientes con Trastorno de la conducta alimentaria. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, vol. XII, 44, 85-89.
- García Rodríguez, F. (1993). *Las adoradoras de la delgadez. Anorexia nerviosa*. Madrid: Ediciones Díaz Santos, S.A.
- Garrido, O. (2003). Clínica, Metapsicología y Método. En J.R. Savino, (ed.), *Conceptos fundamentales de psicopatología*, vol. VII, (pp. 103-109). Buenos Aires: Centro Editor Argentino.
- Gavilán, M. A y D'Onofrio, S. (2004). *Re-pensar al adolescente de hoy y re-crear la escuela*. Recuperado el 19 de septiembre de 2014, del sitio web: <http://storage.vicaria.edu.ar/Conf-Adolescencia.pdf>
- Gerst, W., y Winton, P. (2005). Del trauma a la sublimación a través del arte. De una a otra mirada. *Revista de Psicoanálisis*. 62, 633-651.

Green, A. (1990a). *De locuras privadas*. Buenos Aires: Amorrortu.

----- (1990b). *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Buenos Aires: Amorrortu.

Griffa, M.C. y Moreno, J.E. (2015). *Claves para una psicología del desarrollo. Adolescencia. Adulthood. Vejez*. Vol. II. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya.

Habermas, J. (1981). La filosofía como guarda e intérprete, *Teorema* 21, 247-269.

Hekier, M. y Miller, C. (1996). *Anorexia-Bulimia: Deseo de nada*. Buenos Aires-Barcelona-México: Editorial Paidós.

Heimann, P. (1950/1961-62). Acerca de la contratransferencia. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 1961-62, 4, 129-136.

Helman, N. (1999). El analista con mentalidad interdisciplinaria. El efecto de las interpretaciones visto a la luz del interjuego psicoanálisis-teoría de la comunicación-lingüística. *Psicoanálisis: Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*, 31, 515-541.

Hipócrates (1986). *Aforismos*. Barcelona: Editorial Alta Fulla.

Hurtado Díaz, C. (2016). Anotaciones sobre el cuerpo en las teorías de Freud y Lacan. *Revista Affectio Societatis*, 13(24), 46-58.

Imbriano, A. (2003). *La adolescencia del Siglo XXI*. Recuperado el 18 de Septiembre de 2014, del sitio web del Departamento de Psicoanálisis de la Universidad John F. Kennedy: <http://www2.kennedy.edu.ar/departamentos/psicoanalisis/articulos/adolescencia.pdf>

----- (2010a). Un padecimiento generalizado: adolescencia sin salida. En A. Imbriano, *La Odisea del Siglo XXI. Efectos de la Globalización* (pp. 89-93). Recuperado el 10 de Junio de 2016, del sitio web: <https://es.scribd.com/doc/308747741/Imbrianolibro-La-Odisea-en-El-Siglo-Xxi-2da-Ed-2010-8a>.

----- (2010b). ¿Cuál es el sufrimiento en la actualidad? En A. Imbriano, *La Odisea del Siglo XXI. Efectos de la Globalización* (pp. 93-96). Recuperado el 10 de Junio de 2016, del sitio web: <https://es.scribd.com/doc/308747741/Imbrianolibro-La-Odisea-en-El-Siglo-Xxi-2da-Ed-2010-8a>.

- (2016). *Sobre la anorexia*. Recuperado el 11 de mayo de 2016, del sitio web <https://www.facebook.com/ameliaimbrianouk/posts/798011340331432>
- Jameson, F. (1991). *Ensayos sobre el posmodernismo*. Buenos Aires: Ediciones Imago Mundi.
- Kant, I. (1783/1986). *Prolegómenos a toda metafísica futura que quiera presentarse como ciencia*. Madrid: Editorial Alhambra.
- Kaplan, L. (1996). *Adolescencia. El adiós a la infancia*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Koldobsky, N.M.S. (2005). *Trastornos borderline de la personalidad. Un desafío clínico*. Buenos Aires.
- Krassas, G.E. (2003). Endocrine abnormalities in anorexia nervosa. *Pediatric Endocrinology Review* 1(1): 46-54.
- Lacan, J. (1970a/1992). Del mito a la estructura. En J. Lacan, *El Seminario, Libro 17. El reverso del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- (1970b/1992). El amo castrado. En J. Lacan, *El Seminario, Libro 17. El reverso del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- (1974/2006). El despertar de la primavera. En J. Lacan, *Intervenciones y textos 2* (pp. 109-113).
- (1966/1985). Psicoanálisis y medicina. En J. Lacan, *Intervenciones y textos* (pp. 86-99). Buenos Aires: Editorial Manantial.
- (1954a/1975). Las fluctuaciones de la libido. En J. Lacan, *El Seminario, Libro 1. Los escritos técnicos de Freud*, Buenos Aires: Paidós.
- (1954b/1975). Introducción a los comentarios sobre los escritos técnicos de Freud. En J. Lacan, *El Seminario, Libro 1. Los escritos técnicos de Freud*, Buenos Aires: Paidós.
- (1958/2013). La dirección de la cura y los principios de su poder. En J. Lacan, *Escritos 2*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Laplanche, J. (1987/1989). *Nuevos fundamentos para el psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lasègue, Ch. (1873). De l'anorexie hystérique. En *Archives Générales de Médecine*, 21 pp. 385-403.
- Lassalle, A. (2000). Adolescencia y psicósomática. En Firpo, S.M., Lassalle, A., Ortega, A., Díaz, N., Prates, C. y Sansarricq, J., *Clinica psicoanalítica con adolescentes*, (pp.13-45).

- Le Grange, D. (1995). Terapia familiar para adolescentes con anorexia nerviosa. *Revista de clínica psicológica*, 4, 115-125.
- Le Grange, D. (2016). Elusive Etiology of **Anorexia Nervosa**: Finding Answers in an Integrative Biopsychosocial Approach. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(1), 12.
- Leivi, M. (1995). Historización, actualidad y acción en la adolescencia. *Psicoanálisis Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*, XIII, 3, 585-612.
- Lerner, H. (2008). Adolescencia, trauma, identidad. En M.C. Rother Hornstein (Comp.). *Adolescencias. Trayectorias turbulentas*. Buenos Aires: Paidós.
- Liberman, M. (2012). *La adolescencia. Teoría y clínica*. Recuperado el 18 de septiembre de 2014, del sitio web del Departamento de Psicología clínica de la Universidad John F. Kennedy: [https://www.kennedy.edu.ar/DocsDep19/Publicaciones/Adolescencia % 20-%20Teor%C3%ADa%20y%20C1%C3%ADnica.pdf](https://www.kennedy.edu.ar/DocsDep19/Publicaciones/Adolescencia%20-%20Teor%C3%ADa%20y%20C1%C3%ADnica.pdf).
- Liberman, M. y Pisoni, N. (1997). Psicósomática. En J.R. Savino, (ed.), *Conceptos fundamentales de psicopatología*, vol. II, (pp. 185-210). Buenos Aires: Centro Editor Argentino.
- Lipovetsky, G. (1986). *La era del vacío. Ensayos sobre el individualismo contemporáneo* Barcelona: Anagrama.
- Little, M. (1951). Counter–transference and the patient's response to it. *International Journal of Psychoanalysis*, 32, 32–40.
- López, G. (2014). *Lo que quema del cuerpo en la adolescencia*. Recuperado el 28 de junio de 2016, del sitio web: <http://virtualia.eol.org.ar/029/Bordes-de-la-practica/PDF/Lo-que-quema-del-cuerpo-en-la-adolescencia.pdf>
- Losinno, H. (1994). Anorexia Nerviosa: Control del cuerpo y el contexto. *Actualidad Psicológica*. 216, 8-9.
- Lutenberg, J. (2005). El trauma sin registro y la edición en el análisis. *Revista de Psicoanálisis*, 62, 333-350.
- (2008). El vacío mental estructural y el vacío emocional. *Revista de Psicoanálisis*, 65, 829-850.
- Lyon, D. (1996). *Postmodernidad*. Madrid: Alianza.
- Lyotard, J. F. (1986). *La condición posmoderna*, Madrid: Cátedra.
- Marcel, G. (1940). *Du refus à l'invocation*. Paris: Gallimard.

- Margulis, M. y Urresti, M. (1996). La juventud es más que una palabra. En M. Margulis, (ed.), *La juventud es más que una palabra. Ensayos sobre cultura y juventud*, (pp.13-30). Buenos Aires: Biblos.
- Marucco, N. C. (2006). Entre el recuerdo y el destino: la repetición. *Revista de Psicoanálisis*, 63, 763-785.
- Marty, P. (1992). *La psicósomática del adulto*. Buenos Aires: Ediciones Amorrortu.
- Marugán de Miguelsanz, J. M., Torres Hinojal, M., Geijo Uribe, M. S., Redondo del Río, M. P., Mongil López, B., García-Sousa, I., ... y Eiros Bouza, J. M. (2016). Abordaje nutricional de pacientes ingresados con anorexia nerviosa. *Nutrición Hospitalaria*, 33(3), 540-543.
- Mas Colombo, E.J. (2004). *Clínica psicofisiopatológica* (2ª ed). Buenos Aires: Culturales Universitarias Argentinas.
- Mayer, H. (2000). Acting out y pasaje al acto en patologías actuales. *Revista de Psicoanálisis*, 57, 267-283.
- McDougall, J. (1982). *Alegato por cierta anormalidad*. Barcelona: Edición Petrel.
- McLuhan, M. y Powers, B.R. *La aldea global. Transformaciones en la vida y los medios de comunicación mundiales en el siglo XXI*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Melgar, M.C. (2005). Trauma y creatividad. Psicoanálisis y arte. *Revista de Psicoanálisis*. 62, 591-600.
- Melman, C. (1988). *Nuevos estudios sobre la histeria*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Mélon, D. (2016). Le choix d'une orientation professionnelle: une occasion de travail psychique à point nommé pour l'adolescent. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 79(4), 647-662.
- Miramón, B. E., Terán, A., Marín, E.M. (2009). La intuición a la luz de los desarrollos epistemológicos de W. Bion. *Revista de Psicoanálisis*, 66, 111-134.
- Misra, M., Golden, N. y Katzman, D. (2016). State of the Art Systematic Review of Bone Disease in Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 49(3), 276–292.
- Moscona, S.L. Tiempos violentos: Palabra inmolada. *Psicoanálisis: Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*, 22, 415-427.
- Natale, M.F. (s/f). Algo para dar. Recuperado el 19 de septiembre de 2015, del sitio web: Recuperado del sitio web: <http://www2.kennedy.edu.ar/departamentos/psicoanalisis/articulos/algoparadar.pdf>
- Navarro, J.B. (2008). Clínica del vacío. *Revista de Psicoanálisis*, 65, 819-828.

- Obiols, G.A. y Segni de Obiols, S. (1993). *Adolescencia, posmodernidad y escuela secundaria. La crisis de la enseñanza media*. Buenos Aires: Kapeluz Editora.
- Ogden, T. (2002). A new reading of the origins of the objects - relation theory. *The International Journal of Psychoanalysis* 83, 767-784.
- Onofrio, G. (1998). Anorexia y Bulimia Nerviosa. Desarrollos clínicos, etiopatogénicos, epidemiológicos y terapéuticos. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, vol. IX, 32, 109.
- Pacheco, A. & Medeiros, M. (2016). A interligação entre o intersubjetivo e o intrapsíquico:(im)possibilidades na travessia da adolescência. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34(3), 505-515.
- Palomba, D., Venturini, M., Rausa, M., Contin, S.A., Penolazzi, B., Schumann, R. y Ballardini, D. (2017). Reduced sympathetic activity and dysfunctional metacognition in patients with anorexia nervosa: a preliminary study. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 17(1), 1-19.
- Piaggio, M.C. (1997). Las publicitopatías (una mirada psicosocial sobre la anorexia nerviosa). En J.R. Savino, (ed.), *Conceptos fundamentales de psicopatología*, vol. II, (pp. 211-223). Buenos Aires: Centro Editor Argentino.
- Pisoni, N (2003). Transferencia y contratransferencia. En J.R. Savino, (ed.), *Conceptos fundamentales de psicopatología*, vol. VII, (pp. 233-250). Buenos Aires: Centro Editor Argentino.
- Platón (trad. 1985). Cármenes. En E. Lledó Iñigo (trad.) *Diálogos I*. Madrid: Editorial Gredos.
- Puget, J. (1991). Violencia social y psicoanálisis. De lo ajeno estructurante a lo ajeno-ajenizante. En J. Puget, R. Kaës (Comps.), *Violencia de Estado y psicoanálisis*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Racker, H. (1957). The meaning and uses of countertransference. *Psychoanalytic Quarterly*, 26 (3), 303-357.
- Rappoport, E. (1998-1999). Más allá de la representación: los afectos. *Revista de psicoanálisis* 6, 197-214.
- (2005). Trauma, pulsión y somatosis. *Revista de Psicoanálisis*, 62, 273-280.
- (2007). Repetición, transferencia, somatosis. *Revista de Psicoanálisis*, 64, 309-317.
- Rebagliati, A. (2003). *La importancia del trauma en la clínica actual*. Tesis de Doctorado para la obtención del título de Doctor en Psicología, Departamento de Psicología, Universidad J.F. Kennedy, Argentina.
- (s/f). *Trastornos de la alimentación*. Recuperado el 28 de junio de 2016, del sitio web: <http://docplayer.es/12482765-Trastornos-de-la-alimentacion.html>

- Reich, A. (1951). On counter–transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 32, 25–31.
- Risueño, A. E. (2004). Prefacio a la 2ª edición. En E.J. Mas Colombo. *Clínica psicofisiopatológica* (2ª ed). Buenos Aires: Culturales Universitarias Argentinas.
- Rodríguez-Camacho, D.F. y Alvis-Gomez, K.M (2017). Influencia del esquema corporal en el rendimiento deportivo. *MÉD.UIS*. 30(2), 63-69.
- Rovira, B. y Chandler, E. (2011). *Anorexia nerviosa. Curioso no comer para vivir*. CABA: Centro AB.
- Rozenbaum, A. (2006). El silencio es salud. *Psicoanálisis: Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*, 28, 331-346.
- Ruesgas D. y Soliz, D. (2005). La imagen del cuerpo en la anorexia como síntoma histérico (un enfoque psicoanalítico). *Revista Ajayu, III (2)*, 1-17.
- Roussillon, R. (1991). *Paradojas y situaciones fronterizas del psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Rutzstein, G. (1998). La anorexia nerviosa y el proceso de separación-individuación. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría, vol. 9(32)*, 118-124.
- Salamanca, V. M., Alarcón, J., Restrepo, O., Bravo, L., Reyes, A., Medina, F., ... y Enciso, C. (2016). Cuando el cuerpo llora el dolor silente. La enfermedad psicósomática. *Revista de la Sociedad Colombiana de Psicoanálisis*, 41(2), 265-274.
- Sami-Ali, M. (1987). *Pensar lo somático. El imaginario y la patología*. Buenos Aires-Barcelona-Mexico: Paidós.
- Scerpella Robinson, R. (2012). Reverie: Apuntes personales. *Revista de la Sociedad Colombiana de Psicoanálisis*, 37, 169-185.
- Schilder, P. (1935/1977). *Imagen y apariencia del cuerpo humano*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Selvini Palazzoli, M. (1974). *Self-starvation. From individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa*. Nueva York: Jason Aronson.
- (1992). La anorexia nerviosa. *Revista Argentina de Psicopatología*, 8, 3-15.
- (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Sours, J. (1974). The anorexia nervosa syndrome. *International Journal of Psycho-Analysis* 55, 567 576.

- Stenzel, M. & Anciães Dorriba, V. (2011). O ato na adolescência como resposta à inconsistência do Outro. *Revista Latinoamericana Psicopatología Fundamental*, 14, 3, 472-484.
- Sternbach, S. (2006). Adolescencia, tiempo y cuerpo en la cultura actual. En Rother Hornstein, M.C. (Comp.), *Adolescencias: trayectorias turbulentas*, (pp. 51-79). Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Thesleff, H. (1965). The Pythagorean texts of the Hellenistic period. *Acta Academiae Aboensis, ser. A, vol. 30, núm. 1*.
- Toro, J. (1999). Factores psicobiológicos en la etiopatogenia de la anorexia nerviosa. *Anuario de Psicología, volumen 30*, 79-95.
- Toro, J. y Villardell, J.E. (1987). *Anorexia Nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.
- Urman, F.R. (1990). Una contribución para el diagnóstico diferencial entre anorexias neuróticas (conversivas) y psicósomáticas (normadas). *Psicoanálisis vol. XII (2- 3)*, 439-56.
- Vattimo, G. (1986a). *El fin de la modernidad*. Barcelona: Gedisa.
- (1986b). *Las aventuras de la diferencia. Pensar después de Nietzsche y Heidegger*. Barcelona: Península.
- Vattimo, G. – Rovatti, P. A. (Coord.). (1998). *El pensamiento débil*. Madrid: Catedra.
- Vecslir, M. (2003). La actualidad del psicoanálisis. En H. Lerner (Comp.). *Psicoanálisis: cambios y permanencias*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Vernengo, M.P. (2009). ¿Un único destino posible o un destino posible entre otros? Acerca de los enunciados identificatorios en un niño. *Revista Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados*, 32, 65-86.
- Vinocur Fischbein, S. (2005). Escritura, creación y trauma psíquico temprano. Los territorios fantásticos de Julio Cortázar. *Revista de Psicoanálisis*. 62, 601-626.
- Vittigni, G. (2010). La personalidad borderline según el modelo estructural de Otto Kernberg. *Tredimensioni* 7, 60-74.
- Watson, T.L. y Andersen, A.E. (2003). A critical examination of the amenorrhea and weight criteria for diagnosing anorexia nerviosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(3), 175-182.
- Windaus, N. G. (2000). *Invitación para analistas, los pacientes narcisistas*. Aporte presentado en Documenta Laboris N°3. La personalidad y sus desórdenes de la Universidad Argentina John F. Kennedy, 2000.

- (1997). Interrogaciones en la Clínica: Patologías narcisistas. En J.R. Savino, (ed.), *Conceptos fundamentales de psicopatología III (La Clínica)*, (pp. 209-219). Buenos Aires: Centro Editor Argentino.
- (1997). El bouffée delirante agudo de la Psiquiatría francesa y su relación con las locuras histéricas. En J.R. Savino, (ed.), *Conceptos fundamentales de psicopatología II*, (pp. 129-154). Buenos Aires: Centro Editor Argentino.
- Winnicott, D. (1961/1991). Nuevas observaciones sobre la teoría de la relación parento-filial. En C. Winnicott, R. Shepherd y M. Davis (Eds.). *Exploraciones psicoanalíticas I*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- (1964/1991). Importancia del encuadre en el modo de tratar la regresión en psicoanálisis. En C. Winnicott, R. Shepherd y M. Davis (Eds.) *Exploraciones psicoanalíticas I* (p128). Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Winnicott, D. (1955/1979a). Variedades clínicas de la transferencia. En D. Winnicott, *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. (pp. 399-404). Barcelona: Laia, 4.
- (1960/1991). La contratransferencia. En D. Winnicott, *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*, (pp. 207-216). Buenos Aires: Paidós.
- (1947/1979). El odio en la contratransferencia. En D. Winnicott. *Escritos de pediatría y psicoanálisis*, (pp. 267-279). Barcelona, Laia.
- (1965/1993). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- (1987/1998). *Los bebés y sus madres*. Barcelona-Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Young, S., Touyz, S., Rhodes, P., Hay, P., Meyer, C., Arcelus, J., ... Wales, J. (2017). Validity of Exercise Measures in Adults with Anorexia Nervosa: The EDE, Compulsive Exercise Test and Other Self-Report Scale. *International Journal of Eating Disorders*, 50 (5), 533-541.
- Zirlinger, S. (2000). Semblantes y destinos de la violencia. *Psicoanálisis: Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*, 22, 509-531.
- Zukerfeld, R. (1998). Bulimias, Anorexias y Psicoanálisis actual. *Zona erógena* 40, 1-9. Recuperado el 28 de junio de 2016, del sitio web: [http://sid.usal.es/ídocs/f8/art6415/bulimia\\_anorexia.pdf](http://sid.usal.es/ídocs/f8/art6415/bulimia_anorexia.pdf)
- (1992). *Acto bulímico, cuerpo y tercera tópica*. Buenos Aires: Ricardo Vergara Ediciones.

Zukerfeld, R. y Zukerfeld, R.Z. (2011). Vicisitudes traumáticas, vincularidad y desarrollos resilientes: un modelo de investigación dimensional. *Clínica e Investigación Relacional*, 5, 349-369.