

## FIN DE ANÁLISIS. COMENTARIO DEL CASO DE UNA ADOLESCENTE CON ANOREXIA GRAVE

Ona Sujoy\*

**E**l tema del fin de análisis que hoy nos convoca está ligado íntimamente a la complejidad que plantean los criterios que se establezcan para evaluar y decidir cuándo un tratamiento psicoanalítico llega a su fin. Luego vendrán las pautas para dicha finalización que también poseen una nutrida bibliografía.

Las consignas clásicas de varios autores señalan que debe ser una decisión iniciada por el paciente, aunque la tendencia actual señala la necesidad de revisar muchas variables en juego que hacen a la especificidad del campo adolescente desde un pensamiento de la complejidad.

Me resultó muy interesante el caso presentado por Lidia Ferraiuolo porque es un tratamiento que comenzó sin demanda y termina por un alta médico-psiquiátrico que lo decide el equipo tratante según los criterios institucionales. Pone en evidencia que los innumerables trabajos publicados sobre esta cuestión aportan multiplicidad de miradas y conceptualizaciones acerca de la finalización que van enriqueciendo el *corpus* teórico del psicoanálisis, pero que en última instancia han demostrado que hay tantas variantes en juego como casos a considerar.

Por ejemplo: ¿qué se termina cuando se establece el final de un análisis? En esta circunstancia, terapeuta y paciente (Lidia y Laura) deben despedirse. Laura dejará la internación, hay un desprendimiento, una percepción de la próxima ausencia del otro ¿Es esto un final? Es evidente que hubo un tramo que terapeuta y paciente recorrieron juntas. ¿Es el análisis el que termina? ¿Es un vínculo el que se disuelve?

Pensando el análisis como un vínculo que se establece y se va construyendo entre terapeuta y paciente (sea individual, pareja, familia o grupo) es difícil decir que el proceso de finalización conlleva la disolución del vínculo ya que éste permanecerá como marca en la organización psíquica de los sujetos del

---

\* Psicóloga, Psicoanalista. Docente de la Carrera de Especialización en Psicoanálisis con Adolescentes, UCES. Miembro titular de AAPPG.

vínculo, más allá de su presencia concreta, formando parte de la composición representacional de cada uno de ellos.

Cada tratamiento se desarrolla y termina de maneras muy diferentes. No puede haber normas fijas ni dimensiones o variables a alcanzar que se puedan generalizar. A veces la decisión parte del paciente, otras veces es propuesta por el terapeuta, a veces el paciente interrumpe intempestivamente, y sin embargo, cualquiera sea la manera, es la expresión de un vínculo que debe transformarse. Es importante considerar el marco del dispositivo establecido para cada tratamiento, es decir, si se lleva a cabo en forma privada, institucional y todas sus variantes.

Kaës (Kaës, R., 1979) describe la noción de crisis como un *“cambio brusco y decisivo en el curso de un proceso”*.

Toda crisis va acompañada de un fuerte sentimiento de angustia.

Las adolescencias en particular, recorren un proceso signado por el sufrimiento que producen las pérdidas de los puntales que sostenían el trabajo psíquico en la infancia, que inesperada y abruptamente pierden su capacidad apuntalante.

Las crisis atraviesan los cambios acelerados que caracterizan a las adolescencias, con vaivenes de rupturas que van siendo elaboradas y en el mejor de los casos encaminadas a su superación y transformación. Algunos adolescentes, quedan atrapados por la turbulencia emocional y no logran fácilmente construir nuevos recursos psíquicos que los lleve a la superación, construcción y transformación subjetiva. En este sentido, cada adolescente es único por su historia del entramado vincular.

Así también el proceso terapéutico es particular y único para cada caso, no sólo por el tipo de sufrimiento, edad del paciente, dispositivo, marco teórico, sino porque sus características, recorridos y recovecos se gestan en la construcción conjunta que constituye cada vínculo terapéutico.

Luego de leer el caso, tal vez algunos/as de ustedes se preguntarán si puede llamarse análisis a esta intervención terapéutica. Qué contradictoria parece a la concepción tradicional de un dispositivo analítico. Cumple muy pocas de sus normas clásicas. Aún así, la terapeuta entendió que esta modalidad adoptada era la posible. No la detuvo la falta de demanda de Laura ni el sentimiento de estar transgrediendo alguna regla de abstinencia desde su

lugar y función como analista. Apuntalada por su pensamiento psicoanalítico aborda la aventura de armar vínculo aún frente al rechazo. Paciencia, perseverancia y flexibilidad guiaron su accionar clínico.

Sus objetivos: me imagino que se habrá planteado cómo conseguir que esta adolescente encuentre un deseo de vida.

Muchos fracasos terapéuticos derivan de la necesidad de sacralizar el encuadre aun cuando éste no pueda ser sostenido de la misma forma para todos los casos.

El dispositivo, con sus normas, pautas de funcionamiento, horarios, abstinencia, honorarios, tiempo y espacio analítico, debe servir de marco de contención y apuntalamiento del vínculo terapéutico sin transformarse en un impedimento para un accionar terapéutico creativo o no convencional. Todo dispositivo debería permitir que se lo trastoque o transforme cuando se requiere la construcción de nuevas herramientas tanto conceptuales como técnicas para garantizar efectivamente el transcurrir de un proceso terapéutico transformador.

Para que haya un final tiene que haber un comienzo.

Veamos cómo se fue dando este caso.

Laura es una paciente muy grave, no tiene deseos salvo morir. Su estado es crítico ya que se rehúsa a comer. Su madre, cuida de ella, pero no acepta la propuesta terapéutica en un comienzo, así como también debe ocuparse de su marido quien sufre una depresión grave con riesgo de suicidio, que por épocas se encierra en su cuarto y tampoco come ni acepta buscar ayuda terapéutica.

Cuando después de un mes de internación, la madre acepta a Lidia como terapeuta de Laura y, a pesar de las resistencias de la madre a no participar en las sesiones, Lidia plantea las reglas institucionales y su lugar en el equipo interdisciplinario que trata a Laura.

Es decir, que aun siendo parte de un equipo tiene un lugar independiente para manejarse y así se presenta, despojada de obligaciones que no sean sostener una atenta escucha a las expresiones de la adolescente manifestando un reconocimiento de la multiplicidad de componentes de su subjetividad que no se limitan al trastorno alimenticio.

Una vez establecido el ritmo de las sesiones y un dispositivo clínico amplio y flexible comienza a trabajar con Laura y, aunque no lo describe, pareciera que se propone romper el poder hegemónico y la característica sintónica del trastorno anoréxico que padece Laura. Para esto es necesario que el vínculo entre ellas permita la creación de una alianza entre ambas con aspectos de vida, que a su vez luche contra la perturbación y el no deseo, estableciendo así, la formación de una dicotomía que despegue los aspectos fusionales que quedaron adheridos en los vínculos familiares y en los lugares que cada miembro de esta familia ocupa.

Las intervenciones irán dirigidas a apoyar un proceso de disociación identitaria que fragmente la ecuación Laura=anorexia. Vida y anorexia no son compatibles.

Transformar la enfermedad en un elemento distónico que hay que combatir. Y lo harán juntas. Llega un punto de inflexión cuando Lidia dice: vos sos Laura y tu papá es tu papá. No les pasa lo mismo.

No hay una sola dirección en la práctica analítica. Lidia encara un recorrido de construcción vincular con Laura, sin oponerse a cambiar de ruta cuando ésta así lo impone: **quiero** pollo. **Quiero** que me digas si me ves gorda ¿Es un manejo? ¿Un intento de someter a la terapeuta? No lo sé, pero me parece mucho más importante que voy escuchando “quieros”.

Lidia accede a sus pedidos brindando sus puntos de vista en un hacer implicado, que van transformando las significaciones coaguladas familiares que le impiden maniobrar por fuera de sus miradas y sus mandatos.

La mirada de la terapeuta le devuelve otra imagen de sí misma. Le empieza a gustar mirarse en este nuevo espejo que la refleja con colores, con detalles que no había percibido antes. Lidia dice: “Me pregunta cómo veo yo sus piernas, y le respondo que ni gordas, ni flacas, las veo mejor que tus brazos para jugar al vóley. Se tranquiliza”.

Aún sin contar con los datos necesarios para hacer una evaluación más amplia del caso, sí son suficientes para hacer un ejercicio de recorrida por algunos detalles de la historia. Me surgen muchas preguntas, por ej. ¿por qué la madre habrá elegido una pareja que es el “hermano desvalorizado”? ¿Por qué Laura es la miembro designada en esta familia para portar los síntomas depresivos y anoréxicos del padre? ¿A qué se deberán las depositaciones indiscriminadas familiares sobre Laura? Es más, ¿cuáles son las causas de que

al ser la elegida, ella haya obedecido los mandatos sin luchar contra dicha elección?

Piera Aulagnier (1975) enunció un concepto que denominó contrato narcisista. Cada sujeto al llegar a la vida establece un contrato entre la psique y el mundo. La familia lo debe inscribir en la cultura a la que pertenece y la sociedad deberá asegurarle un lugar en ella, a cambio de que reproduzca sus contenidos y valores y a su vez los transmita a las próximas generaciones asegurando así la cadena generacional y la cultura a la que pertenece.

Quiere decir que existe previamente un lugar asignado para cada uno que se va transmitiendo de generación en generación.

Si bien no queda claro cuál es ese lugar para Laura en su familia, podemos armar una pequeñísima parte de este rompecabezas con algunos datos de su historia.

Parece haber un gran duelo familiar que no se elabora, en relación a la pérdida de la fortuna económica paterna. Cuando la mamá de Laura conoce al padre, éste había perdido a su padre un año antes y también había perdido mucho peso (y pesos).

También el comienzo de la pérdida de peso en Laura coincide con la muerte de su abuelo materno. Es posible pensar que la identificación de Laura con la depresión y anorexia paterna haya sido disparada por intensas angustias de aniquilación ya que la ausencia del vínculo con su madre, quien tuvo un período de desconexión y pasó largo tiempo llorando la muerte de su padre, destruye abruptamente la imagen omnipotente y amparadora que ella le brindaba.

Se encuentra en la puerta de entrada del proceso adolescente y pareciera que en aras de acercarse y proteger a su padre descubre (es un decir) primero, que identificándose con sus manifestaciones sintomáticas (no come, no quiere vivir) lo lleva consigo, no lo pierde.

En un segundo paso actúa como si la apropiación de los síntomas de su padre pudieran salvarlo: defensa delirante en la creencia de que omnipotentemente lo está liberando al enfermar ella. En las viñetas que presentó Lidia observa que cada vez que el padre no la llama o no la visita, recrudece su rechazo a alimentarse.

Varios autores señalan estos mecanismos: Anna Freud (1965), Dolto, entre otros. Se ve más frecuentemente en niños pequeños o en bebés cuyas madres

atravesan un estado depresivo en la lactancia; estos niños se identifican con la depresión como forma de recrear, tener y conservar a la madre dentro de sí.

Por ejemplo, Kaës (1995) incorpora la noción de alianza denegativa puesta en evidencia por M.Th. Couchoud para explicar esta modalidad que marca el vínculo. Se trata del análisis de un vínculo madre-hija en el que se destaca la sobreinvestidura alucinatoria de la hija, de las representaciones no reprimidas y al mismo tiempo negadas por la psique materna. En este caso *"la hija delira para que la madre continúe olvidando lo que para ella no es reprimible"*. *"Desde la distribución de roles se presenta como una alienación de uno de los protagonistas de la alianza en beneficio del otro"*. (Kaës, (1991). También hay una anécdota de Pichón Rivière relatada por Zito Lema. Un paciente de Pichón delira en el diván con raptos de angustia extrema porque ve que viene un tren que lo va a aplastar. Después de largo tiempo y numerosas sesiones de reiterar este delirio y hastiado de escucharlo, no encontrando ninguna interpretación que aliviara el delirio, cuando el paciente comenzó a gritar ¡ahí viene el tren!, súbitamente, Pichón se acuesta a su lado y agarrándolo fuertemente se tira con él hacia el piso gritando: ¡Rajemos que viene el tren!

Luego de incorporarse en el suelo el paciente lo miró desencajado y le dijo: ¡doctor, usted está loco! (Lema, Z., 1976). Está basado en un concepto de la antipsiquiatría de Laing y Cooper que sostiene que no puede existir el mismo delirio en dos psiquis a la vez. En esta anécdota podríamos decir que Pichón se apropió del delirio de su paciente quien quedó liberado de él.

Para terminar creo que el valor del fin de análisis es utópico como modelo psicoanalítico a seguir, ya que condena cualquier otro camino que tomen los avatares del trabajo analítico.

Por eso no sé si es válido hablar de fin de análisis o bien pensar cómo se resolverá el desprendimiento del vínculo terapeuta-paciente sin que se produzcan alteraciones importantes en los logros alcanzados. Es decir, la recomposición subjetiva operada a partir de las transformaciones que se produjeron en ocasión de dicho vínculo terapéutico, que aliviando los padecimientos que habían originado la consulta.

Así como es difícil pensar en el fin de análisis como un listado de condiciones subjetivas que se deben producir para poder decidir un cierre en general, es aún más incierto con los niños y adolescentes, particularmente por los cambios veloces en su construcción psíquica cuyos fluidos avatares carecen de una perspectiva predecible.

Acompañar a una adolescente como hizo Lidia con Laura al participar implicadamente con ella en la búsqueda de herramientas que construyeran una realidad vincular diferente, puede tomar muchas figuras distintas: corta o larga duración, interrupciones, cambios en los dispositivos, pero sea el que fuera el camino recorrido será una experiencia transformadora que deja una nueva inscripción en la subjetividad de ambas.

*Primera versión: 14/08/2016*

*Aprobado: 11/11/2016*

### **Bibliografía**

Aulagnier, P.: (1975) *La violencia de la interpretación*. Buenos Aires: Amorrortu, 1977.

Freud, A.: (1965) *Normalidad y Patología en la infancia*. Buenos Aires: Paidós Ibérica, 1991.

Gilleraut, G.: *Dolto/Winnicott. El bebé del Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós, 2009.

Kaës, R.: *El grupo y el sujeto del grupo*. Buenos Aires: Amorrortu, 1995.

Missenard y otros: (1989) *Lo Negativo*. Cap. Kaës. Buenos Aires, Amorrortu, 1991.

Zito Lema: *Conversaciones con Enrique Pichón-Rivière sobre el arte y la locura*. Buenos Aires: Ediciones Cinco 9ª, 1993.

### **Resumen**

A partir del caso de una adolescente internada por una anorexia grave, se analiza el comienzo, desarrollo y finalización del tratamiento psicológico. Se cuestiona el concepto de fin de análisis desde una perspectiva vincular, tomando como ejes la construcción de la patología familiar y poniendo de relieve la posición implicada de la analista que trabaja en una construcción conjunta con paciente, familia, equipo institucional.

**Palabras clave:** dispositivo; apuntalamiento; vínculo; transformaciones subjetivas; implicación.

## Summary

Based on the case of a teenager who was hospitalized due to a severe anorexia, the beginning, development and ending of the psychological treatment is analyzed. The concept of “end of analysis” is questioned from a bond/relational perspective, taking as guidelines the construction of family pathology and highlighting the implicated position of the analyst who works in a joint construction with the patient, the family and the institution’s health team.

**Key words:** device; underpinning (upholding); bond; subjective transformations; implication.

## Résumé

En partant du cas d’une adolescente internée à cause d’une grave anorexie, nous analysons le début, le développement et la fin du traitement psychologique. Nous mettons en question la notion de fin d’analyse d’après la perspective psychanalytique des liens, en prenant comme axe la construction de la pathologie familiale et en mettant en relief la position impliquée de l’analyste qui travaille en une construction conjointe entre le patient, la famille et l’équipe institutionnelle.

**Mots clés:** dispositif; étayage; lien; transformations subjectives; implication.

## Ona Sujoy

onasujoy@gmail.com