

2015-11-16

# la Conducta adictiva en los trastornos de la alimentación

Callaba, Andrea

---

<http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/409>

*Descargado de RPsico, Repositorio de Psicología. Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Mar del Plata. Inni*



FACULTAD DE PSICOLOGÍA



UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

---

*Informe Final del Trabajo de Investigación correspondiente al Requisito Curricular conforme O.C.S. 143/89.*

## “La conducta adictiva en los Trastornos de la alimentación”



**Alumnas:** Callaba, Andrea      Mat. 7783/07    DNI: 32.383.221

    Piñel, Analía                      Mat. 7077/05    DNI: 33.102.539

    Vambrie, Guillermina    Mat. 7226/05    DNI: 32.773.351

**Supervisor:** Mg. Frydman, Arturo

**Cátedra de radicación:** Psicología Clínica

**Fecha de presentación:** Agosto del 2015

Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de las alumnas Callaba Andrea, Piñel Analía y Vambrie Guillermina, de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de las autoras.

El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por las alumnas Callaba Andrea, Piñel Analía y Vambrie Guillermina, matrículas N° 7783/07, 7077/2005 y 7226/2005, conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los ..... días del mes de Agosto del año 2015.

Supervisor: Frydman, Arturo

### **Informe de Evaluación del Supervisor:**

El presente trabajo de investigación aborda una temática de gran actualidad, proponiéndose un abordaje de la misma a partir de los conceptos de la clínica y la teoría psicoanalítica, a través de una lectura crítica de la bibliografía pertinente. Los objetivos que se plantearon las estudiantes implicaron realizar un abordaje del contexto discursivo en el que surgen los conceptos abordados y el recorrido por las fuentes primarias y los autores que en la actualidad trabajan con el problema clínico. Además se ilustran su trabajo con una serie de viñetas clínicas que dan cuenta de algunos aspectos de la problemática abordada en la investigación.

Las estudiantes a cargo de esta investigación llevaron adelante su tarea con dedicación y responsabilidad; pudiendo avanzar en las dificultades que implica abordar un tema actual desde una perspectiva clínica. Su labor de escritura da cuenta del trabajo de apropiación de las elaboraciones teóricas estudiadas, así como del auténtico interés en la problemática de los trastornos alimentarios y su relación con las conductas adictivas. A su vez, respetaron el plan de trabajo que se propusieron en el anteproyecto, dando cuenta de los objetivos planteados en los tiempos estimados. Los encuentros de supervisión pusieron de manifiesto el compromiso de las estudiantes en el desarrollo de su proyecto.

En mi opinión, la tesis se encuentra aprobada.

Supervisor: Mg. Arturo Frydman

Mar del Plata,..... de Agosto de 2015

Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por las alumnas Callaba Andrea, Piñel Analía y Vambrie Guillermina, matrículas N° 7783/07, 7077/2005 y 7226/2005.

Firma y aclaración de los miembros integrantes de la Comisión Asesora:

Fecha de aprobación:

### **Agradecimientos:**

A todas aquellas personas que han colaborado con nosotras en la elaboración de este trabajo, no sólo a través de sus conocimientos sino también por su apoyo y acompañamiento. A nuestro Supervisor Arturo Frydman, por aceptar nuestra propuesta, a Sandra Tamburini por abrirnos las puertas de la institución T.I.N.O, a Vanesa Baur por sus aportes sobre metodología de la investigación, y una mención especial a Paola Grufi por su dedicación y esfuerzo, quien con sus conocimientos, experiencia, paciencia y motivación colaboró con nosotras en todo momento. Por último, a nuestra familia y amigos, por su contención y confianza.

## ***PLAN DE TRABAJO PARA LA REALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN DE PRE-GRADO***

- Apellido y nombre de las alumnas:

Callaba, Andrea

Piñel, Analía

Vambrie, Guillermina

- Matrícula y año:

7783/2007

7077/2005

7226/2005

- Cátedra o seminario de radicación: Psicología Clínica
- Supervisor: Frydman, Arturo
- Título del proyecto: La conducta adictiva en los trastornos de la alimentación.
- Descripción resumida:

Los interrogantes que nos motivan a realizar esta investigación surgen de los Seminarios dictados por la cátedra de Psicología Clínica, donde se abordaron las temáticas de las adicciones y los trastornos del comer.

Partiremos contextualizando dichas patologías de la subjetividad como nuevas presentaciones del síntoma.

Posteriormente, intentaremos realizar un recorrido por las teorizaciones psicoanalíticas sobre el concepto de adicción e indagar su posible relación con la bulimia, la anorexia y la obesidad.

Por lo tanto, este trabajo tiene como punto de partida el interrogante: ¿Existen mecanismos psíquicos comunes entre las adicciones y los trastornos alimenticios?

Realizaremos esta revisión bibliográfica orientándonos, principalmente,

a partir de la investigación de Héctor López y de los aportes de Massimo Recalcati y Rubén Zukerfeld.

Por último, se intentará una articulación conceptual con casos clínicos recolectados de la Institución TINO y de la experiencia de diferentes autores que abordan la problemática en la clínica.

- Palabras clave: conducta adictiva - trastornos alimenticios - Psicoanálisis - nuevas presentaciones del síntoma
- Descripción detallada

- Motivos y antecedentes:

La investigación surge a partir de los interrogantes generados en el Seminario Otras formas de presentación del síntoma, en el cual se abordaron los contenidos de "Adicciones/toxicomanías" y "Trastornos del comer: anorexia-bulimia-obesidad" dictados por la cátedra de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Dichos temarios no habiendo sido trabajados con anterioridad en ningún otro espacio ni materia, suscitaron en nosotras el interés y las ganas de profundizar nuestros conocimientos al respecto.

Por otra parte solicitamos poder participar de un dispositivo grupal de obesos en la institución TINO (Tratamientos Interdisciplinarios en Nutrición y Obesidad), en el que pudimos registrar que aquello que más insistía en el discurso de los pacientes era la necesidad de llenar un vacío a través de la ingesta compulsiva de comida: "es como una adicción", "me falta algo, me queda un hueco", "no sé que me pasa y como". En dicha institución efectuamos un trabajo de observación y registro de las entrevistas y dispositivos que presenciamos y contamos con el acceso a casos sistematizados por estudiantes que realizaron la práctica de Psicología Clínica.

A partir de tal experiencia nos preguntamos ¿Qué lugar ocupa la sustancia, alimento en la subjetividad del paciente? ¿Es posible establecer una relación entre la adicción y los trastornos de la alimentación? ¿La comida puede ser el equivalente al tóxico?

Para comenzar a pensar en las adicciones y su lugar en los trastornos alimenticios los contextualizaremos como patologías de la época. Para esto recurriremos al libro "Clínica del vacío" de Massimo Recalcati (2003). Su tesis principal consiste en sostener la diferencia entre una clínica de la falta, la cual se puede enmarcar en la clínica clásica de la neurosis, y una clínica del vacío.

Según palabras del autor "Los denominados *nuevos síntomas* (anorexias y bulimias, toxicomanía, ataques de pánico, depresión, alcoholismo) aparecen como efectivamente irreductibles ante la lógica que preside la constitución neurótica del síntoma." (p. 11)

Recalcati sitúa tanto a las toxicomanías como a la bulimia, anorexia y obesidad dentro de lo que denomina patologías de dependencia en las cuales " (...) es la dependencia del objeto (imagen narcisista, comida, droga, alcohol) la que tiende a rechazar la dependencia estructural del sujeto respecto del Otro" (Recalcati, 2003, p. 152)

Posteriormente abordaremos el concepto de adicción tomando fundamentalmente las teorizaciones de Freud y Lacan al respecto. Para esto nos orientaremos teniendo como eje las investigaciones de Héctor López plasmadas en su libro "Las adicciones. Sus fundamentos clínicos".

Freud (1930) en "Malestar en la cultura" retoma la primera idea fisiológica que entiende a la droga como defensa ante un dolor y la ubica dentro de lo que denomina quitapenas.

Lacan por su parte si bien no elaboró un cuerpo teórico-práctico en lo que concierne al problema de las toxicomanías, es en 1975 cuando formuló su más conocido comentario acerca de la droga "Todo lo que permite escapar a ese casamiento es evidentemente bien recibido de donde resulta el éxito de la droga, por ejemplo; no hay ninguna otra definición de la droga que ésta: es lo que permite romper el casamiento con la cosita de hacer pipí". (p. 8-10)

La tesis central de Héctor López afirma que, así como para Freud la droga cancela el dolor, para Lacan rompe con la castración, pero en ambos casos su función es negativa, defensiva. (López, 2003, p. 65)

Por otro lado y ya entrando al campo de los trastornos alimenticios,

Rubén Zukerfeld elabora, junto al doctor Alberto Cormillot, el concepto de modelo adictivo para entender la patología de la obesidad. Además en su libro "Acto bulímico, cuerpo y tercera tópica", refiere que el bulímico sería considerado un abusador de sustancia que podría ser el alimento, los laxantes, los diuréticos y a veces otras drogas o el alcohol. Asevera que en la conducta bulímica se pueden describir mecanismos impulsivos y de negación característicos de los adictos.

Para finalizar, intentaremos una articulación entre las teorizaciones anteriormente descritas y los casos clínicos seleccionados, a modo de ejemplificación.

- Objetivo general:

1. Analizar si existen mecanismos psíquicos comunes entre las conceptualizaciones del campo de las adicciones y las de determinadas presentaciones clínicas como son la anorexia, la bulimia y la obesidad.

- Objetivos particulares:

1. Realizar un recorrido bibliográfico por las conceptualizaciones de Freud y Lacan respecto al concepto de adicción.
2. Contextualizar a las adicciones y a los trastornos de la alimentación como nuevas presentaciones del síntoma.
3. Indagar si están presentes en los trastornos de la alimentación los mecanismos psíquicos propios de la conducta adictiva.
4. Ilustrar con viñetas clínicas extraídas de diversos autores y del registro de observaciones recientes, en los que se explicita lo teorizado, a modo de ejemplificación.

- Métodos y técnicas:

Se realizará una investigación bibliográfica respecto de las temáticas de interés para posteriormente y, a modo de ejemplificación, articularla con

casos clínicos recolectados de la Institución TINO y de diversos autores. Dicha revisión bibliográfica consiste en la lectura detallada y elaboración de fichas de los textos que han sido seleccionados por el desarrollo que ofrecen de los conceptos de interés.

El método de análisis de estos datos se realizará siguiendo los conceptos de la teoría psicoanalítica.

- Lugar de realización del trabajo: Universidad Nacional de Mar del Plata - TINO.

- Cronograma de actividades:

ACTIVIDADES	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre
Rastreo de bibliografía y publicaciones sobre la temática	X	X	X	X			
Organización y fichaje bibliográfico		X	X	X			
Elaboración y análisis teórico de conceptos claves				X	X	X	
Encuentros quincenales de supervisión	X	X	X	X	X	X	X
Selección de casos clínicos pertinentes al tema a investigar				X			
Elaboración escrita articulando el material teórico y clínico				X	X	X	X
Confección del informe final							

						X	X
--	--	--	--	--	--	---	---

- Bibliografía básica de referencia:

Freud, S. (1968). *El malestar en la cultura*, Obras Completas. Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1980). *Sobre la cocaína*, Escritos sobre la cocaína. Barcelona: Anagrama.

Lacan, J. (1977). *La familia*. Buenos Aires: Homo Sapiens.

Lacan, J. (1994). *Seminario IV: La relación de objeto (1956-1957)* capítulos XVIII, XIX y XX. Barcelona: Paidós.

López, H. (2003). *Las adicciones. Sus fundamentos clínicos*. Buenos Aires: Lazos.

Recalcati, M. (2003). *La clínica del vacío*. Madrid: Síntesis.

Zukerfeld, R. (1979). *Psicoterapia en la obesidad*. Buenos Aires: Letra viva.

Zukerfeld, R. (1992). *Acto bulímico, cuerpo y tercera tópica*. Buenos Aires: Paidós.

Zukerfeld, R. (2002, Agosto). Psicoterapia psicoanalítica y obesidad. *Revista Actualidad Psicológica*, 300.

FIRMA DEL SUPERVISOR  
ALUMNOS

FIRMA DEL/LOS

P/ AREA DE INVESTIGACION

RESULTADO DE LA EVALUACION (aprobado/rehacer) FECHA

## **ÍNDICE GENERAL:**

INTRODUCCIÓN	1
<b>CAPÍTULO 1: CONTEXTO ACTUAL</b>	2
CONCLUSIONES CAPÍTULO I	8
<b>CAPÍTULO II: LAS ADICCIONES DESDE EL PSICOANÁLISIS</b>	9
<b>1.A</b> TEORIZACIONES DE FREUD SOBRE LAS ADICCIONES	9
<b>1.B</b> TEORIZACIONES DE LACAN SOBRE LAS ADICCIONES	14
<b>1.C</b> TEORIZACIONES DE HÉCTOR LÓPEZ SOBRE LAS ADICCIONES	18
CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO II	31
<b>CAPÍTULO III: LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN DESDE EL PSICOANÁLISIS</b>	40
CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO III	57
<b>CAPÍTULO IV: LOS MECANISMOS PSÍQUICOS COMUNES ENTRE LAS ADICCIONES Y LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN</b>	60
CONCLUSIÓN FINAL	82
ANEXO: VIÑETAS CLÍNICAS	87
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93

## **INTRODUCCIÓN:**

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo realizar una revisión bibliográfica sobre la temática de las adicciones, con el fin de indagar si están presentes en los trastornos de la alimentación los mecanismos psíquicos propios de la conducta adictiva. Dicha revisión consiste en la lectura detallada y elaboración de fichas de los textos que han sido seleccionados por el desarrollo que ofrecen de los conceptos de interés.

En primer lugar, contextualizaremos a las toxicomanías y a los trastornos del comer como nuevas presentaciones del síntoma. Luego realizaremos un recorrido sobre la doctrina psicoanalítica de las adicciones, para abordar el concepto de adicción; y dedicaremos otro capítulo para delimitar la noción de trastornos de la alimentación siguiendo los conceptos desde el marco del Psicoanálisis.

Una vez concluido este recorrido, nos proponemos realizar una articulación entre la conducta adictiva y los trastornos alimenticios, así como entre los aportes de los diferentes autores. Por último, ilustraremos lo teorizado a través de viñetas recolectadas de casos clínicos de la institución TINO (Tratamientos Interdisciplinarios en Nutrición y Obesidad) y de observaciones recientes, a modo de ejemplificación.

## **CAPÍTULO I**

### **CONTEXTO ACTUAL**

En este primer capítulo intentaremos contextualizar a las adicciones y a los trastornos alimenticios como patologías de la subjetividad y su relación con la cultura actual enmarcada en la "sociedad de consumo". Para esto nos basaremos en los aportes de Alicia Donghi y colaboradores, y Massimo Recalcati.

“Innovaciones de la práctica II. Anorexias, bulimias y obesidad”

Los autores recorren conceptos esenciales para el desarrollo de la clínica de las anorexias, las bulimias y la obesidad, a fin de dar cuenta de las dificultades que se presentan en el trabajo clínico con estas afecciones. Al mismo tiempo participan del debate en torno al carácter epidémico de estos padecimientos y su relación con la época actual.

En la introducción, Edit Beatriz Tendlarz plantea que el discurso capitalista sostiene la ilusión de que, a partir de la oferta constante y aparentemente sin fronteras de objetos de consumo, el sujeto se puede liberar del dolor de existir. Según la autora ya no existen ideales sino solamente el objeto de goce y que, por tanto, asignarle un sentido a la falta, a la renuncia, se vuelve cada vez más dificultoso. En sus palabras: “El

imperativo social se ha convertido en un imperativo categórico: ¡Goza!”  
(Tendlarz, 2007, p. 23)

Por su parte, Osvaldo Rodríguez en el capítulo del libro titulado “Historia y actualidad” sostiene que la clínica de nuestros días ha tensado los conceptos psicoanalíticos puesto que ciertas posiciones subjetivas, de difícil disposición al dispositivo analítico, nos confrontan con la tarea de repensar las articulaciones entre la estructura del sujeto y la subjetividad de la época. Plantea que es necesario tener en cuenta dichos puntos de articulación porque el sujeto padece de la época, y cada época produce un padecimiento singular, un modo particular de vivir la pulsión. Señala:

Freud llamó a esto mal-estar en la cultura, algo que se resiste a quedar subsumido en el sentido propio que en cada época impera. Al mismo tiempo, esto que llamamos época es lo que produce las condiciones de posibilidad de una subjetividad característica y nos permite decir, por ejemplo, que el descubrimiento freudiano surge en una época que podría definirse como la época del Nombre del Padre, o que nos autoriza a hablar en la actualidad (...) de crisis del Nombre del Padre, o época de la inexistencia o quizás de la indiferencia del Otro” (Rodríguez, 2007, p. 40).

El mismo autor, en páginas posteriores, enumera una serie de características con las que se confronta en la clínica de las anorexias, bulimias y obesidad. Expone que se trata de sujetos con gran dificultad para

establecer lazo transferencial, que su padecimiento no los interroga en el sentido de la implicación subjetiva, sino que les da consistencia; sufren, pero el goce comprometido no se dialectiza en la trama significativa. La falta en ser, propia de la estructura del hablante, se encuentra desdibujada tras la presencia incesante de un goce mortificador. El autor plantea que, con frecuencia, estos pacientes se presentan a la consulta haciéndose representar por su síntoma. “Soy adicto”, “Soy anoréxica”, es el modo en que se nombran. Sin embargo, inmediatamente aclara que no es del todo correcto llamar en este momento “síntoma” al “padecimiento”, ya que será producto de una maniobra exitosa que advenga como tal. (Rodríguez, 2007, p. 51)

#### “Clínica del Vacío”

En la introducción, Massimo Recalcati señala que la tesis principal que atraviesa su libro consiste en sostener la diferencia entre una clínica de la falta y una clínica del vacío. Expresa: “La clínica de la falta se puede enmarcar en la clínica clásica de las neurosis, del deseo inconsciente, de la represión del retorno de lo reprimido, del síntoma y de la división del sujeto” (Recalcati, 2003, p. 10). Con la tesis de la existencia de una clínica del vacío, si bien no pretende definir una nueva estructura, busca mostrar que los denominados “nuevos síntomas” parecen definirse a partir de una problemática que afecta directamente a la constitución narcisista del sujeto y de unas prácticas del goce que parecen excluir la existencia misma del

inconsciente. Dicho goce, autista y en relación con técnicas y prácticas concretas de consumo, se configura como un goce asexuado puesto que no se inserta en el intercambio con el Otro sexo. La clínica del vacío trata las formas y los modos de desconexión entre el sujeto y el Otro, las diversas declinaciones que puede asumir el rechazo del Otro en una época marcada por la caída de la función estructurante del Edipo.

En otro capítulo, señala que la clínica del vacío es una clínica del anti-amor, de la ausencia de transferencia, lo que indica la ruptura entre el sujeto y el Otro, el objeto perdido no se transfiere al campo del Otro sino que se estanca de forma narcisista en el cuerpo del sujeto. El objeto de transferencia se convierte en un objeto de goce separado del Otro.

Ya en la segunda parte del libro, específicamente, en el capítulo nueve titulado "Anti-amor", Recalcati retoma la perspectiva de Lacan, según la cual el sujeto está sometido al Otro en la forma de una dependencia simbólica fundamental. Sin Otro no hay posibilidad alguna de existir como sujeto. La clínica psicoanalítica se estructura enteramente a partir de los modos posibles de articulación de esta dependencia constituyente del sujeto respecto del Otro. En la neurosis, el Otro castra, negativiza, significatiza el ser de goce del sujeto, de modo que el sujeto para inscribirse en el lugar del Otro, debe pagar un precio simbólico, debe perder cierto goce. La acción del Otro convierte al sujeto en faltante, dividido y por tanto deseante. Por ello en las neurosis el objeto está perdido desde siempre.

El Otro se configura así como el lugar de un "robo" (de un goce) y de una "donación" al mismo tiempo (símbolo y deseo). Pero el autor sostiene

que las patologías de la dependencia fallan tanto en el consuelo del símbolo, como del deseo. En el lugar de la metáfora simbólica se presenta la Cosa como tal, y en el lugar de la metonimia del deseo se impone el goce siempre igual de lo idéntico de la misma Cosa (alimento, imagen, droga, alcohol). Al revelarse ante el robo del Otro el sujeto no puede siquiera valerse de la donación del Otro: el símbolo es asesinado por la Cosa, el deseo es inundado por el goce.

Por lo tanto, la hipótesis que propone Recalcati es que “En las patologías de la dependencia es la dependencia del objeto (imagen narcisista, comida, droga, alcohol) la que tiende a rechazar la dependencia estructural del sujeto respecto del Otro” (Recalcati, 2003, p. 152)

De este modo el autor distingue dos formas de dependencia: la constituyente (estructural-simbólica) del sujeto respecto del Otro, frente al robo-donación del Otro; y la patológica del sujeto respecto al objeto sustancia, donde en el goce inmediato directo, no filtrado por el Otro, en el goce no sexual de la sustancia, el sujeto tiende a rechazar la dependencia estructural (simbólica) respecto del Otro. En este sentido, el objeto de que se goza en la anorexia y bulimia, como en la tóxico-dependencia, no es el objeto de un intercambio simbólico sino el objeto puesto a disposición por el mercado para el consumo. Son objeto-sustancia, objetos-mecanismo que ofrecen la ilusión de anular la falta en el ser del sujeto y que circulan ampliamente en el mercado del Otro occidental. Hacen que la Cosa sea accesible directamente sin la mediación de Otro, son el objeto de un goce no castrado.

A su vez, dichas dos formas de dependencia implican dos clases diversas de Objeto: la primera supone la existencia del objeto sólo como perdido de entrada, robado por el Otro, que produce el deseo humano como deseo del Otro, como un deseo que trata de recuperar en el Otro aquello cuya pérdida irreversible ha causado el Otro, es decir, como un amor de transferencia sobre el Otro. La patológica implica, por el contrario, la existencia del objeto-sustancia, su fuerza viene por el hecho de que sobre él no ha actuado suficientemente el tratamiento significativo. No ha habido castración, y por lo tanto el objeto ha permanecido demasiado próximo al sujeto, en un exceso de proximidad que excluye al Otro. El objeto-sustancia promete al sujeto una felicidad absoluta. Es lo contrario que el objeto causa del deseo porque se configura como una sustancia real, como una sustancia, precisamente, para consumir, que puede encontrarse en el mercado, mientras que el objeto (a), causa del deseo, carece de sustancia y no puede encontrarse sino en forma de “resto”, de un residuo de la Cosa que incita al deseo. Por lo tanto, la dependencia patológica nunca tiene que ver realmente con el amor por el Otro, sino sólo con su odio mortal, porque el amor implica que el objeto se haya perdido para que pueda reencontrarse en el Otro.

### Conclusiones del capítulo I:

Como conclusión de este primer capítulo podríamos señalar que un elemento común que recorre el pensamiento que los autores debaten sobre el tema de la modernidad-postmodernidad, es la afirmación de que en nuestros días se verificaría un desfallecimiento de la función paterna. Además, podría decirse que actualmente ya no se promueve la renuncia, sino que existiría un empuje a gozar que ya no encuentra los diques y límites que existían en otras épocas. De esta manera, estaríamos asistiendo a importantes cambios en las presentaciones clínicas, los cuales llevan a una rigurosa reflexión de si nos confrontamos a “nuevas formas del síntoma”. Por lo tanto, nos resulta de gran interés realizar un trabajo de investigación sobre éstas posiciones subjetivas, a las que los autores citados en este capítulo las entienden como padecimientos de carácter epidémico.

Por último, a partir de este recorrido teórico que nos permitió encontrar puntos en común entre las adicciones y los trastornos de alimentación, nos surgió el siguiente interrogante ¿Existen mecanismos psíquicos comunes entre dichas presentaciones clínicas?

## CAPÍTULO II

### LAS ADICCIONES DESDE EL PSICOANÁLISIS

En este capítulo realizaremos un recorrido histórico a través de las obras de Freud y Lacan en las que se hace referencia a la temática de las adicciones, tomando como guía lo trabajado por Héctor López en su libro “Las adicciones. Sus fundamentos clínicos”.

#### **A. Teorizaciones de Freud sobre las adicciones**

“Sobre la cocaína”

En 1884 Freud publicó su trabajo *Über Coca (Sobre la coca)*, el primero que escribió sobre este tema. En este ofrece una gran cantidad de datos sobre la historia de la utilización de esta planta en Sudamérica, su exportación a Europa, sus efectos sobre los seres humanos y animales, y sus múltiples usos en terapéutica. Ya en este momento aparecen algunos indicios que apuntan hacia las propiedades anestésicas de la droga, ya que es en este artículo que Freud descubre la acción de la cocaína sobre las afecciones dolorosas.

“Orígenes del psicoanálisis (Cartas, manuscritos, notas 1897-1902)”, carta 79 del 22-12-97.

Ya en la correspondencia con Fliess, Freud había advertido el nexo entre masturbación y adicciones. Redacta:

Se me ha ocurrido que la masturbación es el primero y único de los grandes hábitos, la “protomanía”, y que todas las demás adicciones, como la del alcohol, la morfina, el tabaco, etc., sólo aparecen en la vida como sustitutos y reemplazantes de aquella (Freud, 1897, p. 798).

“La sexualidad en la etiología de las neurosis”

En 1898 Freud afirma, por un lado, el rol de la sexualidad en la causación de las neurosis: “Minuciosas investigaciones realizadas estos últimos años me han llevado al convencimiento de que las causas más inmediatas y prácticamente más importantes de todo caso de enfermedad neurótica han de ser buscadas en factores de la vida sexual” (Freud, 1898, p. 317).

Por otro lado, establece una separación tajante entre dos tipos de afecciones neuróticas: neurastenias (neurosis actuales) y psiconeurosis (neurosis de angustia). Sostiene que todas las neurosis poseen una etiología sexual, pero en las neurastenias se trata de sucesos actuales y en la psiconeurosis de sucesos infantiles. También afirma que se diferencian en cuanto a los síntomas que presentan, porque corresponden a una etiología diferente, ya que en la génesis de las neurastenias halla a la masturbación

excesiva o poluciones frecuentes, y en las neurosis de angustia a la continencia o la satisfacción incompleta.

En este trabajo compara nuevamente a la masturbación con las demás adicciones, planteando que los narcóticos (morfina, cocaína, etc.) se hallan destinados a compensar la falta de goce sexual.

En cuanto a las curas de abstinencia va a afirmar que el tratamiento no se debe limitar solo a la privación del tóxico, sino ocuparse de la fuente de la que surge la necesidad imperativa del mismo.

“Mis opiniones acerca del rol de la sexualidad en la etiología de las neurosis”

En esta obra de 1905, Freud vuelve a subrayar la importancia del factor sexual en la etiología de las neurosis. Pero introduce un cambio en su teoría, ya que anteriormente consideraba a las experiencias sexuales vividas por el enfermo en su temprana infancia por parte de la seducción real de adultos o niños mayores, como el papel principal en la causación de las neurosis. Por lo tanto, abandona el elemento traumático, ya que considera que muchas fantasías de seducción son intentos por defenderse del recuerdo de la propia práctica sexual (masturbación infantil), otorgando un lugar fundamental al papel que tienen las fantasías.

Freud va a decir que la esencia de las neurosis reposa en perturbaciones de los procesos sexuales y los plantea como de orden químico, viendo en las neurosis actuales los efectos somáticos y en las psiconeurosis los efectos psíquicos de los trastornos del metabolismo

sexual. De esta manera, sostiene que la analogía de las neurosis con los fenómenos de la intoxicación y la abstinencia se impone clínicamente.

#### “Fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad”

En 1908 Freud se ocupa de la relación que existe entre las fantasías y los síntomas, afirmando que todo síntoma está sostenido y fundado por una fantasía inconsciente, y que estas fantasías inconscientes mantienen un vínculo importante con la vida sexual de la persona. También es fundamental en este escrito la noción de soldadura:

El acto masturbador (o en su más amplio sentido, onanista) se dividía por entonces en dos partes: la evocación de la fantasía, y llegada ésta a su punto culminante, los manejos activos conducentes a la satisfacción sexual. Esta composición es más bien, como ya sabemos, una soldadura. En un principio la acción presentaba un carácter puramente autoerótico, apareciendo destinada a conseguir placer de una determinada zona erógena. Más tarde esta acción se fusionó con una representación optativa perteneciente al círculo de la elección de objeto y sirvió para dar en parte realidad a la situación en que tal fantasía culminaba. (Freud, 1908, p. 1350).

## "El malestar en la cultura"

En este texto del año 1930, Freud retoma la primera idea fisiológica que entiende a la droga como anestésica ante un dolor. Plantea que por la renuncia pulsional que acarrea la cultura, para soportar la vida son imprescindibles los "quitapenas", entre ellos los tóxicos:

La vida (...) resulta gravosa: nos trae hartos dolores, desengaños, tareas insolubles. Para soportarla, no podemos prescindir de calmantes (...) Los hay, quizá, de tres clases: poderosas distracciones, que nos hagan valuar en poco nuestra miseria; satisfacciones sustitutivas, que las reduzcan; y sustancias embriagadoras que nos vuelven insensibles a ellas (...) Las sustancias embriagadoras influyen sobre nuestro cuerpo, alteran su quimismo. Empero, los métodos más interesantes de precaver el sufrimiento son los que procuran influir sobre el propio organismo (...) El método más tosco, pero también el más eficaz, para obtener ese influjo es el químico: la intoxicación. No creo que nadie haya penetrado su mecanismo, pero el hecho es que existen sustancias extrañas al cuerpo cuya presencia en la sangre y los tejidos nos procura sensaciones directamente placenteras, pero a la vez alteran de tal modo las condiciones de nuestra vida sensitiva que nos vuelven incapaces de recibir mociones de displacer. Ambos efectos no sólo son simultáneos; parecen ir estrechamente enlazados entre sí. (...) No

sólo se les debe la ganancia inmediata de placer, sino una cuota de independencia, ardientemente anhelada, respecto del mundo exterior. Bien se sabe que con ayuda de los “quitapenas” es posible sustraerse en cualquier momento de la presión de la realidad y refugiarse en un mundo propio, que ofrece mejores condiciones de sensación. Es notorio que esa propiedad de los medios embriagadores determina justamente su carácter peligroso y dañino (Freud, 1930, p. 3026).

## **B. Teorizaciones de Lacan sobre las adicciones**

Si bien Lacan no desarrolló un cuerpo teórico respecto a las toxicomanías, se pueden rastrear en sus escritos varias referencias sobre las mismas.

### “La familia”

En este trabajo de 1938, se encuentra la primera referencia acerca de las toxicomanías que realiza Lacan. Define la noción de “complejo” contra la de “instinto”, y sostiene que el desarrollo psíquico se estructura a través de tres complejos fundamentales: “el complejo de destete”, “el complejo de intrusión” donde figura el estadio del espejo y “el complejo de Edipo”.

Cada uno de estos complejos está sostenido por una imago particular, que constituye el núcleo del complejo y es una representación inconsciente.

La imago posee una función estructurante del psiquismo, pero su efecto de alienación puede ser causa de patología si no es sublimada.

Al complejo del destete le corresponde la imago del seno materno que, según el autor, si no es sublimada puede dar lugar a la anorexia mental y a las toxicomanías. Este complejo es el más primitivo del desarrollo psíquico, da lugar a los sentimientos más arcaicos y más estables que unen al individuo con la familia y tiene que ver con la transmisión de valores culturales.

Lacan (1938) menciona la relación que existe entre las toxicomanías por vía oral y el complejo de destete, cuando sostiene que: "En realidad y a través de las contingencias operatorias que comporta, el destete es a menudo un trauma psíquico cuyos efectos individuales, anorexias llamadas mentales, toxicomanías por vía oral, neurosis gástricas, revelan sus causas al psicoanálisis" (p. 61). Sostiene que en la medida en que esta imagen materna no sea sublimada, se convierte en un factor destructivo, en un factor de muerte. Expresa:

Esta tendencia psíquica a la muerte, bajo la forma original que le otorga al destete, se revela en los suicidios muy especiales que se caracterizan como "no violentos", al mismo tiempo que aparece en ellos la forma oral del complejo: huelga de hambre de la anorexia mental, envenenamiento lento de algunas toxicomanías por vía bucal, régimen de hambre de las neurosis gástricas. El análisis de estos casos muestra que, en su abandono ante la muerte, el sujeto intenta reencontrar la imago de la madre (Lacan, 1938, p. 69).

Por lo tanto, Lacan plantea a la toxicomanía oral como producto del trauma psíquico -el destete-. La toxicomanía viene a reconstruir la armonía perdida producida por la experiencia de separación.

“Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano”

En 1959, y en relación a las toxicomanías, Lacan va a hacer referencia a los tóxicos alucinógenos y a diferenciar la experiencia psicoanalítica (el inconsciente freudiano) de los estados de conocimiento "profundos" planteados por la psicología.

"Psicoanálisis y medicina"

En este escrito, Lacan plantea cual es el lugar del psicoanálisis en la medicina. Sostiene que el médico si debe responder a algo es a la demanda del enfermo pero que cuando éste va al médico, no siempre demanda su curación, muchas veces la rechaza, lo que plantea cuestiones éticas al médico. Lacan (1967) dice: "Cuando el enfermo es remitido al médico o cuando lo aborda, no digan que espera de él pura y simplemente la curación. Coloca al médico ante la prueba de sacarlo de su condición de enfermo, lo que es totalmente diferente, pues esto puede implicar que el esté totalmente atado a la idea de conservarla" (p. 6).

Con esta diferencia entre esperar del médico la curación y esperar que lo saque de su condición de enfermo, Lacan introduce la estructura de la

falla que existe entre demanda y deseo. Esa falla entre demanda y deseo plantea problemas éticos al médico en la medida en que el progreso de la medicina concierne al goce del cuerpo. La medicina no se siente concernida pues excluye al sujeto y reduce el cuerpo al soma. "Este cuerpo no se caracteriza solamente por la dimensión de la extensión: un cuerpo es algo que está hecho para gozar, gozar de sí mismo. La dimensión del goce está excluida completamente de lo que llamé la relación epistemo-somática" (p. 7). Es decir, Lacan plantea que es el efecto que tiene el progreso de la ciencia, en particular la psicofarmacología, sobre la relación de la medicina con el cuerpo, que se convierte en una cuestión ética para el médico.

Lacan sostiene que la dimensión ética es aquella que se extiende en la dirección del goce. Este es el goce que se experimenta por la droga, una dimensión de goce que es un efecto de la ciencia.

"Clausura de las jornadas de carteles de la escuela freudiana de París"

En una de las clases Lacan habla de castración y muerte, y sostiene que para esto es necesario introducir el cuerpo. Afirma que la castración es un goce, por eso es lo que nos libera de la angustia. En este sentido, se refiere al caso Juanito cuando afirma que la angustia surge en el momento en que el niño se da cuenta de que está casado con su pito. Y que éste debe renunciar a casarse con la madre, para casarse con el falo, es decir, con un símbolo del objeto perdido.

Pero va a plantear qué sucede cuando el sujeto se niega a contraer ese casamiento. Es en este sentido que Lacan (1975) hace una de sus menciones más importantes respecto a la droga: "Todo lo que permite escapar a ese casamiento es evidentemente bien recibido, de donde resulta el éxito de la droga, por ejemplo; no hay ninguna otra definición de la droga que esta: es lo que permite romper el casamiento con la cosita de hacer pipí" (p. 8-10). Es decir, que para Lacan la droga es considerada como lo que permite romper el matrimonio del cuerpo con "la cosita de hacer pipí", esto demuestra su éxito.

### **C. Teorizaciones de Héctor López sobre las adicciones**

"Las adicciones. Sus fundamentos clínicos"

Héctor López en el capítulo V de su libro: "Sobre los fundamentos inconscientes y los mecanismos específicos de las adicciones" retoma lo planteado por Freud (1930) en "El malestar en la cultura" quien afirma que ante la insatisfacción propia del estado de cultura, el hombre puede tomar dos caminos: empeñarse en buscar vanamente la felicidad, o recurrir a ciertos "subterfugios" para paliar el malestar. La intoxicación por químicos es ubicada por Freud no en la primera opción, sino en la segunda; ya que la intoxicación no aporta la felicidad, ni siquiera pasajera, sino apenas la ausencia de dolor psíquico. Es decir que, desde el punto de vista económico,

se relaciona más con los fines propios del principio del placer en cuanto a reducción de las tensiones, que con una experiencia de goce.

Además, Freud ante su propia pregunta ¿qué esperan los hombres de la vida?, responde:

Es difícil equivocarse la respuesta: aspiran a la felicidad, quieren llegar a ser felices, no quieren dejar de serlo. Esta aspiración tiene dos fases: un fin negativo y otro positivo; por un lado, evitar el dolor y el displacer y por el otro, experimentar intensas sensaciones placenteras. En sentido estricto el término felicidad solo se aplica al segundo fin. (...) No nos extrañe, pues, que bajo la presión de tales posibilidades de sufrimiento, el hombre suele rebajar sus pretensiones de felicidad en el más modesto principio de realidad; no nos asombre que el ser humano ya se estime feliz por el mero hecho de haber escapado a la desgracia, de haber sobrevivido al sufrimiento; que, en general, la finalidad de evitar el dolor relegue a segundo plano la de lograr la felicidad (Freud, 1930, p. 24-25).

Por lo tanto, según López, desechada la felicidad por imposible, Freud se dedica a las técnicas de fin negativo: evitar el dolor: “Los más interesantes preventivos del sufrimiento son los que tratan de influir sobre nuestro propio organismo (...) El más crudo, pero también el más efectivo de los métodos destinados a producir tal evitación es el químico: la intoxicación” (Freud, 1955, p. 25-26).

En relación a lo anterior, Héctor López sostiene que:

En la misma línea de pensamiento freudiano, que cierra la vía positiva del goce para dejar sólo abierto el recurso negativo de la evitación, encontramos uno de los axiomas fundamentales de Lacan: el goce está prohibido a quien habla, en tanto ser hablante. En efecto, la supuesta evasión al universo del “irrealismo” que permitirían las drogas, sobre todo las llamadas “duras”, no es más que un “espejismo de goce”, pues en la experiencia, la supuesta inmersión intransmisible en lo real del goce, se reduce a una fantasía habitual del adicto que no deja de estar determinada por los efectos de ciertos dispositivos discursivos (López, 2003, p. 139).

En este sentido, la dificultad para el establecimiento de la transferencia se funda precisamente en la convicción del sujeto adicto de que el analista nada sabe de la experiencia de la droga que él si conoce. Por lo tanto, el autor se interroga ¿cómo reconocer al sujeto supuesto saber en el analista si el que sabe de ese goce es él?, si el propio analista avala esta falacia suponiéndole al adicto una experiencia particular de goce, pone en juego su propia resistencia como obstáculo a la transferencia.

De esta manera, López sostiene que estas experiencias no pueden ser pensadas por fuera del campo del lenguaje. Además plantea que la cualidad tóxica de las drogas, ya sea maligna o benigna, depende más del contexto discursivo en que la ingesta se produce que de la propiedad real

del fármaco; y sus efectos, tan evidentemente particulares en cada sujeto, hablan más de una función psíquica subjetiva que de propiedades universales. Concluye que si la adicción se explicara por lo real de la sustancia, sería suficiente con la desintoxicación y la deshabitación para alcanzar la cura, pudiendo justificarse los tratamientos coercitivos. Por lo tanto y según el autor, el fracaso de estas curas se debe a que, preocupadas por extirpar la droga del cuerpo, individual y social, dejan de lado la implicación del sujeto en la funcionalidad que le ha otorgado a la intoxicación.

Por otro lado, López plantea que el estudio de toda forma de adicción requiere de una teoría sobre el goce, pero esto no implica que la intoxicación pueda concebirse como un acceso a la experiencia inmediata del goce. Según el autor, el psicoanálisis nos ha enseñado, a partir de Lacan, que la presencia del goce, cuando el muro del lenguaje tiende a derrumbarse, está muy lejos de lo placentero, y que más bien confina con el dolor. En este sentido, propone que deberemos orientarnos hacia el dolor, si queremos saber de qué goce se trata en las toxicomanías.

En cuanto al mecanismo inconsciente de las adicciones, Héctor López expone en este capítulo su hipótesis con el fin de contribuir a la continuación de la investigación sobre el tema.

Sostiene que muy tempranamente, Freud había descubierto ciertas propiedades de la cocaína. En "Coca" (1884) su segundo trabajo sobre el tema, introduce la propiedad anestésica de la cocaína sobre las afecciones dolorosas: la cancelación del dolor. Lo que remarca el autor, es que desde

esta primera formulación, la droga ya tiene una función primordial de defensa. Por lo tanto, este primer descubrimiento freudiano encuentra en las sustancias químicas la vía regia para la cancelación del dolor físico.

Respecto al dolor, Héctor López sostiene que las ideas freudianas fundamentales al respecto también son muy tempranas. En “Más allá del principio del placer” (1920) el dolor es causado por un exceso de carga no ligada, que atacando los bordes de esa vesícula de sustancia excitable que Freud imagina para ilustrar el aparato psíquico primitivo, produce un traumatismo. El trauma implica siempre una destrucción de las barreras defensivas por estímulos masivos que provienen del exterior. Ahora bien, el autor sostiene que los estímulos internos, como los pulsionales, son también, paradójicamente, exteriores a la organización incipiente de la vesícula. Por lo tanto, en sus efectos, son homologables a los estímulos traumáticos provenientes del exterior. De este modo, Héctor López afirma que el adicto padece de un “algo” que es incapaz de evitar porque proviene de una excitación pulsional, revelando la pulsión su condición traumática que anuda el goce al dolor.

Por otro lado, diferencia la noción de “dolor” con otras vecinas como las de “sufrimiento” y “displacer”. Dice que se sufre ante la espera, ante la demora con respecto a la satisfacción; que el sufrimiento es el tiempo de los rodeos metonímicos y en ese sentido se refiere al deseo mismo. El “principio de realidad” pone en suspenso al deseo, y lo obliga al desplazamiento por la cadena significativa. El dolor, en cambio, surge cuando no están trazados los rodeos del deseo y la pulsión se revela en su condición real de trauma. El

displacer, por su parte, tiene como condición la energía ligada del “principio de placer-displacer”. Tanto uno (placer) como el otro (displacer), no son sensaciones determinadas por la naturaleza, sino efectos de discurso que circulan en la cadena significativa. El dolor en cambio, surge como real ante la imposibilidad de ligar la energía pulsional a alguna representación ya sea placentera o displacentera.

Además, plantea que la vesícula freudiana es una organización que ha creado una capa calcinada como borde, y que dentro de sus límites funciona regulada por el principio de placer-displacer, es decir, por un trabajo constante para ligar la energía libre de la pulsión y establecer una cierta homeostasis. Las pulsiones, por el contrario, son esencialmente traumáticas, por lo que deben convertir su energía libre, en energía relativamente ligada. Por lo cual, su destino natural es la transformación y la sublimación. Pero la tendencia pulsional, primitivamente, pretende una satisfacción directa que rechaza toda ligadura, y en esto precisamente radica la imposibilidad del goce: el aparato psíquico no soporta una satisfacción por fuera de los límites del principio de placer-displacer, de allí su imposibilidad estructural, salvo como trauma. Por lo tanto, esa cercanía del goce en la dinámica de la tendencia pulsional, lejos de ser experimentada como placer, es por el contrario, traumática y fuente de dolor.

Ante el dolor por excitación continua de la pulsión que amenaza la vigencia del principio del placer, es necesario recurrir a defensas perentorias que sirvan como refuerzos de los bordes de la vesícula e impidan su ruptura traumática. López propone que el dolor es la forma en que se experimenta la

ruptura traumática de las defensas y la invasión de lo real del goce. Ante esta situación, el medio más rápido y eficaz contra el dolor es la sustancia farmacológica. El químico se convierte en necesidad perentoria en virtud de su poder específico sobre el dolor, por fuera de la “demora” del deseo en su recorrido metonímico. La conducta adictiva, por lo tanto, sólo en lo imaginario representa una “voluntad de goce”, ya que para ciertos sujetos es más bien la única defensa al alcance de la mano contra un goce-dolor que amenaza con aniquilar el principio del placer como regulador del funcionamiento del aparato psíquico.

A partir de lo expuesto, el autor concluye que en la intoxicación con sustancias, se trata de una urgencia por cancelar el dolor del trauma pulsional. En este sentido, Héctor López afirma que “dolor” y “cancelación psíquica” son términos complementarios que se reclaman uno al otro, a tal punto que el problema del adicto es el dolor, por el mecanismo que emplea como defensa: la cancelación. Además, esta urgencia es uno de los elementos clínicos que diferencia el mecanismo adictivo del mecanismo neurótico: allí donde el adicto toma el atajo de la cancelación tóxica, el neurótico tolera el desvío que va del sujeto al Otro por los carriles de la demanda. Donde el adicto recurre a la sustancia (o a sus efectos, que es el verdadero “objeto” para el adicto), el neurótico se dirige al Otro. Se trata de la necesidad de la intoxicación como acting-out de la dificultad para establecer la transferencia. Por lo tanto, el neurótico habla (demanda al Otro) donde el adicto se intoxica (acción cancelatoria).

López sostiene que la cancelación tóxica (o química) cumple además de una primer función cancelatoria (supresiva), una segunda que el autor llamará de “restitución funcional”. Como defensa, cancela el dolor, pero como “suplemento”, activa la fantasía en un intento de ligadura que traspone el goce pulsional a lo placentero del fantasma, al menos parcialmente. Si hay goce en la intoxicación (como experiencia subjetiva), queda acotado o transformado en esa actividad placentera de un fantasear producido en forma inmediata, automática, con un mínimo de trabajo psíquico.

En relación a lo anterior, López concibe a la intoxicación como un recurso inmediato, pero afectado de caducidad, para introducir alguna mediación fantasmática frente al trauma del dolor pero no para acceder al goce, aunque en lo imaginario esa sea la sensación del adicto. Toda la actividad fantasmática, tiende a proporcionar un goce indirecto, circunscrito a los límites de ese “parque natural”. No obstante, a esta operación de la defensa, sobre todo cuando se trata de recursos tan primitivos como la intoxicación, le resulta imposible hacer pasar toda la excitación pulsional por el parque natural de la fantasía; queda libre un resto irreductible. Es allí donde el autor plantea que veremos reaparecer, inevitable, el dolor, que será más o menos destructivo, según la amplitud de lo que haya quedado fuera de la ligadura, y que obligará a nuevos actos compulsivos de cancelación.

Según López, en la intoxicación, se trata de una operación de cancelación, que si bien ha interpuesto una barrera momentánea a los efectos dolorosos del trauma, ha dejado intocada su causa real-pulsional. En

este sentido, Freud (1968) habla de “la insuficiencia de los métodos terapéuticos que se basan en quitar al enfermo el medio narcótico, sin preocuparse de la fuente de la que surge la necesidad imperativa del mismo” (p.150).

Por lo tanto, si el mecanismo de la cancelación llevaba del goce a la posibilidad de un pseudo-fantasear pasivo, su fracaso retrotrae nuevamente de la imposibilidad de la ligadura fantasmática, al goce. Pero ya no se trata del goce como ligado a una representación placentera, sino del poder destructivo del goce del Otro, ese que se verifica en el sometimiento masoquista del sujeto a repetir una y otra vez, sin lograr construir una ligadura, la operación del *pharmakon*. El autor cita a Derrida, quien denomina así a la condición indecible de la sustancia en tanto medicina al mismo tiempo que veneno.

Según López, el dolor, como síntoma de la dificultad para ligar lo pulsional, puede ser considerado clínicamente como un “síntoma en lo real”. Ya que el sujeto carece de los mecanismos de simbolización que puedan anudar el goce pulsional con el significante, para producir un síntoma neurótico. Esta dificultad abre el camino a la “cancelación tóxica” como vía casi obligada para interponer una barrera química a la angustia.

Volviendo a Freud, el hombre no puede pasárselas sin recurrir, cada tanto, al auxilio de estos “quitapenas”. La condición del sujeto cultural, requerido “por encima de sus medios” a una lucha desigual contra las pulsiones, no puede siempre resolver el conflicto recorriendo todo el camino metonímico que lleva a la metáfora del síntoma. Como afirma el autor, la

intensidad del trauma pulsión-dolor, requiere de un método más “crudo y eficaz”: la cancelación tóxica.

Además, López plantea que no en todos los sujetos que han consumido drogas, el *pharmakon* se convierte en adicción, sucede sólo en aquellos dominados por una cierta tendencia compulsiva, para quienes el trabajo del inconsciente para recuperar un plus de la satisfacción perdida, es un proceso de rodeos significantes demasiado largo y complicado. Por lo tanto, el autor dice que cuando hablamos de “cancelación del dolor” como mecanismo específico de las toxicomanías, debemos tener en cuenta que dicho mecanismo se inscribe en una estructura clínica más complicada, de la cual el “complejo adictivo” (compulsión-dolor-cancelación) es un efecto sintomático. El autor diferencia este mecanismo tanto de la represión, como de la renegación y de la forclusión, sin afirmar por eso que la toxicomanía constituya una estructura clínica diferenciada.

Por otro lado, retoma a Freud, quien relaciona todas las adicciones con una primera que sirve de matriz a las posteriores: “Se me ha ocurrido que la masturbación es el primero y único de todos los hábitos, la “protomanía”, y que todas las demás adicciones, como la del alcohol, la morfina, el tabaco, etc., sólo aparecen en la vida como sustitutos y reemplazantes de aquella” (Freud, 1968, p.797-799). Posteriormente, en “Fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad” (1908) se refiere a una masturbación originariamente mecánica, autoerótica, a la que viene a agregarse una fantasía desiderativa perteneciente al círculo de la elección

de objeto. Para nombrar la operación que se produce entre masturbación y fantasía en esta segunda fase, habla de “soldadura” entre una y otra.

Lo que venimos exponiendo sobre la condición previa a la toxicomanía, puede entenderse, desde este punto de vista freudiano, como una falla en la soldadura entre la pulsión y el significante, falla que impide tanto la actividad fantasmática como la creación metafórica de un síntoma. La adicción a sustancias intenta producir esa soldadura mediante un suplemento específico para sostener el fantasma ante el dolor del trauma (López, 2003, p. 154).

Según el autor, Freud siempre ubicó a las adicciones dentro de una serie ordenada de “defensas” contra la emergencia de lo real. La serie se construye desde lo más precario, hasta lo más elaborado simbólicamente: alucinación, adicciones, embriaguez, estados místicos, síntoma, arte, teatro, obras de ficción, humor, etc., pero en cada una de ellas se trata de mecanismos de diferente nivel, que permitan al sujeto derivar a la actividad fantasmática, es decir mediatizar, emergencias dolorosas de lo real pulsional, que encuentran así una vía “artificial” e indirecta de satisfacción.

López afirma que no hay duda de que la intoxicación es una satisfacción, y que además es sustitutiva, lo cual no hace menos sustitutiva a la adicción original, la masturbación como a toda otra. Pero sucede que hay una diferencia entre la satisfacción tóxica, vinculada al autoerotismo masturbatorio, y la satisfacción del síntoma, vinculada, más bien, con el goce

fálico. Consiste en el rechazo de la función del falo en la castración como obstáculo a la relación sexual, para hacerla existir más allá del régimen que el falo impone al goce. La ilusión del adicto es la de una unión sin ese obstáculo del falo, donde sujeto y objeto se confundirían. A este mecanismo negativo del adicto, Lacan lo llamó “rechazo del casamiento con la cosita de hacer pipí”.

En relación con lo anterior, Héctor López plantea que la “cancelación” como mecanismo específico de las toxicomanías, se da en el marco de una estructura mayor que la incluye. Se trata del complejo de castración donde el falo cumple una función central. Es, como dice Freud, el complejo nodular de las neurosis. Pero también lo es de las perversiones y de las adicciones. En palabras del autor:

La cancelación entonces, es el resultado de un “cortocircuito” en la vía de las satisfacciones del sujeto, donde debemos dar la prioridad a la función del falo como aquello que es reprimido para desentenderse de la ausencia estructural del objeto sexual. Cancelar el dolor con la intoxicación, implica cancelar la realidad, si por tal entendemos “la realidad” irreductible de la castración. En la evitación de esta realidad no se trata del rechazo a una situación familiar conflictiva, ni de rebeldía frente a lo cultural, ni de desadaptación social, aunque todos esos fenómenos estén en juego; para el Psicoanálisis se trata de la huida ante el deseo del Otro (el rechazo del Otro), a cuya insistencia indescifrable, el sujeto responde con la consistencia de la droga (...)

Si la cancelación es, como dice Freud, “ante el dolor” -agreguemos también con palabras freudianas- que se trata del “dolor de existir”. Como el dolor proviene siempre del exterior, lo que está en juego entonces es la realidad. La cancelación opera sobre la realidad, que como queda dicho está atravesada siempre por el deseo del Otro, la castración (López, 2003, p. 157).

## Conclusiones del capítulo II:

Al referirnos a las adicciones, desde una perspectiva psicoanalítica, consideramos de importancia precisar que no estamos frente a una estructura clínica particular. El psicoanálisis toma en cuenta para el diagnóstico tres estructuras: la neurosis, la psicosis y la perversión. Es decir, no hace de las toxicomanías, o más aún de las adicciones, una estructura clínica. Desde el psicoanálisis, podemos decir que no hay una “definición” de las adicciones, ya que la posición analítica no implica una descripción y clasificación de los síntomas o fenómenos que muestra el sujeto. En palabras de López:

Para el pensamiento psicoanalítico, el fenómeno de la “adicción”, y la cuestión del consumo de sustancias tóxicas son dos problemáticas diferentes: ni la adicción es siempre a un químico tóxico, ni la ingesta tóxica implica necesariamente a la adicción. Al mismo tiempo, no se podría decir que existe un tratamiento psicoanalítico específico para las adicciones, ni que el psicoanalista conduzca la cura con el fin explícito de la supresión del hábito (López, 2001, p. 13).

A los fines del presente capítulo, reflexionamos acerca de la función o el lugar que ocupan los tóxicos en la economía psíquica del sujeto y realizamos para ello un breve recorrido por las obras de Freud y Lacan, tomando como referencia el trabajo que lleva a cabo Héctor López en su

libro “Las adicciones. Sus fundamentos clínicos”. Por lo tanto, intentaremos realizar una integración entre los aportes de estos autores.

La cuestión de las sustancias químicas está presente desde la prehistoria del psicoanálisis, y reaparece constantemente en la obra de Freud ubicada en la serie de las “soluciones” contra el malestar. Sus primeras ideas sobre el efecto de las sustancias tóxicas, son de muy temprana data, incluso anteriores a sus ideas psicoanalíticas. En efecto, fue Freud quien descubriera la acción de la cocaína sobre las afecciones dolorosas. Es decir, que entiende a la droga como anestésica ante un dolor. Este descubrimiento es una impronta que marcará la dirección de su pensamiento sobre la función de las sustancias tóxicas: evitar el dolor.

En la historia del psicoanálisis muchas veces se ha pensado que la droga proporciona una experiencia de satisfacción o felicidad provisoria a la que incoerciblemente se necesita volver. No es ésta en absoluto la idea de Freud, para quien la pérdida inevitable de felicidad (de goce) que acarrea la cultura (la castración) promueve en los hombres dos diferentes actitudes: algunos rechazan esa pérdida y por lo tanto insisten en gozar, mientras que otros se contentan con evitar el “dolor de existir” por medio de algún “subterfugio”. “Es en esta segunda vertiente negativa donde Freud ubica a la intoxicación por drogas, bien lejos del espejismo de la satisfacción pulsional. Ya no se trata de suponer un sujeto que goza sino de enfrentarse a un sujeto

que sufre, cambio de posición necesario para hacer posible el análisis (López, 2001, p. 14-15).

La primera explicación dinámica con respecto a la adicción surge de un campo totalmente inesperado y que sorprende al propio Freud: el campo de la sexualidad infantil. “El autor no dice qué hallazgo le permite afirmar la continuidad entre masturbación y adicción, pero sin duda, el acto masturbatorio cuando deviene compulsivo, conserva una llamativa afinidad con el acto adictivo cualquiera sea, que en general es igual de compulsivo” (López, 2001, p. 20-21).

En este sentido, Freud destaca la masturbación infantil como la primera adicción que servirá de modelo a todas las demás. Esto significa que las adicciones no se explican por la sustancia u objeto al que se fija la satisfacción, sino por la operación inconsciente que las determina. La especificidad de los efectos de una sustancia, incluso su grado de nocividad, y hasta su propiedad adictiva, depende de un factor subjetivo, más que de su propiedad estrictamente química.

Posteriormente, Freud establece una relación de “analogía” entre la toxicomanía y la neurosis en general, es decir que va más allá de la relación de causa-efecto que había establecido entre la neurastenia (masturbación) y las adicciones. La analogía parece consistir en que, tanto en la neurosis como en la adicción a las drogas, se trata de una “abstinencia” de satisfacción sexual, y de una vía indirecta o sustitutiva para alcanzarla.

Además de desdeñar una teoría que coloque como causa a lo cultural y lo social, Freud, pareciera indicar que la intoxicación es el efecto de una incapacidad para establecer una mediación entre el sujeto y el objeto, función que generalmente otorga a la fantasía. En el registro de la masturbación, Freud ubica un primer momento puramente mecánico, autoerótico, compulsivo, al que llamaríamos masturbación automática, sucedido por un segundo donde a la masturbación se une la fantasía, dándole un cierto contenido o representación a la satisfacción sexual que ella procura. En palabras de López (2001) “Si la adicción es un acto compulsivo que pretende ir derecho al encuentro del objeto evitando toda ligadura, lo que falla entonces es la soldadura entre el acto y la actividad intermedia de la fantasía” (p.28). Por lo tanto, el adicto sería un sujeto que no ha establecido la “soldadura” (ligadura o anudamiento), necesaria para producir una diferenciación o separación.

Freud volverá a la primera idea fisiológica donde la droga ocupaba un lugar de defensa, de límite contra la invasión de un algo real, nombrado como “dolor”. Planteará que ante el dolor de existir le quedan al sujeto dos recursos: o desconocer el límite que el dolor impone a la felicidad (el goce) insistiendo en una ilusión vana de felicidad, o conformarse con algo más modesto: la defensa o cancelación del dolor mediante algún lenitivo. Es en este segundo grupo de recursos, el de los “quitapenas”, donde ubica a las drogas, y no en el primero. “Esto quiere decir: la relación entre la intoxicación y el goce es una fantasía del adicto, la droga no es más que una defensa” (López, 2001, p. 28-29). Freud menciona diferentes objetos que sirven de

remedios al “dolor de existir”, o en otros términos, a la insatisfacción del deseo, y establece con ellos una serie donde coloca como el más poderoso “quitapenas”, pero al mismo tiempo el más perjudicial, al objeto químico.

Una de las hipótesis que plantea Héctor López (2001) es que “No es la adicción a las drogas la que produce, ante su falta, la abstinencia, sino que es la abstinencia como falta estructural del sujeto, la que produce necesariamente un objeto adictivo como suplemento” (p. 35). La cultura misma, por su estructura, acarrea esa marca de la represión del goce que es la insatisfacción, el malestar, el dolor de existir. Por lo tanto, sostiene que el estado de abstinencia le es connatural al sujeto, y es así como se multiplican y se diversifican los objetos y discursos sociales que sirven de "consolación". La "solución" a esta insatisfacción requiere necesariamente de algún tipo de adicción, ya sea a objetos reales (sustancias químicas) o a objetos imaginarios (fantasías repetitivas, ficciones artísticas, etc.), ya sean perjudiciales o inofensivas.

En la segunda parte del capítulo de este trabajo y a través del recorrido por los escritos de Lacan, se puede seguir un hilo conductor con respecto a que es la toxicomanía para este autor.

La noción de “traumatismo” de sus primeras intervenciones, se guía por el concepto que inventa: “complejo de destete”, pero puede observarse que el trauma del “complejo de destete” es reformulado como pérdida, no del seno materno, sino como condición estructural, falta, ausencia, que requiere de una elaboración simbólica. Por lo tanto, Lacan va a situar a las toxicomanías como efecto del complejo de destete. Como señala Héctor

López (2001): “El rechazo del destete por parte del sujeto sería lo que el trauma del adicto repite tardíamente por medio de una ingesta tóxica, necesariamente compulsiva y creciente” (p. 66).

En los suicidios por intoxicación lenta (crónica) que mencionaba Lacan, puede observarse que el ansia de fusión ilimitada con el objeto precipita en el adicto el mismo destino de Narciso: la unión mortífera con el objeto de goce. Se trata, como sostiene el autor en su artículo “La Familia”, del reencuentro (imposible) con la imago del pecho materno. Desde esta perspectiva, la adicción oral sería un efecto traumático del complejo, que queda adherido al anhelo de reencontrar el pecho materno.

Por otro lado, el eje de todo el desarrollo es otro complejo que ordena al del destete, el complejo de castración, es decir la instauración de la ley del deseo a expensas del goce del cuerpo.

La salida del sujeto para no caer víctima de su propio narcisismo es la simbolización, que Lacan refiere al conocido juego del carretel, con que el niño traspone a la palabra (fort-da) la ausencia real de la madre. Su carácter iterativo es la repetición liberadora que asume el niño respecto de toda separación o destete en su condición de tales. El autor, entonces, va a preguntarse si la adicción además de reflejar los efectos del trauma del destete, no muestra también una obstrucción en el proceso de simbolización de la falta (ausencia materna).

Por lo tanto, Lacan concibe a las adicciones orales en torno al complejo del destete como causa traumática no elaborada. Además, su explicación podría extenderse a otro tipo de adicciones que no sean

necesariamente por vía oral, pues la pérdida traumática no se refiere ya a la realidad biológica del pecho materno, sino a una pérdida estructural, representada por el “trauma del nacimiento” catástrofe necesaria de la cual el destete es solo una actualización. La teoría ya no queda apresada en un complejo oral, sino que anuncia la importancia que tomará el complejo de castración.

De esta manera, Lacan también leyendo a Freud señala el camino para la salida normativa del complejo: la simbolización de la pérdida mediante el juego. “Una falla en la tramitación de la salida del complejo de castración, dejaría al sujeto encadenado a la repetición incesante del fracaso, en cuanto a lograr una identidad con el goce perdido: una de sus formas clínicas sería la compulsión a ingerir sustancias tóxicas” (p. 53).

En relación a lo anterior, y respecto a uno de los comentarios más conocidos de Lacan en relación a las toxicomanías, Héctor López (2001) comenta:

El niño debe renunciar a casarse con la madre, para casarse con el falo, es decir con un símbolo del objeto perdido. ¿Pero qué sucede cuando el sujeto se niega a contraer este casamiento y exige la continuidad del “otro goce”? Su aflicción lo lleva a la búsqueda de diferentes formas de satisfacción narcisística, entre ellas la droga, como técnica para romper este compromiso o casamiento simbólico. Una lectura de este casamiento es como entrada del sujeto al campo regulado del goce fálico, como ventaja de su aceptación de la castración (p. 64, 65).

En este sentido, el autor plantea que el goce fálico es aquel regulado por la metáfora paterna o el Nombre-del-padre, y que permite sustituir los objetos del deseo y obtener así un goce regulado, social. Por lo tanto, la adicción es una posición subjetiva con un goce contra el deseo, es un goce de tipo narcisista (del cuerpo) contra el goce sexual o del sentido, y enteramente egoísta.

De este modo, es la angustia ante la fragilidad de esta operación simbólica, lo que pone al organismo en una tensión insoportable que se traduce, en algunos sujetos, en la acción desesperada de buscar alivio en la droga. En este mecanismo defensivo, no es el goce lo encontrado, sino el placer, definido también negativamente como la reducción de la tensión angustiosa. El goce, si seguimos a Lacan, aparece no en la fugaz experiencia de beatitud placentera que la teoría habitual sobre la adicción imagina, sino en la misma tensión sufriente que se padece antes de la ingesta. De esta manera, podemos decir que la droga va contra el goce, siendo el goce ese nivel donde empieza a aparecer el dolor, ya sea el del cuerpo, o el “dolor de existir” freudiano, ya que el adicto no busca el goce, sino que con la droga intenta levantar una barrera contra él.

En referencia a “Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano” (1959), afirma Héctor López:

Si bien el escrito que comentamos no teoriza sobre la intoxicación, nos permite sin embargo remarcar que para Lacan, la experiencia de lo tóxico no nos acerca un ápice a la verdad del sujeto, sino más bien

corre un velo sobre lo inconsciente. Esta conclusión es coherente con Freud, para quien la intoxicación es un medio, más o menos exitoso según el grado de autodestrucción que implique, para ayudarnos a “soportar la vida”, pero de ninguna manera un medio para el conocimiento del inconsciente (López, 2001, p. 60).

Para finalizar, respecto al interrogante que nos formulamos como disparador de este capítulo: ¿qué función cumple el tóxico en la subjetividad del adicto?, podemos ensayar una respuesta a partir las palabras de Héctor López: “Así como para Freud la droga cancela el dolor, para Lacan rompe con la castración, pero en ambos casos su función es negativa, defensiva” (p. 65).

## CAPÍTULO III

### LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

En este capítulo abordaremos el campo de los trastornos alimenticios, a partir de los trabajos realizados por Silvia Amigo, Alicia Donghi, y Massimo Recalcati.

Partimos de una lectura psicoanalítica de los trastornos de la alimentación, que se propone trabajar Silvia Amigo (2012) en su conferencia “Clínica de los fracasos del fantasma”. En el capítulo VII ¿Qué significa comer? la autora comienza reflexionando sobre qué significa alimentarse y que quiere decir, desde la teoría psicoanalítica, un trastorno de la alimentación.

Plantea que la alimentación es un hecho que va mucho más allá de la necesidad nutricia del cuerpo y de hacer crecer el cuerpo, sino que está ligado al nacimiento mismo de las relaciones del sujeto con el Otro. Además, sostiene que en el estado de necesidad absoluta en que se encuentra el bebé humano, sin el acto de alimentarse no podría sobrevivir mucho tiempo, ya que el primer punto de relación con el Otro es una comida que solo puede llegarle por vía del Otro. Por lo tanto, el hecho de comer depende de este Otro por ser la alimentación un hecho absolutamente primordial para el bebé que se encuentra carente de una orientación instintiva, y depende de cómo el Otro se dirija a él.

Siendo un hecho fundador de la entrada del niño a las relaciones con el Otro, el trastorno de la alimentación es un hecho del que nadie ha carecido, es un epifenómeno potencial de cualquier estructura clínica. (...) Las estructuras clínicas se definen por el modo de relación en que ese sujeto especificó su lugar en relación al Otro. Como la alimentación está relacionada al modo primordial de ingreso del Otro en la conformación del sujeto, casi toda estructura clínica puede y suele tener un desorden alimentario (Amigo, 2012, p. 126).

Por lo tanto, el trastorno de alimentación se puede añadir, como epifenómeno, a cualquier estructura clínica, y de por sí no constituye estructura clínica alguna.

Cuando el niño nace está sometido a que el Otro le dé de comer, sin ningún instinto que lo guíe. Una madre alimenta a su hijo porque éste representa el órgano de goce del que la madre carece. Freud en “El malestar en la cultura” dice que es una importante función civilizadora de la madre dado que si la madre no incorporara al niño al orden del erotismo, ¿quién lo haría? Además de darle el pecho, la madre le habla al bebé, como apuesta a que sea un sujeto, es decir que el goce alimentario va acompañado por la vectorización del goce de la palabra. Freud llamó a esta primera fonetización “fort-da”.

Una madre “apenas buena”, como elige llamarla Amigo, da la leche con la palabra y la mirada, sosteniendo al niño en sus brazos, es decir, que da de comer una intrincación pulsional, no una pulsión sola. Cuando la

comida es solo comida es tanática, por lo tanto, la comida materna va a estar marcada por el modo en que la madre intrinque las pulsiones cuando dé el pecho. Se trata de experiencias fundacionales del acto de comer. Freud, por su parte, habla de la primera experiencia de satisfacción que el niño tiende a repetir. A partir de esto, la autora va a decir que en el modo en que la madre alimenta al bebé se puede ver lo que va a ser un posible futuro desorden alimenticio.

Respecto al complejo paterno alimentario, Silvia Amigo hace referencia a otra gran comida del psicoanálisis que es el banquete totémico, es decir, según Freud es por la boca que la ley del padre ingresa a orientar al sujeto en la imposibilidad y prohibición del incesto, ya que le dona una marca que lo orienta en lo imposible del goce materno. El banquete totémico es el prototipo de toda comida social, un ritual, con reglas, donde se incorpora un límite al goce. Muy lejano a la comilona de la bulímica por ejemplo, que es un acto secreto, furtivo, sin reglas, sin orden, sin ley, sin palabras, sin lazo social.

Volviendo al concepto de Trastornos de la alimentación desde el Psicoanálisis, Alicia Donghi plantea que:

Frente a la caída de los ideales, parece que el cuerpo bastara –a partir del plus de gozar procurado por el objeto positivizado en la bulimia y en la obesidad o su vacío fetichizado en la anorexia –para resolver la cuestión de la satisfacción. Pero no la del deseo que no tiene anclaje o falta que lo cause (Donghi, 2007, p. 18).

Sostiene que la clínica de las bulimias y las anorexias es una clínica plural, ya que existen las anorexias y las bulimias, dado que es importante destacar el carácter transestructural de estas patologías. En cada anorexia, en cada bulimia, la dificultad emerge para abordar la singularidad de cada caso.

La autora hace referencia a Lacan, que en el texto "La Familia" de 1938, se refiere a un "apetito de muerte" y a un "deseo de larva", que caracterizarían ciertas formas diferidas de "suicidio", como ser la anorexia y ciertas formas de la dependencia de tóxicos. A esta pasión por los huesos, según señala Lacan, corresponde la fascinación mortífera que el sujeto mantiene con la propia imagen de sí en ciertos casos de anorexia. Donghi sostiene que en estas patologías, el sujeto se rehúsa a todo lo que viene del Otro. En el caso de la anorexia, es un rechazo al alimento, que no entra en una dialéctica de demanda y respuesta sino que refleja una nítida ruptura del lazo social, del vínculo con los otros, de la relación amorosa. En el caso de la bulimia, exhibe un rechazo (a través del vómito) a retener cualquier cosa y así, a separarse del Otro. En esta última lo que se pone en juego es "comer todo", no hay límite, el sujeto nunca puede decir "no". Hay un empuje a la devoración infinita, un exceso de goce que no puede ser acotado y que se expresa como la forma más pura de la pulsión oral.

Por su parte, Massimo Recalcati (2005) en "La última cena: anorexia y bulimia" sostiene que nada, ni siquiera el objeto-comida puede saturar la falta que habita al sujeto. El "todavía más" de la bulímica indica la presencia en el objeto-comida de algo de lo real que no es posible simbolizar, el resto

puramente pulsional del objeto real, la cifra interna, aunque irreductible al objeto nutricional, del goce de la pulsión oral. Goce enlazado no a la realidad de la sustancia, porque la pulsión no se cierra sobre el objeto como plantea Lacan, sino al vacío. Porque la pulsión oral no se resuelve en la absorción del objeto sino en bordearlo, circundando la falta dejada por la pérdida del objeto, inscrita desde siempre en el sujeto en tanto promovida por la acción alienante del lenguaje. En este sentido, Recalcati sostiene que la bulímica cuando come, no come comida sino aquello que no se puede comer, come eso de lo que la comida hace simulacro. Come la Cosa, el objeto de la primera satisfacción perdido para siempre. Come el vacío, un vacío no comestible que por eso causa la pulsión oral como empuje a una devoración infinita.

El autor afirma que el lamento constante de la anoréxica-bulímica es que el Otro traiciona, abandona, es el Otro del no-amor. La mesa del Otro es abandonada y se ofenden sus reglas: la anoréxica con su rechazo radical de la comida y la bulímica con su voracidad sin límites, resaltan la ruptura de la comensalidad con el Otro. Quieren sustraerse al Otro del lenguaje y a sus leyes para preservar la propia integridad en modo absoluto. Se sienten expulsadas del Otro, por eso dan vuelta esta exclusión del amor, convirtiéndola en odio mortal hacia el Otro y hacia su propia mesa. De esta manera, imputarán siempre al Otro la causa de su mal y se convertirán en un esqueleto viviente para hacérsela pagar al Otro, para extorsionar al Otro de cuyo amor se sintieron privadas, a ese Otro que las echó de su mesa.

Por otro lado, los códigos nosográficos estandarizados más recientes DSM (IV) distinguen la “anorexia nerviosa” de la bulimia, pero el Recalcati desde su experiencia clínica sostiene que:

Anorexia y bulimia no son simples alternativas en antagonismo, sino las dos caras de una misma moneda, donde la anorexia indica la realización del Ideal del sujeto, mientras la bulimia representa su naufragio asociado a la irrupción de lo real pulsional en la escena del Ideal (Recalcati, 2005, p. 34).

Es decir, que la anorexia realiza una apropiación a través de una identificación idealizante y una práctica de privación, mientras la bulimia manifiesta la caída de este mismo sistema que cede bajo los golpes de una compulsión a la repetición desenfrenada.

En relación con lo anterior, Recalcati (2005) afirma que:

La lógica que inspira el discurso anoréxico-bulímico es una sola. Por esto emplearé la fórmula anorexia-bulimia, en vez de anorexia o bulimia; se trata de evidenciar al máximo posible la dialéctica entre la pulsión y el Ideal como dialéctica que tiene un valor específico en el discurso anoréxico-bulímico, dentro del cual el polo bulímico y el polo anoréxico constituyen los índices de una sola oscilación en vez de indicar dos posiciones subjetivas diferenciadas. Separar la bulimia de la anorexia o viceversa mutila la posibilidad de definir con rigor la

lógica del discurso anoréxico-bulímico. Esta lógica tiene en general una primera articulación de tipo anoréxico, y solo en un segundo momento tiende a transformarse en bulimia. Sin embargo, esta evolución no suprime la función reguladora del Ideal anoréxico del cuerpo-delgado, el cual continúa gobernando en la bulimia misma. Porque el ejercicio bulímico del vómito tiene como objetivo preservar la imagen anoréxica del cuerpo-delgado (p. 35).

En este sentido, el autor sostiene que la bulimia es un dialecto de la anorexia, es un descarrilamiento del proyecto anoréxico, un derrumbe fatal, pero también “suma” al Ideal del cuerpo-delgado y de la privación masoquista de la anorexia, el goce nunca simbolizable en su totalidad de la pulsión oral.

Respecto a la expresión discurso que el autor utiliza, va a plantear que la enseñanza clínica de Lacan consiste en pensar la posición del sujeto en términos estructurales. Pero la anorexia-bulimia no es una estructura. Las estructuras sobre las cuales se funda la clínica psicoanalítica en su matriz freudiana son neurosis, psicosis y perversión. La anorexia-bulimia indica más bien un fenómeno, que por algunas características específicas - serialidad, monotonía discursiva, rigidez identificatoria, narcisismo exaltado- tiende a ocultar más que a revelar la estructura del sujeto. Pero sostiene que existe todavía algo que se configura como “discurso anoréxico-bulímico” que ordena en algún sentido la relación del sujeto con el Otro, y tiende a individualizar la especificidad de esta posición subjetiva.

Por otro lado, Recalcati plantea que el psicoanálisis enseña a entender el síntoma no como la alteración de una función, sino como el índice fundamental de la verdad reprimida de un sujeto. Basado en este punto de vista de la doctrina psicoanalítica, la hipótesis que sostiene Recalcati consiste en considerar los trastornos alimentarios no como enfermedades del apetito -patologías de la alimentación- sino principalmente como posiciones subjetivas. Por lo que la dirección de la cura no se orienta hacia una normalización de la función orgánica del apetito alterada, sino hacia la escucha de la palabra del sujeto y de la apertura del inconsciente.

Como sostiene el autor, el carácter discursivo dominante de la anorexia-bulimia es la pasión. Una pasión causada de un objeto-sustancia (la comida) que se coloca como objeto-cause, nunca simbolizable en su totalidad, sea allí donde orienta al sujeto hacia su rechazo obstinado (anorexia), sea cuando se le apropia imponiéndole una asimilación tan voraz como infinita (bulimia). Esta pasión por el objeto-comida que parece poseer la característica de la atracción irresistible por un objeto-sustancia real, se revela como una pasión por el vacío. En el fondo del objeto-comida, donde rechazo y asimilación descontrolada constituyen en el discurso del sujeto dos polos de una misma tensión, está el vacío. Pero no el vacío del estómago, un vacío "anatomizado" que puede ser rellenado del objeto-sustancia, dice el autor; sino aquel vacío que abre en el sujeto la falta más radical, incolmable, que no puede ser saturada por ningún objeto, registrada en la enseñanza de Jacques Lacan como falta-en-ser.

Por lo anteriormente expuesto, Recalcati (2005) dice que:

La anorexia-bulimia es en consecuencia una pasión por el vacío en el sentido que, aunque orientando al sujeto en direcciones opuestas (la elección anoréxica es el rechazo del objeto-comida, la bulímica es el impulso a su consumo ilimitado), apunta igualmente a alcanzar y conservar el vacío. Porque la abolición del vacío significaría la abolición del sujeto mismo (p. 38).

El vacío es entonces la condición para que pueda existir, junto a la falta, el deseo. Por eso la anoréxica lo defiende desesperadamente a la manera de la identificación, dando todo su ser en hacerse ella misma puro vacío, pura falta-en-ser. La bulímica lo encuentra en cambio al final de cada una de sus comilonas, en el fondo de la sustancia-comida, lo encuentra en el punto en el cual su goce toca el límite de la inconsistencia del objeto. A través del vómito ella hace vacío en su cuerpo, vacía el propio cuerpo del peso de la sustancia. De este modo, al fin de cada crisis de hambre muestra en realidad al Otro que nada -nada del objeto-sustancia- podrá jamás llenarla verdaderamente, porque su vacío no es el de un recipiente, sino aquel estructural de la falta-en-ser.

El Psicoanálisis introduce una diferencia entre el cuerpo humano y el organismo viviente. Este último está gobernado por leyes biológicas fijadas hereditariamente e inscriptas en el patrimonio genético de una especie. El instinto es su expresión más directa, en cuanto suministra al organismo un esquema de respuesta a las solicitudes internas y ambientales, determinado naturalmente y sedimentado genéticamente. El mundo, en cambio, no es

reductible al campo biológico-natural del instinto, no tiene nada de natural. Es el producto de un trabajo: aquel que el significante promueve imprimiendo en las cosas humanas el sello -la marca- del Otro. Decir que el cuerpo humano no tiene nada de natural significa que ya antes de nacer es un cuerpo habitado, signado, marcado por el lenguaje. El nacimiento de un niño es anticipado por Otro, en la elección del nombre, por ejemplo. Lacan sintetiza esta dependencia estructural del cuerpo al lenguaje afirmando que “El cuerpo es el lugar del Otro”, donde el lugar del Otro es aquel desde donde se efectúa el tratamiento significante del cuerpo.

Es decir, se trata de un pasaje en el que una pérdida se abre en el cuerpo, haciendo del cuerpo mismo una estructura agujereada, habitada por una falta. Es lo que Lacan llamó “alienación significante” por la cual el sujeto debe pasar en su entrada al campo del Otro y que tiene como efecto fundamental el ofrecer al sujeto mismo una inscripción simbólica, pero solo a cambio de una pérdida de ser, de una pérdida de goce. Freud estudia este problema sosteniendo la necesidad de que el principio de placer está destinado a sufrir una suerte de sustitución por parte del principio de realidad, como efecto del discurso de la Civilización. Pero esta sustitución deja siempre un resto, un residuo del principio de placer que no se deja simbolizar en el principio de realidad. En este residuo se manifiesta el más allá del principio de realidad y el más allá del principio de placer, este residuo de goce es lo que Lacan llama el “objeto a”.

En relación con lo anterior, Massimo Recalcati sostiene que la anorexia-bulimia muestra eficazmente la función del objeto a, porque está

más allá del principio del placer. Comer hasta reventar o rechazar la comida hasta morir de hambre, son posiciones del sujeto que resultan incomprensibles si se recurre a la lógica hedonística del principio de placer (por la cual Freud dice que el aparato psíquico tendería a procurarse placer y a evitar el displacer) o a aquella lógica adaptativa del principio de realidad (por la cual el sujeto renunciaría a la propia satisfacción pulsional a cambio de su integración en el discurso de la Civilización).

La anorexia-bulimia no responde entonces ni a la lógica del principio de placer, ni a la del principio de realidad, porque el sujeto realiza una forma de goce pulsional que excede el marco equilibrado del principio de placer (un goce que se ubica más allá del principio de placer) y que rehúsa, como tal, la imposición de la educación pulsional dictada por el principio de realidad, ya que para alcanzar su goce tanto la anoréxica como la bulímica no dudan en poner en peligro la propia vida. Antes de las exigencias de la supervivencia se presenta esa atracción irresistible causada por el objeto a que, como tal, no puede ser jamás simbolizado en su totalidad, o sea integrado con las exigencias del principio de placer y del principio de realidad (Recalcati, 2005, p. 42).

Por otro lado, y respecto a la pulsión oral, el autor sostiene que la satisfacción pulsional no coincide con la satisfacción de la necesidad natural. Porque como postula Freud, la pulsión se encuentra entrelazada desde el

origen con el Otro (por eso su insistencia sobre la naturaleza sexual de la pulsión). Ella no responde a un rigor natural, sino que se produce como efecto de la inclusión del sujeto en el campo simbólico del Otro. Por lo tanto, la pulsión no demanda la satisfacción de la necesidad, sino otra satisfacción: no simplemente la necesidad de comer, sino la satisfacción libidinosa de la oralidad (de la demanda oral) como zona erógena investida de la acción pulsional. Al respecto, Recalcati (2005) sostiene:

La pulsión implica un déficit: la imposibilidad de alcanzar, de repetir el goce mítico de la primera satisfacción. Aquel goce (que Lacan siguiendo a Freud llama “el goce de la Cosa”) está prohibido al ser humano. Porque a causa de la acción del lenguaje tendrá que relacionarse, no con la Cosa en sí misma, sino con objetos-subrogados, sustitutivos de aquel goce absoluto perdido para siempre (p.45).

En este sentido, Lacan en el Seminario XI dice que “El objeto a no es el origen de la pulsión oral. No es introducido a título del alimento primitivo, es introducido por el hecho que ningún alimento podrá satisfacer jamás la pulsión oral, sino bordeando el objeto eternamente faltante” (Lacan, 1964, p. 183).

Por lo tanto, anorexia y bulimia no son distorsiones del apetito sino más bien un modo de recuperar el vacío de la Cosa, el vacío imposible de comer. La anoréxica encarnando tal vacío en el propio ser, la bulímica

persiguiéndolo en el todo, allí donde la consistencia imaginaria de la sustancia-comida devela la inconsistencia de un lleno que, a través del vómito, se ofrece como carente de sustancia. Entonces, el sujeto se ordena alrededor de un vacío, la falta-en-ser como soporte del deseo.

Freud diferenció la dimensión de la necesidad de aquella del deseo. Si la necesidad indica la dimensión fisiológica-biológica de la urgencia, un estado de necesidad que empuja a la propia resolución (como el hambre impulsa a comer), el deseo existe más allá de la necesidad porque no está dirigido hacia los objetos (como el hambre está dirigido hacia la comida), sino hacia un sujeto cuyo primer modelo, perdido desde siempre, está constituido por el Otro materno y en particular por el objeto de la pulsión oral (el seno). Para que la necesidad sea satisfecha, es necesario que el niño la haga pasar por el desfiladero de la demanda. Solo a través de la demanda, la necesidad puede ser dirigida al Otro y de ese modo satisfacerse. Lacan dirá que la demanda es la dimensión de la necesidad subordinada al significante, y precisa la pulsión oral como “demanda dirigida al Otro”. Si el Otro no interpreta, por ejemplo, el grito que se le ha dirigido, no se constituye la función dialéctica de la intersubjetividad. Sólo la acción interpretativa del Otro convierte el grito en demanda.

Lacan dijo que “no se come nunca solo”. Eso significa que el ser hablante puede comer solo si se encuentra inscripto en el campo del Otro del lenguaje.

Como seres humanos se come siempre en la mesa del Otro, donde el comer no es simplemente aplacar el hambre sino que es además y sobre todo la asunción de las reglas de la convivencia, del estar juntos, del gusto, de la tradición familiar y cultural. En una palabra, del lenguaje (Recalcati, 2005, p. 51).

A partir de esto, se evidencia el comportamiento fuertemente ambivalente de la anorexia-bulimia respecto de la mesa del Otro, la mayoría tienden a romper la regla general de la convivencia. Rehúsan comer, comen a solas o hacen estragos en el código simbólico del estar juntos, devorando cantidades desproporcionadas de comida, sin criterio, fuera de horario. De este modo, apuntan a contradecir la ley de la alienación significante: se niegan a la mesa del Otro. Sin embargo, el autor plantea que es siempre al Otro al que la anoréxica-bulímica quiere ver comer: que el Otro coma es para ella una garantía, antes que nada la garantía de poder sustraerse de la mesa del Otro. En segundo lugar la garantía sobre su culpa (el Otro también goza) y el hecho de que no será devorada por el Otro, por lo menos mientras el Otro coma.

Por otro lado, el sujeto no es un conjunto de necesidades primordiales sino que es fundamentalmente deseo de ser deseado. Es, como escribe Lacan, “deseo del Otro”, donde deseo del Otro indica deseo no de alguna cosa, sino deseo de deseo, deseo de ser lo que puede faltarle al Otro, lo que puede cavar una falta en el Otro. Si las necesidades naturales están obligadas a pasar por la vía estrecha de la demanda dirigida al Otro, la

dimensión del deseo se excava, como escribe Lacan, “más aquí y más allá de la demanda”. Más aquí porque toca el plano de la falta-en-ser que habita al sujeto en cuanto “parletre”, en cuanto subordinado al campo del lenguaje. Y es más allá porque no existe satisfacción de la demanda que pueda satisfacer plenamente al deseo, porque cada satisfacción de la demanda deja un resto que no puede satisfacerse. Este resto es el origen del deseo. El deseo excede cualquier demanda, porque nunca es deseo de alguna cosa, sino deseo de otra cosa, es indestructible.

Desde este punto de vista y según lo que sostiene Recalcati, el sujeto anoréxico tuvo un Otro materno pronto a responder con rapidez a sus necesidades, que se ocupó de asistirlo pero omitió de ceder junto a la comida el propio deseo, el propio amor. El autor dice que sentirse “nada”, “sin identidad”, como frecuentemente lamenta la anoréxica-bulímica, es la expresión de la ausencia de la acción particularizante del deseo del Otro sobre el sujeto. El Otro materno respondió a la demanda de amor ofreciendo cosas, alimento, respondió desde el registro del tener. Dio aquello que tenía, pero la anoréxica apunta al deseo del Otro, aquello que el Otro no tiene, el signo de su falta. El Otro de la anoréxica puede haber también dado, como explican Lacan, el amor, pero lo dio con la misma lógica que dio la comida. Lo dio como se da eso que se tiene y no como el resultado de la propia falta.

En este sentido, la anoréxica prueba colocarse radicalmente del lado del deseo. Ella desea nada, quiere comer la nada, precisa Lacan. Quiere verdaderamente exhibir la diferencia ontológica entre el ser y

el tener. Exigiendo la nada descubre la raíz última del deseo. Porque nada, ningún objeto, ninguna cosa, podrá jamás saturar la medida del deseo (Recalcati, 2005, p. 55).

Según el autor, la anorexia-bulimia está signada por una pertenencia/exclusión recíproca que la constituye como un único discurso. Un discurso único (por eso Recalcati privilegia el uso de la expresión anorexia-bulimia) del que es posible distinguir dos declinaciones: la anoréxica y la bulímica. Una presenta el dominio del Ideal, la otra, la del sujeto bajo el impulso imperativo de goce. El “sí” en la bulimia y el “no” en la anorexia, son modos en los que el sujeto se enfrenta, más que con el objeto, con el Otro. La anoréxica introduce un principio de separación con el Otro; la bulímica parece en cambio abandonar el sujeto al Otro, a la voluntad del Otro, es una inmovilización del Otro materno que no le permite encontrar su propio lugar. Es decir, una resistencia a este corte, reafirmando el vínculo con el Otro materno como fundamental.

En referencia a Lacan, Recalcati dice que se pueden extraer valiosas indicaciones de su enseñanza, y que realiza dos definiciones sobre la anorexia. En la primera, indica en la anorexia una posición del sujeto caracterizada de una nostalgia incolmable por el Otro materno que roza la atracción oscura hacia el abismo de la muerte. La posición anoréxica remite a una suerte de fijación del complejo de destete, el cual se constituye sobre la forma primordial de la Imago materna. Se trata del complejo más elemental, más arcaico, materno, que se encuentra en la base de todos los

otros complejos, a través del cual se desanuda la constitución subjetiva. El sujeto se halla implicado en una forma de “canibalismo funcional” que encuentra su punto de referencia más puro en el “deseo de la larva”. La escisión del sujeto provocada por la prematuración del ser humano, donde el destete constituye su repetición traumática, empuja regresivamente al sujeto mismo hacia una re-fusión con la totalidad perdida. Lacan identifica la orientación del sujeto anoréxico en el impulso a reencontrar la Imago materna, aunque al precio de su abandono a la muerte. La anorexia se ubicaría en la línea de esta búsqueda nostálgica de re-fusión con la Imago materna. Freudianamente, en la línea de la pulsión de muerte. Mientras que en la segunda definición, el acento está puesto en la instancia de separación que la anoréxica se encarga de sostener por el sujeto en relación al Otro. En este sentido, Lacan se orienta en otra dirección, la anorexia está situada sobre el lado del deseo del sujeto y no en la nostalgia de la Imago materna. Parece dar vuelta su tesis. Anorexia como separación de un todo que asfixia, que harta. La anorexia es esta sustracción del sujeto a la demanda del Otro, sustraer el sujeto de la “papilla asfixiante” del Otro significa introducir la dimensión de la falta a través de la distinción entre necesidad y deseo. Comer nada significa imponer al Otro, la diferencia entre necesidad y deseo. La nada funciona para el sujeto como objeto separador del Otro, que cava en el Otro el enigma del deseo.

### Conclusiones del capítulo III:

Para finalizar este capítulo, consideramos de importancia señalar que la alimentación es imprescindible para la estructuración del aparato psíquico y la subjetivación, ya que se trata de un hecho fundante de la entrada del sujeto al vínculo con el Otro. En el principio mismo de la vida, el infans inicia toda una serie de intercambios con su madre a partir del acto de alimentarse. El alimento es un intermediario entre el Otro (la madre) y el niño, y es el objeto en torno al cual se pone en juego la pulsión oral. Es decir, que el pecho materno se constituye como un objeto fundamental para el desarrollo de la subjetividad, ya que es un objeto privilegiado; no sólo alimenta, sino que además es el primer objeto de satisfacción. Por otro lado, podemos decir que desde lo cultural el alimento es una forma de establecer lazo social y un lugar fundamental de encuentro. Desde este punto de vista se puede entender el valor subjetivo que posee la alimentación para el ser humano.

Teniendo en cuenta lo antedicho y lo trabajado en este capítulo, podemos decir que en los trastornos de la alimentación, el vacío tiene un papel fundamental. Encontramos el vacío, como rechazo a la comida en la anorexia mediante la privación del objeto-comida, y como compulsión descontrolada en la bulimia, que implica un rechazo del alimento en un segundo momento, a través del vómito que sigue al atracón.

Se trata de una clínica de la falta, una falta que no puede ser saturada por ningún objeto, porque se trata de la falta inscripta desde siempre en el

sujeto, el vacío estructural de la falta-en-ser. En este sentido, el objeto (la comida, por ejemplo) que sirve para compensar la ausencia del signo, evoca continuamente la nostalgia por aquello que reemplaza. En la anorexia, se rechaza la comida hasta morir de hambre y ser puro hueso (“puro vacío”), y en la bulimia hay un ritmo y oscilación entre llenar y vaciar, una voracidad que conduce al goce del vacío. Por lo tanto, la anorexia-bulimia es en consecuencia una pasión por el vacío en el sentido que, aunque orientando al sujeto en direcciones opuestas (la elección anoréxica es el rechazo del objeto-comida, la bulímica es el impulso a su consumo ilimitado), apunta igualmente a alcanzar y conservar el vacío.

Otra cuestión que nos parece relevante y que caracteriza a estas patologías, es el modo de vínculo con el Otro, ya que el goce no se inserta en el intercambio con el Otro, sino que se trata de un goce siempre igual, idéntico, de la misma cosa, por lo tanto se trata de un rechazo fundamental al Otro. Lo que produce una dependencia del objeto, que como dijimos anteriormente, tiende a rechazar la dependencia estructural del sujeto respecto del Otro. Por lo tanto, en la anorexia, la bulimia y la obesidad está en juego una especial relación con el Otro, basada en el rechazo del Otro, ya que el goce contemporáneo se caracteriza por prescindir del Otro, por lo que estaríamos frente a una clínica de la época del Otro que no existe. La pulsión ya no va a recorrer el camino de la demanda para pasar por el Otro e ir en busca del objeto perdido, sino que recurre directamente al objeto-sustancia.

Podemos concluir que en los trastornos de la alimentación el consumo del objeto intenta compensar una ausencia, donde la experiencia del vacío ocupa un lugar central, por eso el goce se presenta en desconexión con el Otro.

A partir de lo expuesto en este capítulo y de lo trabajado en el anterior, nos surgen los siguientes interrogantes: ¿Qué lugar ocupa la sustancia-alimento en la subjetividad? ¿Es posible establecer una relación entre la adicción y los trastornos de la alimentación? ¿La comida puede ser el equivalente al tóxico?, los cuales intentaremos responder al final de nuestro trabajo de investigación.

## CAPÍTULO IV

### **LOS MECANISMOS PSÍQUICOS COMUNES ENTRE LAS ADICCIONES Y LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN**

A partir de lo trabajado en los capítulos anteriores, intentaremos responder al siguiente interrogante: ¿Existen mecanismos psíquicos comunes entre las adicciones y los trastornos de la alimentación?

Para indagar si están presentes en los trastornos del comer (anorexia, bulimia y obesidad) los mecanismos psíquicos propios de la conducta adictiva, nos basaremos en los trabajos de Rubén Zukerfeld, Massimo Recalcati y Héctor López.

Creemos conveniente rescatar los aportes de Rubén Zukerfeld, autor que ya ha investigado las relaciones que hay entre las adicciones y los trastornos alimenticios, con el fin de poder dar cuenta sobre las mismas.

El autor sostiene que el concepto de adicción va mucho más allá de la farmacodependencia, por eso prefiere hablar de “modelo adictivo”. Hace referencia a la presencia de conductas adictivas en la anorexia, en la bulimia y en la obesidad, y plantea que a estas conductas se les aplicaría el modelo adictivo para comprenderlas y tratarlas. En palabras del autor: “Se entiende por modelo adictivo una forma de comprender los fenómenos psicopatológicos, articulando el funcionamiento inferible del aparato psíquico con el observable de descarga en el objeto y su uso y abuso; este objeto no es específico pero si potencialmente intercambiable” (Zukerfeld, 1992, p. 11).

Zukerfeld utiliza este modelo adictivo para describir ciertas formas de conducta alimentaria cuyo paradigma son los fenómenos bulímicos. Caracteriza a la bulimia como una adicción inefable, que se caracteriza por atracones (consumo rápido de grandes cantidades de alimento en poco tiempo) seguido de purgas (ayuno, uso de laxantes, diuréticos, vómitos autoprovocados y otros procedimientos), constante temor a engordar y a no poder parar de comer. Es así que habla de momentos impulsivos, compulsivos y de abstinencia, al igual que sucede en el alcoholismo. Plantea que las conductas impulsivas constituyen generalmente una primera etapa, en la cual el paciente come y no le interesa dejar de hacerlo, los impulsos son irrefrenables y no existe ningún grado de lucha interna ni sensación de culpa. Suelen ser momentos de intensa búsqueda de placer y sedación de algún dolor o sensación de vacío interno. La urgencia, el descontrol, la irresistibilidad e insaciabilidad delimitan la conducta. No hay conciencia de enfermedad y poca conciencia de situación. Según el autor, esta conducta es muy parecida a la descrita en el período gamma del alcoholismo (pérdida de control). Las conductas compulsivas se producen generalmente en una segunda etapa, en la cual el paciente come pero le interesa dejar de hacerlo, aunque no pueda. Los impulsos son también irrefrenables pero hay mucha lucha interna y sensación de culpa. En esta etapa existe muy poco placer, se mantiene la sensación de vacío y dolor psíquico. El paciente cree ser “más fuerte que la comida” o “tener más voluntad” y fracasa reiteradamente. Hay conciencia de situación, pero poca de enfermedad. Esta

conducta se asemeja bastante a las del período delta del alcoholismo (incapacidad para abstenerse).

Por otro lado, Zukerfeld caracteriza a la obesidad como una adicción a la comida, lo que implica el estudio de conductas particulares independientemente de la personalidad previa o experiencia interna del obeso. Las denomina adictivas y las divide en impulsivas y compulsivas. Estas conductas en etapas, al igual que en la bulimia, también tienen similitud con las descritas para el alcoholismo. Además, el autor afirma que las conductas adictivas en la obesidad, expresan la existencia de un grado de conflicto y dependencia frente a la comida. Por lo tanto, las observaciones clínicas y las descripciones hechas por los propios pacientes permiten llamar “adictivas” a estas conductas.

Según lo postulado por Zukerfeld, la bulimia es una patología que aparece en continuidad con la obesidad y la anorexia nerviosa, generando una gama variable de conductas alimentarias. Pero afirma que lo que siempre hay es uso y abuso del objeto, y la esclavitud que éste genera. Se trata de un fenómeno que sucede encerrado entre el puro hábito y el vacío imposible de llenar. Por lo tanto, se trata de un hecho adictivo.

En sus trabajos, el autor investiga y encuentra que existen puntos comunes entre las adicciones y los trastornos del comer. Sostiene que lo importante es la conducta en común que comparten y que ha descrito como conducta adictiva. En primer lugar, dice que en la conducta bulímica, en tanto adictiva, pueden describirse mecanismos impulsivos y de negación característicos de los adictos. “Desde este punto de vista, el bulímico sería

considerado un abusador de sustancia, que podría ser el alimento, los laxantes, los diuréticos y a veces otras drogas o el alcohol” (Zukerfeld, 1992, p. 33). También afirma que hoy los mayores consumidores de derivados anfetamínicos son pacientes obesos, muchos de los cuales desarrollan dependencia de estos productos. Además, en la bulimia cuando se instalan los vómitos puede darse la peligrosa “adicción al vómito”, y en la anorexia restrictiva la “adicción al ayuno”, sentida como un gran triunfo sobre el impulso a comer.

En segundo lugar, sostiene que los hábitos sociales son productores o determinantes de los trastornos, y el ámbito social sostendría o perpetuaría la patología. Por lo que pueden describirse con igual criterio factores familiares que desencadenan, perpetúan o determinan la aparición de la sintomatología. En relación a esto, el autor plantea que hay en los trastornos del comer mecanismos de vinculación, valores y conductas familiares comunes a los que se dan en familias de adictos. Es decir, que el funcionamiento de algunas estructuras familiares se asemeja en los trastornos de la alimentación y en las adicciones, particularmente cuando pertenecen al mismo grupo de edad (adolescencia).

En tercer lugar y respecto al tratamiento, implica la utilización de recursos similares a los que se necesitan en el tratamiento de las adicciones. Zukerfeld también plantea, que al igual que en muchos adictos, la conducta “atracción-purga” se suele desencadenar a partir de vivencias corporales que al paciente le cuesta verbalizar. Otra relación que encuentra, es que los déficit en la autoestima, la tendencia a la perpetuación de los síntomas, las

fantasías, las adicciones tanáticas y la vinculación con la depresión, suelen ser bastante parecidos en trastornos alimenticios y adictos en general.

Por último, y respecto al valor que adquiere el alimento en los trastornos de la alimentación, el autor sostiene que es totalmente independiente de su sabor, textura y hasta forma de preparación. Es decir que el alimento se “usa” para fines que no son ni gustativos ni nutritivos. Además, muchos de estos pacientes practican sus consultas alimentarias de forma secreta y solitaria pero también pueden realizar proselitismo al igual que ciertos adictos.

A partir de las similitudes que aporta Rubén Zukerfeld entre las adicciones y las patologías de la alimentación, tomaremos para nuestro trabajo de investigación las conductas que observamos que se repiten e insisten en el discurso de los pacientes, con el fin de poder ilustrarlas posteriormente con viñetas clínicas. Por lo tanto, nos centraremos en el uso y abuso de un objeto, la sensación de vacío, la evitación del dolor, la relación del sujeto con el objeto, y el modo de vinculación con el Otro.

En primer lugar, y en cuanto al uso y abuso del objeto, como ya desarrollamos, Zukerfeld sostiene que en estas patologías el alimento se “usa” para fines que no tienen que ver con la nutrición ni con el placer, por ejemplo, el hecho de no poder parar de comer o las ingestas de grandes cantidades de comida en ausencia de hambre. Pero además del alimento, el abuso se da también con los productos, por ejemplo, con el uso de laxantes, diuréticos o enemas, que también generan dependencia. También hace referencia a la adicción al vómito, al ayuno, el ejercicio físico excesivo y el

uso de otros fármacos. Este fenómeno adictivo, que como sostiene el autor genera esclavitud de un objeto que no es específico pero si intercambiable, lo hallamos también en los aportes de otros autores.

Por su parte Héctor López, sostiene que en las adicciones hay uso compulsivo del objeto, pero afirma que el problema está en el sujeto y no en el objeto. Es decir, que el objeto-droga o sustancia no es lo adictivo, sino la relación que el sujeto establece con el objeto y el valor que toma en la economía del sujeto, su particularidad. En este sentido, para el Psicoanálisis el fenómeno de la “adicción” y la cuestión del consumo de sustancias tóxicas son dos problemáticas diferentes: ni la adicción es siempre a un químico tóxico, ni la ingesta tóxica implica necesariamente a la adicción. Por lo tanto, las adicciones no se explican por la sustancia u objeto al que se fija la satisfacción, sino por la operación inconsciente que las determina. Como ya lo desarrollamos, Freud también sostiene que la especificidad de los efectos de una sustancia, y hasta su propiedad adictiva, dependen de un factor subjetivo más que de su propiedad estrictamente química.

Siguiendo a López y en relación a lo anterior, la cualidad tóxica de las drogas, ya sea maligna o benigna, depende más del contexto discursivo en que la ingesta se produce que de la propiedad real del fármaco; y sus efectos, tan evidentemente particulares en cada sujeto, hablan más de una función psíquica subjetiva que de propiedades universales. Por lo tanto, si la adicción se explicara por lo real de la sustancia, sería suficiente con la desintoxicación y la deshabitación para alcanzar la cura, pudiendo justificarse los tratamientos coercitivos. El autor sostiene que el fracaso de

estas curas se debe a que, preocupadas por extirpar la droga del cuerpo, individual y social, dejan de lado la implicación del sujeto en la funcionalidad que le ha otorgado a la intoxicación. En este sentido, Freud habla de la insuficiencia de los métodos terapéuticos que se basan en quitar al enfermo el medio narcótico, sin preocuparse de la fuente de la que surge la necesidad imperativa del mismo.

En este sentido, consideramos a los trastornos de la alimentación (anorexia, bulimia y obesidad), al igual que a las toxicomanías, como posiciones subjetivas. Ya que, para que un objeto, cualquiera que sea, adquiera una propiedad “adictógena” se requiere de algo más que su cualidad química; requiere del desplazamiento significativo por el cual dicho objeto pasa a ocupar un lugar en el deseo “de otra cosa” del sujeto.

Por lo tanto, hallamos esta conducta tanto en la adicción a las drogas como en los trastornos del comer, donde el uso y abuso de un objeto tiene que ver con el modo de vinculación particular que tiene el sujeto con ese objeto, ya que a cada adicto la droga o el objeto-comida, le sirve de una forma particular. Se trata de la relación particular del sujeto con el objeto, la función y la lógica que el tóxico adquiere en la economía psíquica del sujeto. Es decir, que no se define a un sujeto por su adicción sino por su estructura inconsciente, donde la droga ocupa un lugar de “efecto” y no de causa. De esta manera, cuando nos referimos al uso y abuso de un objeto en los trastornos de la alimentación, queremos decir que el sujeto hace un uso muy particular del alimento, transformándolo en un objeto de goce. En el caso de

la anorexia “comer nada” y en el caso de la bulimia y la obesidad, “comer hasta reventar”.

En segundo lugar, y respecto al vacío imposible de llenar y a la evitación del dolor, como ya lo desarrollamos, Zukerfeld plantea que en los trastornos de la alimentación así como en los adictos, pueden observarse momentos de intensa búsqueda de sedación de un dolor y una sensación de vacío interno, que se intenta llenar. Esta conducta también la encontramos en los aportes de otros autores.

Rescatamos la primer idea fisiológica de la droga según Freud, quien sitúa a las drogas como modos de tratamiento del dolor. La cuestión de las sustancias químicas está presente desde la prehistoria del Psicoanálisis y reaparece constantemente en su obra, ubicada en la serie de las “soluciones” contra el malestar. Freud propone la cancelación del dolor mediante algún subterfugio o lenitivo, y coloca como el más poderoso “quitapenas” pero el más peligroso, al tóxico u objeto químico, como remedio contra “el dolor de existir”, o en otros términos, a la insatisfacción del deseo. De esta manera, para soportar la vida son imprescindibles los “quitapenas”, siendo la función de las sustancias tóxicas “evitar el dolor”. Esta pasión por evitar el dolor (caracterización negativa que hace Freud del consumo de tóxicos) como rechazo del sufrimiento antes que como logro de la satisfacción, significa que ubica a la intoxicación por drogas como una conducta que forma parte de la serie de los elementos que sirven de consolación al sujeto, pero el consuelo no es un pase al paraíso del goce,

sino, por el contrario el establecimiento de una defensa contra él. Es decir, que el tóxico opone una barrera que sirve de límite al “dolor de existir”.

Una de las ideas que Héctor López despliega en su libro para pensar las adicciones es esta idea de defensa, de cancelación tóxica del dolor, descubierta como una temprana intuición de Freud. Por lo tanto, postula a la cancelación del dolor como el mecanismo inconsciente de las adicciones. Sostiene que "dolor" y "cancelación química" son términos complementarios: el problema del adicto es el dolor y el mecanismo que emplea como defensa es la cancelación. Como postula el autor, el término “cancelación tóxica” parece indicar que no se trata de una solución con respecto a lo que causa el dolor, sino de una acción sobre el dolor como síntoma, cancelándolo, es decir, haciéndolo desaparecer por un tiempo determinado. Por lo tanto, puede definirse a la intoxicación como una defensa contra el goce (aumento de tensión del aparato) y un intento, a medias exitoso, de interponer una barrera química contra la invasión de la angustia a fin de mantener la tensión del aparato dentro de un nivel bajo evitando el displacer.

Si volvemos a las teorizaciones de Freud, recorrido que realizamos en el segundo capítulo de este trabajo, la droga sirve como una defensa que cancela una excitación traumática, permitiendo restablecer precariamente la función de la fantasía, ya que en el adicto hay una falla en la soldadura. En palabras de Héctor López (2001) “Si la adicción es un acto compulsivo que pretende ir derecho al encuentro del objeto evitando toda ligadura, lo que falla entonces es la soldadura entre el acto y la actividad intermedia de la

fantasía” (p. 28). Es decir, se trata de un cortocircuito, que evitando toda espera, rodeo, ligadura, pretende llegar al objeto.

Por lo tanto, si el sujeto recurre a la droga, es porque algo falla en la organización de la fantasía. Su función de consolación, de compensación, debe entenderse en relación con experiencias parciales de placer, que ante el fracaso de la fantasía, proporcionan una satisfacción que no es sustitutiva como la del síntoma, sino simplemente paliativa. Héctor López sostiene que la cancelación tóxica (o química) cumple además de una primera función cancelatoria (supresiva), una segunda que el autor llama de “restitución funcional”. Como defensa, cancela el dolor, pero como “suplemento” activa la fantasía en un intento de ligadura que traspone el goce pulsional a lo placentero del fantasma, al menos parcialmente.

Por otro lado, la “cancelación” como mecanismo específico de las adicciones, se da en el marco de una estructura mayor que la incluye. Se trata del complejo de castración donde el falo cumple una función central. Según López, la cancelación es el resultado de un “cortocircuito” en la vía de las satisfacciones del sujeto, donde hay que darle prioridad a la función del falo como aquello que es reprimido para desatenderse de la ausencia estructural del objeto sexual. Cancelar el dolor con la intoxicación, implica cancelar la realidad, es decir, la “realidad” irreductible de la castración. En la evitación de esta realidad, se trata de la huida ante el deseo del Otro. En este sentido, el adicto toma el “atajo de la cancelación tóxica”, porque no tolera la experiencia de la falta que implica el deseo, y la búsqueda de satisfacción por las vías metonímicas del discurso. Por lo tanto, en la

cancelación siempre se trata de un recurso para aliviar el dolor de la falta. Si la cancelación es como dice Freud “ante el dolor” hay que agregarle también que se trata del “dolor de existir”. Como el dolor proviene siempre del exterior, lo que está en juego entonces es la realidad. La cancelación opera sobre la realidad, que está atravesada siempre por el deseo del Otro, la castración.

En este sentido, López afirma que la pérdida original de la Cosa provoca que todo objeto de la elección sexual sea sustitutivo y deje un resto de insatisfacción. La droga viene a colmar el lugar vacío de ese resto y opera en lo inconsciente como una recuperación maníaca, necesariamente fallida de “la Cosa”. Por lo tanto, el mecanismo operante es renegatorio: reniega de la castración, aunque gira en torno a ella, para encontrarla nuevamente como falta.

En palabras del autor “Una falla en la tramitación de la salida de este pasaje, dejaría al sujeto encadenado a la repetición incesante del fracaso, en cuanto a lograr una identidad con el goce perdido: una de sus formas clínicas sería la compulsión a ingerir sustancias tóxicas” (p. 53). En este sentido, Lacan postula su conocida definición sobre la droga, como lo que permite romper el casamiento con la cosita de hacer pipí. Es decir, que el niño debe renunciar a casarse con la madre, para casarse con el falo (con un símbolo del objeto perdido). Una lectura posible de este casamiento, es como entrada del sujeto al campo regulado del goce fálico, como ventaja (plus) de su aceptación de la castración.

López se pregunta ¿qué sucede cuando el sujeto se niega a contraer este casamiento y exige la continuidad del “otro goce”? Su aflicción lo lleva a la búsqueda de diferentes formas de satisfacción narcisística, entre ellas la droga, como técnica para romper este compromiso o casamiento simbólico. Por lo tanto, la utilización de los tóxicos lleva a pensar que puede haber ruptura con el goce fálico, sin que haya forclusión del Nombre del Padre.

A partir de lo expuesto y en relación a la experiencia de vacío que se describen en las adicciones y en los trastornos de la alimentación, y que el sujeto intenta llenar con la droga o con la comida, tomamos también una de las hipótesis planteadas en su libro por Héctor López (2001): “No es la adicción a las drogas la que produce, ante su falta, la abstinencia, sino que es la abstinencia como falta estructural del sujeto, la que produce necesariamente un objeto adictivo como suplemento” (p. 35). Es decir, que la cultura misma acarrea esa marca de la represión del goce que es la insatisfacción, el malestar, el “dolor de existir”. El estado de abstinencia le es connatural al sujeto, y es así como se multiplican y se diversifican los objetos y discursos sociales que sirven de "consolación". El autor sostiene que esta connaturalidad se ve acentuada hoy por una ruptura de los lazos sociales. Por lo tanto, la "solución" a esta insatisfacción requiere necesariamente de algún tipo de adicción, por eso la abstinencia es un efecto de la estructura de todo sujeto que, desde su pasaje por la castración, vive en estado de abstinencia, no encontrando más que objetos transicionales para defenderse del dolor de la privación. López sostiene: primero la abstinencia, luego la droga.

Por lo tanto, además del comportamiento compulsivo que implica el uso y abuso de un objeto, encontramos también el vacío como experiencia central tanto en las adicciones como en los trastornos de la alimentación. Como la abstinencia tiene que ver con la vida misma, todos los objetos apuntan a calmar el dolor de una abstinencia que es anterior a cualquier adicción. En las toxicomanías, se recurre a la droga para intentar llenar esa sensación de vacío y evitar el dolor. En los trastornos del comer se recurre a la comida para colmar el vacío imposible de llenar y como modo de defenderse del malestar, a través de la conducta voraz e impulsiva que caracterizan a la bulimia y obesidad, por ejemplo.

Por último y respecto al modo de vinculación con el Otro, retomamos lo desarrollado en el capítulo anterior. Como sostiene Silvia Amigo, la alimentación es un hecho que va más allá de la nutrición, ya que está ligado al nacimiento de las relaciones del sujeto con el Otro. En este sentido, Recalcati postula que en los trastornos de la alimentación se trata de una clínica del Otro del no-amor. Una clínica del vacío, que trata de llenar la falta dejada por la pérdida del objeto inscripta desde siempre en el sujeto. Pero el autor sostiene que nada, ni siquiera el objeto-comida puede saturar la falta que habita al sujeto. En el fondo del objeto-comida está el vacío, aquel estructural de la falta-en-ser, incolmable, que nunca se puede llenar, que no puede ser saturado por ningún objeto; justamente porque es la falta-en-ser del sujeto y no del objeto. Por lo tanto, en estas patologías se trata de modos de recuperar el vacío de la Cosa, imposible de comer.

En relación a lo anterior, el autor sostiene que la devoración en la bulimia y en la obesidad es una compensación, donde el objeto-comida permite compensar al sujeto aquello que no ha tenido, el don del amor, el signo de la falta del Otro, convirtiendo al objeto en un subrogado del signo de amor. Esta estrategia de la compensación de la ausencia del signo a través del consumo del objeto se declina de distintos modos en la anorexia, en la bulimia y en la obesidad.

En la bulimia, en la obesidad –y, más en general, en las dependencias patológicas- donde falta el signo, el sujeto consume el objeto. En la anorexia, al faltar el signo, el sujeto rechaza el objeto porque no recibe el signo del Otro. Por tanto, en sentido estricto, la anorexia no es una compensación, sino más bien el rechazo obstinado de toda forma de compensación, en ella domina el reclamo absoluto del signo. Por el contrario, la bulimia, la obesidad –y las dependencias patológicas- realizan una forma de compensación de la ausencia del signo a través del poder de la sustancia (Recalcati, 2005, p. 283).

Por lo tanto, estaríamos frente a una “Clínica del vacío”, como la denomina el autor, en lugar de una clínica de la falta. Ya que en las nuevas formas de presentación del síntoma (las toxicomanías y los trastornos del comer en este caso) hay una desconexión, una ruptura entre el sujeto y el Otro. Es decir, que el sujeto se rehúsa a todo lo que viene del Otro. En el

caso de la anorexia, es un rechazo al alimento, que no entra en una dialéctica de demanda sino que refleja una ruptura del lazo social, del vínculo con los otros. En el caso de la bulimia, exhibe un rechazo (a través del vómito) a retener cualquier cosa y así, a separarse del Otro.

Además, puede observarse actualmente en la clínica, que en lugar de encontrar un síntoma que le haga pregunta al sujeto, nos enfrentamos a un sujeto con una sensación de vacío que llega diciendo, por ejemplo, "soy anoréxica", lo que indica una fijación de goce que identifica al sujeto y que hace difícil que aparezca el inconsciente. Se trata de manifestaciones que no incluyen un intercambio con el Otro, que encierran al sujeto en un goce Uno, cerrado en sí mismo, al igual que sucede en las toxicomanías. Nos dice Recalcati que es una clínica de "falsas identidades", que instituyen al sujeto no por su deseo sino por su goce, y los sujetos mismos se segregan de los demás por esa forma de denominación. Por lo tanto, son formas de rechazo y de intento de separación sin alienación, es decir, sin pasar por el circuito del deseo del Otro.

A partir de lo expuesto en este capítulo, y de las relaciones que encontramos con las toxicomanías, podríamos caracterizar a la clínica de la anorexia, la bulimia y la obesidad como una clínica del "rechazo del Otro". Donde el uso y abuso de la sustancia opera como una "solución" frente al dolor. A nivel de la relación con el Otro, se trata de sujetos que están pegados a su objeto de goce y que no pueden hacer ninguna experiencia de la falta, separarse del Otro, desear. Frente al intento de taponar la falta con un objeto, encontramos un vacío imposible de ser llenado, lo que produce

relaciones de dependencia, por ejemplo: con el alimento como sucede en la obesidad. Por lo tanto, hallaríamos en los trastornos de la alimentación la conducta adictiva que está presente en las toxicomanías. El mecanismo específico que estaría en juego es la cancelación, cuya función es defensiva, evitar el “dolor de existir”. Es decir, la cancelación del dolor como modo de respuesta a esta imposibilidad de tramitación psíquica.

Intentaremos ilustrar nuestra hipótesis sobre la conducta adictiva en los trastornos de la alimentación: el uso y abuso de un objeto, la relación del sujeto con el objeto, su función defensiva: evitar el dolor, la sensación de vacío, y la modalidad vincular del sujeto con el Otro; en las siguientes viñetas clínicas recolectadas de las prácticas realizadas por alumnos de la cátedra de Psicología Clínica en la Institución TINO (Tratamientos Interdisciplinarios en Nutrición y Obesidad). Para la selección de las viñetas y la realización de este trabajo, nos guiamos a partir de los relatos que escuchamos cuando participamos en un dispositivo grupal de obesos de dicha institución, donde pudimos registrar que aquello que más insiste en el discurso de los pacientes es el uso y abuso que hacen del objeto-comida, el vínculo que tienen con el objeto, su modo particular de relacionarse con el Otro, y la necesidad de llenar el vacío como defensa ante el dolor, a través de la ingesta compulsiva de comida: "es como una adicción", "me falta algo, me queda un hueco", "no sé qué me pasa y como".

A partir de los dispositivos en los que participamos en calidad de observadoras no participantes y las viñetas clínicas seleccionadas, podemos hipotetizar que la comida suele ser el recurso utilizado por algunos sujetos

ante las diversas situaciones o estados de ánimo. Algunos sienten un impulso irrefrenable a comer sin poder asociarlo a nada en particular, y otros suelen relacionarlo con determinadas situaciones.

Tanto en las entrevistas de admisión como en los dispositivos grupales que presenciamos, observamos que los pacientes se sienten identificados con ciertas problemáticas: los conflictos familiares, el descuido de sí mismos, la falta de tiempo, la dificultad para bajar de peso, la desorganización para llevar a cabo un tratamiento, entre otros. Al mismo tiempo, la comida aparece como el medio que les permite sobrellevar estos problemas.

Estos pacientes no eligen comer, sino que se les impone hacerlo como una necesidad de descarga de una tensión que no pueden controlar. En los grupos pudo registrarse como la comida es para los pacientes un intento, entre otras cosas, de tapar la ansiedad. También coincidieron al plantear que ellos podían seguir comiendo aún en la peor de las situaciones y que sentían que “el estómago no tiene nada que ver”. Se escucharon frases como: “comemos todo el día”, “me la paso comiendo, nunca tengo hambre”, “no sé qué significa eso”.

Por otro lado, tienen dificultad para expresar los estados afectivos en palabras, así como discriminar sensaciones corporales de afectos. Al mismo tiempo, manifiestan una escasa capacidad de simbolización. Sienten, pero al no poder expresar esas vivencias en palabras lo hacen con mucha frecuencia de una manera somática. Por ejemplo, la sensación de ahogo

que manifestaba una de las pacientes, se puede entender como una imposibilidad de poner en palabras su mundo subjetivo y sus afectos.

También es interesante señalar cómo está relacionado en el relato de los pacientes el problema de la obesidad y su comienzo, con algún hecho traumático en el que la mayoría de las veces existe un tercero a quien deben dedicarse, postergando su propio cuidado psíquico y físico. Los integrantes del dispositivo grupal que presenciamos hablaban de sus familias como lo máspreciado, prioritario en sus vidas, dejando de lado sus propios intereses, así como el cuidado de sí mismos. Se trata de personas que ponen mucha energía en el exterior (trabajo y familia), resignando su imagen y cuidado corporal.

Los sujetos también hacen referencia a la necesidad imperiosa de hacer todo, a la imposibilidad de delegar alguna responsabilidad, sentirse “irreemplazables”, por lo que terminan cansados y comiendo. Podríamos pensar que esta sobreexigencia proviene de la sumisión ante la demanda del Otro. Parecería que estos pacientes no cuentan con fantasías que permitan cuestionar la demanda de sus seres queridos, o poner en duda alguno de los mandatos que viven como ineludibles.

En relación a lo anterior, se podría hipotetizar que tienden a depositar el problema en el Otro, pareciera que es más fácil que la culpa de no poder adelgazar sea del Otro y no de ellos, lo que lleva a desligarse del problema. Sienten que no pueden ocuparse de ellos mismos, de la dieta, de seguir el plan, de hacer actividad física, por tener que ocuparse de los demás, ya sea de sus hijos, de la casa, o de sus padres. Podría pensarse que el hecho de

tener a otras personas a cargo, hace que repercuta en el descuido del propio cuerpo.

En este sentido, los pacientes muestran el perfil de personas “sobreadaptadas” a las exigencias de su entorno. Ante los demás, asumen una actitud y una posición de entrega, de sacrificio, de servicio al Otro. Esto aparece claramente en sus relatos, cuando hablan de su trabajo y del cuidado de su familia. Además, no suelen dedicar tiempo a actividades que los gratifiquen o los distiendan. Como puede observarse en una de las viñetas clínicas, donde la paciente no sólo no disfruta de su actividad laboral sino que la padece, y tiene escasa vida social fuera de su trabajo.

Por lo tanto, hay en estos pacientes una incapacidad para el disfrute, para el placer, ya que para ellos la comida tampoco resulta algo placentero, sino que aparece como una forma de defenderse, de evitar el malestar y como un intento de tapar el vacío del cual se evaden a través del comer.

En este sentido, el alimento es utilizado como un calmante en momentos de ansiedad, ya que los pacientes manifiestan que en esas situaciones no disfrutan ni degustan la comida, sino que se trata de un deglutir compulsivo al que posteriormente sobreviene la culpa. La ansiedad y frustración que sienten provienen principalmente de conflictos relacionados con el entorno familiar y social. Por ejemplo, en el caso de la paciente que se ha abandonado a sí misma por un esmerado cuidado hacia su madre. A partir de su fallecimiento dice sentirse vacía, desplazando esa frustración en el acto de comer. Ubica la comida en esos momentos de desgano y ansiedad, utilizando el alimento como descarga, para llenar el vacío.

Algo que también caracteriza a la mayoría de los sujetos es la importancia que le dan al tiempo libre, algunos no lo tienen y se sobreexigen, y otros tienen demasiado pero no hacen nada, esto es lo que refleja en lo cotidiano el no soportar la falta. Por lo tanto, en ambos casos, ante el vacío y la ansiedad recurren al objeto-comida como modo de calmar el dolor o malestar.

Por último, todos concuerdan en las dificultades que encuentran en mantener un control con respecto a la comida, para seguir una dieta o tratamiento, remarcando la importancia de contar con otro que los pueda ayudar. En este sentido, podemos pensar que estos sujetos no buscan el deseo en el Otro, sino ser su objeto de preocupación, se convierten en objeto que causa angustia.

Para finalizar, y en relación a la investigación que nos propusimos realizar en esta tesis: “La conducta adictiva en los trastornos de la alimentación”, podríamos hallar en los trastornos del comer (en la obesidad, específicamente en este caso) algunos de los mecanismos psíquicos que están presentes en la adicción a las drogas.

En primer lugar, el “uso” del objeto, es decir que el objeto-comida se usa como defensa contra el dolor, para aliviar el malestar, siendo la comida un acto que tiene relación con una descarga. Como expusimos previamente, observamos en la mayoría de los pacientes que el alimento no es utilizado para saciar el hambre, sino que se come en exceso para calmar la ansiedad, como expresaba una paciente: “mi cuerpo me pide comida”.

En segundo lugar, el “abuso” del objeto (alimento) en los momentos de ansiedad que empujan hacia el atracón, para llenar y calmar la sensación de vacío. Aquí, el vacío aparece como una experiencia de inexistencia que se manifiesta como puro continente a llenar.

En tercer lugar, y en relación a lo anterior, se destaca la relación del sujeto con el objeto, donde la satisfacción hallada en ese “encuentro” hace que el sujeto prescindiera de cualquier relación posible con el Otro. Esta dependencia del sujeto con el alimento, la podemos observar en el discurso de los pacientes, por ejemplo: “no me puedo desenganchar de la comida”.

En cuarto lugar, la relación que el sujeto establece con el Otro, que también se puede observar tanto en las toxicomanías como en los trastornos de la alimentación. Se trata de una clínica del vacío articulada con la fórmula “rechazo al Otro”, por lo que estos padecimientos indicarían una nueva configuración del lazo social en la época contemporánea, en la que vacila o fracasa la relación del sujeto con el Otro, tema que podría ser desarrollado en otra investigación.

Por lo tanto, la sustancia (la comida) opera como una solución del sujeto ante lo insoportable. El sujeto obeso tiende a evitar el dolor a través del rechazo o desconexión del Otro, y con el consumo irrefrenable y constante del alimento. Este rechazo del Otro, es contradictorio si pensamos que los sujetos obesos se presentan como sujetos a menudo extremadamente disponibles y que están al servicio del Otro. Pero podemos hipotetizar que el Otro a quién responden, es el Otro de la demanda, mientras que el Otro que rechazan es el encuentro con el Otro del deseo. En

efecto, la comida tiene una función de compensación que vuelve soportable al sujeto obeso su posición de objeto de la demanda del Otro y su renunciamiento al propio deseo, como observamos que sucede en su vida cotidiana. En este sentido, podemos hipotetizar que lo que estos pacientes podrían estar buscando a través de su demanda de tratamiento, es al Otro de la Ley, el Otro simbólico que venga a ordenar, organizar, regular, y los inscriba en el lazo social.

## **CONCLUSIÓN FINAL:**

En el presente trabajo de investigación intentamos realizar una articulación entre la conducta adictiva y los trastornos de la alimentación.

A partir de asistir al seminario dictado por la Cátedra de Psicología Clínica: "Otras formas de presentación del síntoma" en el cual se abordaron los contenidos de "Adicciones/toxicomanías" y "Trastornos del comer: anorexia-bulimia-obesidad", nos surgió el siguiente interrogante: ¿Existen mecanismos psíquicos comunes entre las adicciones y los trastornos de la alimentación?, lo que nos motivó a realizar esta tesis.

Por otra parte, tuvimos la oportunidad de participar en varios dispositivos de la institución TINO (Tratamientos Interdisciplinarios en Nutrición y Obesidad) donde efectuamos un trabajo de observación y registro de las entrevistas y grupos que presenciamos, y también contamos con el acceso a casos sistematizados por estudiantes que realizaron allí su práctica.

Para comenzar a pensar las adicciones, realizamos un recorrido bibliográfico a partir de la recopilación de lo teorizado por diferentes autores en forma de fichaje bibliográfico, tomando como referente conceptual el marco teórico psicoanalítico.

En el primer capítulo, nos propusimos contextualizar a las toxicomanías y a los trastornos del comer como nuevas presentaciones del síntoma, orientándonos fundamentalmente a través de los aportes de Massimo Recalcati. Por lo tanto, los caracterizamos como patologías de

carácter epidémico. Su telón de fondo sería “la caída de los ideales” basados en el Nombre del Padre, que conducen a la puesta en primer plano del objeto de goce y la relación de dependencia.

En el segundo capítulo, trabajamos a partir de las conceptualizaciones sobre la adicción, tomando principalmente las teorizaciones de Freud y Lacan. Para esto, nos guiamos a través de las investigaciones de Héctor López sobre la temática.

En el tercer capítulo, definimos el concepto de trastornos de la alimentación también desde la doctrina psicoanalítica, considerando la importancia del alimento en la estructuración del psiquismo y en la constitución de la subjetividad.

En el cuarto capítulo y en base a nuestro interrogante inicial, nos dedicamos exclusivamente a indagar si existen mecanismos psíquicos comunes entre las adicciones y los trastornos del comer, tomando como eje los puntos comunes que Rubén Zukerfeld encuentra entre ambas patologías, y posteriormente realizamos una articulación conceptual con los otros autores.

Por último, realizamos una selección de casos clínicos pertinentes con el tema que investigamos, a partir de entrevistas y dispositivos que presenciamos y recolectamos de la institución TINO, con el fin de realizar una articulación teórica y práctica.

A partir del recorrido bibliográfico realizado en el transcurso de nuestra tesis, podemos concluir que en los trastornos de la alimentación podrían estar presentes los mecanismos psíquicos propios de la conducta

adictiva. En este sentido, nos parece imprescindible volver a señalar, que al referirnos a las adicciones desde una perspectiva psicoanalítica, no estamos frente a una estructura clínica particular, sino que se trataría de nuevas configuraciones del síntoma y del lazo social, donde el objeto-droga y el objeto-comida se caracterizan por ser objetos de goce separados del Otro.

En el marco de la presente investigación, nos propusimos responder algunos de los interrogantes que orientaron a la realización del trabajo: ¿Qué lugar ocupa la sustancia-alimento en la subjetividad del paciente?, ¿es posible establecer una relación entre la adicción y los trastornos de la alimentación?, ¿la comida puede ser el equivalente al tóxico?.

Respecto al primer interrogante, podemos decir que en los trastornos de la alimentación la experiencia del vacío ocupa un lugar central. En este sentido, la comida funciona como un objeto que intenta llenar un vacío, imposible de llenar. En la bulimia y en la obesidad, a partir del descontrol que los pacientes denominan “atracones”; en la anorexia a través de la adicción al vómito, al ayuno, o en la dependencia de sustancias y productos. Por lo tanto y respecto al lugar que ocupa la sustancia-alimento en la subjetividad de estos pacientes, se trata de un objeto de goce directo del cual hay “demasiado” en la bulimia y obesidad, o “demasiado poco” en la anorexia. Por un lado, la anoréxica con su rechazo radical a la comida apunta a alcanzar y conservar el vacío como un intento de separación del Otro. Por otro lado, la bulimia y la obesidad con su voracidad sin límites recurren al alimento como un intento de colmar el vacío. Pero ningún objeto

puede colmar jamás el vacío de ser del sujeto, porque se trata de la falta, del objeto perdido de la primera satisfacción.

En cuanto al segundo interrogante, concluimos que podrían existir mecanismos psíquicos comunes entre las adicciones y los trastornos de la alimentación: el uso y abuso de un objeto, la relación del sujeto con este objeto, su función defensiva: evitar el dolor, la sensación de vacío, y la modalidad particular del sujeto con el Otro. En este sentido, podemos decir que en los trastornos de la alimentación estaría presente la conducta adictiva que caracteriza a las toxicomanías. En primer lugar, al igual que la droga, el objeto-comida se “usa” como defensa contra el “dolor de existir”, para aliviar el malestar del sujeto, siendo la comida un acto que tiene relación con una descarga. También hay “abuso” de un objeto, como en la adicción a las drogas, ya que en la bulimia y la obesidad se consume sin poder parar, con el fin de llenar la sensación de vacío, es decir que cuanto más vacío existencial, más atracón. En el caso de la anorexia, el abuso se caracteriza por la adicción a los vómitos y la dependencia de laxantes u otros fármacos, lo que lleva al sujeto a confrontarse nuevamente al vacío. Por lo tanto, y al igual que sucede con la droga, la relación del sujeto con el objeto es de dependencia, como defensa contra el dolor, ya que se trata del consumo ilimitado de objeto, donde no hay vínculo con el Otro, por eso ambas patologías se presentan como una forma de “rechazo al Otro”.

Por último, y en cuanto al tercer interrogante, podemos ensayar la siguiente respuesta: es posible que en los trastornos de la conducta alimentaria el alimento abandone su función nutricional y placentera, para

transformarse en un elemento tóxico que genera dependencia, ya que esto se podría corroborar en los relatos de los pacientes y en lo teorizado por los autores. En este sentido, y como ya lo hemos desarrollado, estos pacientes no comen por hambre, ni el acto de comer resulta algo placentero, sino que son intentos de tapar o llenar el vacío.

Podemos concluir hipotetizando a la obesidad como un trastorno de la alimentación que podría implicar una conducta adictiva hacia la comida. Retomando lo planteado en capítulos previos, las adicciones no se explican por la sustancia u objeto al que se fija la satisfacción, sino por la operación inconsciente que las determina, es decir, que se trata del lugar y la función que un objeto tiene en la economía psíquica del sujeto. En este sentido, cualquier objeto puede cumplir una función adictiva. Específicamente en este trabajo, nos referimos al objeto-comida, que al igual que el tóxico, funciona como una barrera frente al dolor. Se trata, por lo tanto, de intentos siempre fallidos de cancelación del dolor.

## **ANEXO: VIÑETAS CLÍNICAS**

Institución: TINO

Finalidad: Centro de tratamientos interdisciplinarios en nutrición y obesidad.

Tipo: Privado

Personal:

1 Directora Lic. en Psicología y 1 Director médico

1 Equipo interdisciplinario. 2 nutricionistas, 2 profesora de educación física, 1 médica pediatra, 1 psiquiatra y 3 psicólogas.

Población atendida: pacientes de todas las edades

Descripción de las derivaciones y circuito institucional: Demanda espontánea

Tipo de dispositivo:

De admisión: Para la evaluación de los pacientes se realizan tres entrevistas semidirigidas, con el área médica, con el área de nutrición y por último con el área de psicología, que define el tratamiento según los indicadores que pueda relevar en la entrevista.

De tratamiento: Los pacientes participan de dispositivos grupales que funcionan como sostén en el tratamiento. Y también pueden acceder a terapias individuales.

El programa intensivo de adelgazamiento dura aproximadamente 3 meses y se lo denomina PIA. Los pacientes pueden participar de clases de educación física, como también de los talleres del ámbito nutricional. Luego de llegar al peso saludable, comienza el programa de mantenimiento.

María de 45 años, es casada, tiene dos hijos y actualmente está trabajando. Relata que decidió comenzar el tratamiento cuando llegó al punto de no poder respirar: “sentía que me ahogaba”.

Sostiene que se guarda todos sus problemas e intenta aparentar estar bien, pero por dentro dice que le ocurre lo contrario. Su madre falleció hace diez años y a partir de este hecho se descuidó completamente y aumentó considerablemente de peso: “Me miro al espejo y me odio, no puedo creer como me pude abandonar tanto”, “perdí las ganas de cuidarme, ya nada tenía sentido”.

Describe a su madre fallecida como una mujer muy autoritaria que en su juventud le decía cómo vestirse, como peinarse, entre otras cosas: “Era una mujer que le daba mucha importancia a la apariencia”.

Expresa comer ante la ansiedad, para llenar una sensación de vacío constante: “Todo es motivo para comer, si estoy feliz hago una rica comida para festejar, si estoy triste también como”.

Cuenta que no tiene mucho tiempo libre porque siempre están los otros primero y después ella. Además, desde que trabaja debe repartir su tiempo y no le alcanza, se exige mucho, quiere tener la casa ordenada, trabajar y cuidar a sus hijos. Duerme cinco horas por día, lo que no considera suficiente. Siente que siempre le quedan cosas por hacer y que no puede llegar a abarcarlo todo, eso le genera frustración y por eso, según ella, se descarga con la comida.

Alejandra, de cincuenta años, no presenta un sobrepeso apreciable a simple vista. Cuenta que se acercó a la institución porque cuando se vino a vivir a Mar del Plata, hace aproximadamente un año, subió unos “quilitos de más”.

Relaciona este aumento de peso con el hecho de haber comenzado a tomar una medicación psiquiátrica a causa de un estado depresivo, y además porque ha cambiado mucho de trabajo y de ciudad.

“Como sobre todo cuando me siento ansiosa, cuando siento un vacío lo lleno con la comida”, “no duermo bien, sólo seis horas y no descanso mucho, además no cuento con mucho tiempo libre, a causa de mi trabajo”.

Cora, tiene cuarenta y dos años, vive sola, no tiene pareja. Trabaja mucho, por la mañana es directora en una escuela y por la tarde da clases de matemáticas.

Ya había empezado a hacer el tratamiento tiempo atrás en TINO, lo sostuvo unos meses, había bajado bastante de peso, estaba muy conforme con los logros, le gustaba mucho participar de las actividades, pero tuvo que dejarlo por los horarios de trabajo. Comenta que su empleo es muy estresante y desgastante. Es una actividad que la absorbe por completo, le impide tener tiempo para sí y le produce mucho cansancio.

En la historia personal de la paciente, hay registro de varios momentos problemáticos relacionados con la ingesta y el peso corporal. A los dieciocho años padeció de anorexia nerviosa, ausencia de ingesta y el consecuente bajo peso corporal que requirió tratamiento interdisciplinario; a más edad empezó a padecer la obesidad, sobreingesta y el consecuente

aumento de peso corporal, donde también recurrió a un tratamiento interdisciplinario en TINO, al cual luego abandonó.

En relación a lo anterior, comenta que estuvo tres años en tratamiento psicológico, porque tenía una tía internada en el hospital con un brote psicótico y que la única manera de que su tía estuviera tranquila y no la ataran a la cama, era si ella se quedaba a su lado haciéndole compañía. Estuvo en esa situación casi un año y medio hasta que su tía falleció. A raíz de esto, empezó a padecer fuertes dolores de cabeza por lo cual el neurólogo la medicó y la derivó al psiquiatra, éste le hizo una evaluación y le dijo que no necesitaba ningún tipo de medicación y la derivó al psicólogo. “Cuando en la familia se tiene un caso así, uno no se da cuenta, pero el enfermo termina enfermando a los demás”. Luego empezaron sus problemas con el peso y el sobrepeso.

Expresa querer reiniciar el tratamiento porque se siente mal: “me siento pesada, sin energías, necesito un orden para mi alimentación porque vengo comiendo muy mal, como una sola vez al día y cualquier cosa, lo que tenga a mano, lo que pueda comprar por ahí”. Dice que en realidad no piensa en la comida, que no le importa y que sólo se daba cuenta de que no había comido nada porque empezaba a tener un dolor fuerte en la boca del estómago del hambre, entonces iba y comía algo, no importaba qué, comía.

Roxana, tiene veintiséis años y se presenta a la institución con la demanda de que la ayuden a bajar de peso: “porque sola no puedo”.

Comenta que llegó a pesar 120 kilos hace un año atrás, que hizo terapia psicológica durante seis meses, además de acudir a una nutricionista.

Cuenta que el año pasado estuvo muy deprimida, que prácticamente no salía de su casa, ni a la calle, excepto para ir a la facultad, donde se sentía “horrible” según sus palabras. “Me veo gorda todo el tiempo, me gustaría ser como mi hermana, que es delgada y femenina”.

Señala que ante cualquier situación frustrante canaliza todo en la comida: “Hace poco rendí mal un examen y cuando llegue a casa me refugié en la comida”. Respecto a la ingesta, dice que “picotea todo el día” y que come cantidades muy grandes. Expresa que “siente peso” por no estar recibida a los veintiséis años, ya que sus padres se lo reprochan.

Además, insiste en que pasa mucho tiempo sola y que eso hace que se deprima, ya que no tiene amigos. “Me siento muy sola y eso creo que se relaciona con mi aumento de peso”. Sostiene que tuvo varias frustraciones, tanto en lo que respecta a sus amistades, como en sus relaciones amorosas.

Sonia, de cuarenta y dos años de edad, relata que al momento de comer no disfruta la comida, y no hace pausas entre bocado y bocado, casi no mastica, se trata de actos compulsivos ya que ni siquiera se sienta para comer. “Mirame como estoy, no quiero verme más así”.

Cuenta que durante nueve años cuidó a su mamá que ya murió, y a raíz de esto empezó a descuidar su cuerpo. Para ella estaba primero cuidar a su madre porque era una persona mayor, “ahora que no está mi mamá, me siento vacía”.

Susana, de cuarenta y cinco años, quien presenta sobrepeso, expresa que come de más y que no puede controlar las cantidades. Se prepara la comida con gran esmero, pero queda insatisfecha con la cantidad y termina comiendo porción doble y picoteando después.

Comenta que se siente pesada y hasta con náuseas, “me descontrolo, no me puedo desenganchar de la comida”. También agrega que tiene problemas para cumplir con los horarios de alimentación, pasa muchas horas sin comer y después lo hace de forma por demás abundante, en exceso, como si ya no le importara nada y hasta sin culpa. Se muestra molesta consigo misma, no encuentra más motivos a esta conducta que su falta de tiempo. “No se trata de tener hambre, sino que tengo una sensación en la garganta, mi cuerpo me pide comida”.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

Amigo, S. (2012). *Clínica de los fracasos del fantasma*. Buenos Aires: Homo Sapiens

Donghi, A. (2007) *Innovaciones de la práctica II. Anorexias, bulimias y obesidad*. JCD Ediciones

Freud, S. (1984). *Sobre la cocaína*, Escritos sobre la cocaína. Barcelona: Anagrama.

Freud, S. (1898). *La sexualidad en la etiología de las neurosis*. Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1905) *Mis opiniones acerca del rol de la sexualidad en la etiología de las neurosis*. Biblioteca Nueva

Freud, S. (1908). *Fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad*. Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1930). *El malestar en la cultura*, Obras Completas. Madrid: Biblioteca Nueva.

Lacan, J. (1938). *La familia*. Buenos Aires: Homo Sapiens.

Lacan, J. (1959) *Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano*. Paidós.

Lacan, J. (1967) *Psicoanálisis y medicina*. Manantial.

Lacan, J. (1975) *Clausura de las jornadas de carteles de la escuela freudiana de París*.

Lacan, J. (1994). *Seminario IV: La relación de objeto (1956-1957)* capítulos XVIII, XIX y XX. Barcelona: Paidós.

López, H. (2003). *Las adicciones. Sus fundamentos clínicos*. Buenos Aires: Lazos.

Recalcati, M. (2003). *La clínica del vacío*. Madrid: Síntesis.

Recalcati, M. (2005) *La última cena: anorexia y bulimia*.

Zukerfeld, R. (1979). *Psicoterapia en la obesidad*. Buenos Aires: Letra viva.

Zukerfeld, R. (1992). *Acto bulímico, cuerpo y tercera tópica*. Buenos Aires: Paidós.

Zukerfeld, R. (2002, Agosto). Psicoterapia psicoanalítica y obesidad. *Revista Actualidad Psicológica*, 300.