

Las vicisitudes de una deambulaci3n adictiva (Ensayo metapsicol3gico)¹

Bernard Brusset

Desde el texto inaugural de Freud sobre la perturbaci3n psic3gena de la visi3n (1910), las teorías psicosomáticas parecen haber oscilado siempre entre dos modelos que, no sin ambigüedad, se encuentran a menudo mezclados: el de la “neurosis actual” y el de la conversi3n histérica.

En el primero, la somatizaci3n es una alternativa ante la angustia y se explica de la misma forma que ésta en la primera teoría freudiana: una transformaci3n cuantitativa a partir de un umbral, automático e irreversible de la “tensi3n físiica sexual” que no puede ligarse a representaciones para constituirse en sexualidad psíquica, en líbido propiamente dicha. La falencia de la mentalizaci3n explica la somatizaci3n: el determinismo es somatosomático por defecto de lo psíquico.

En el segundo, la representaci3n inconsciente se actualiza y realiza el goce, bajo la cobertura de la transposici3n en lo corporal, convertido en lugar de realizaci3n de la fantasía: el cuerpo expresivo es poseído por la fantasía a expensas del sujeto de la conciencia. El determinismo es psico-corporal.

Mientras que el primer modelo est3 basado en una explicaci3n inspirada en las ciencias naturales de fin del siglo pasado, y m3s precisamente en los principios de la termodinámica de transformaci3n de la energía en los sistemas cerrados (se le puede oponer,

¹ Publicado en la *Revue Française de Psychanalyse*, N° 3, Añ3o 1990. © Presses Universitaires de France 1993.

como hizo Freud con la angustia en 1926, un modelo que tome en cuenta las causalidades teleológica y generativa), el segundo modelo se inscribe en el orden de los fenómenos de los cuales se ocupa la metapsicología.

La preferencia acordada al segundo ha provocado la ampliación de la noción de conversión y se une a los postulados de Groddeck sobre el simbolismo, y en el mismo sentido, a los de un Médard Boss de lo somático que se supone transparente a los fenómenos de sentido.

Con su teoría de las “neurosis de órgano”, Alexander trató en vano de salir de ese dilema, al relacionar función del organismo y conflicto dinámico específico. De otra manera, P. Marty y su escuela, poniendo el acento sobre el punto de vista económico, relega todo su relieve y su espesor a las nociones freudianas de pulsión, apuntalamiento y derivación, que evitan el tradicional dualismo del cuerpo y el espíritu, y conducen a la idea de la integración jerárquica de los distintos niveles de funcionamiento, tanto del organismo como del aparato psíquico.

Desde Ch. Darwin, H. Spencer y H. Jackson, la percepción clínica de las relaciones de lo mental, del acto, del comportamiento y de lo somático, está a menudo basada, cuando menos implícitamente, en el modelo general de la integración: los automatismos arcaicos escapan al control de los niveles superiores de integración y determinan comportamientos elementales estereotipados, destinados a la repetición. En efecto, la organización jerárquica del sistema nervioso central, mejor comprendida luego de la teoría darwiniana de la evolución de las especies, ha servido de modelo tanto al automatismo psicológico de P. Janet, al órgano-dinamismo de H. Ey, como también, de cierta manera, al esquema freudiano de la fijación-regresión en la medida en que éste implica el modelo de los estadios del desarrollo libidinal. Las nociones de desorganización y de reorganización, de automatización y de programación de la función según P. Marty, relanzan esta perspectiva.

Se le reprocha a estas teorías apelar a explicaciones basadas en lo que falta, en referencia a la normalidad o la neurosis, más que en la especificidad de ciertos modos de organización psíquica, por ejemplo, cuando se definen ciertas formas psicopatológicas por la desorganización o la falta de mentalización. Pero sobre todo, dan un fundamento al postulado según el cual están asocia-

das necesariamente la gravedad de la patología, la antigüedad de la fijación, la prevalencia de la destructividad y la participación somática.

La teoría de la pulsión de muerte va en el mismo sentido, ya que el fundamento biológico que Freud le dio, contribuye a conectar lo más grave con lo más corporal, como si la actividad psíquica fuese tanto más arcaica cuando pone a funcionar el cuerpo. No habiendo sido este postulado confirmado por las psicosis, parece necesario distinguir, además del cuerpo fantasmático y expresivo de la histérica, el cuerpo en sus funciones tal como está constituido por los prototipos de las fantasías y las experiencias originarias de placer y displacer, el cuerpo como objeto, en sí y fuera de sí, lugar de proyecciones y de identificaciones proyectivas (la melancolía, la hipocondría), y lo somático como extrapsíquico, como el lugar de la somatización propiamente dicha.

Las falencias de la actividad psíquica no determinan la psicosis, que es una reconstrucción que testimonia los recursos de lo mental, sino que la somatización, así explicada, se conforma mediante el defecto de integración y de elaboración psíquicos. En un mínimo grado, el pasaje al acto, la impulsividad, encuentran lugar en el mismo gradiente del cuerpo a la mente.

La clínica muestra bien cómo los impulsos, las actuaciones, los comportamientos automáticos, son, a la vez, causa y consecuencia de una mentalización insuficiente. Así, las conductas adictivas son a menudo encaradas (como los automatismos de las “neurosis de comportamiento”, según P. Marty) bajo el ángulo de la pérdida de sentido, de la descalificación y de la falta de especificación de los productos de la actividad psíquica, es decir de los afectos y representaciones. Ellas constituirían además, la alteración de la fuente pulsional y la exclusión de lo psíquico de los elementos de base que subyacen a él, y que la teoría buscará explicar. Desde un punto de vista genético, invocamos así estados arcaicos más allá de la diferenciación del placer y el displacer, que son o no elaborados e integrados secundariamente en términos de objetos malos y buenos, o sea de relaciones de objeto diferenciadas, correlativas al sentimiento de identidad. Los primeros modos de inscripción mnésica, al no poder ser conocidos, son inferidos: se habla después de Freud de mociones pulsionales, pero también de afectos primarios, de proto-representaciones, de representaciones pictográficas ligadas al cuerpo libidinal y propias de lo

originario, o aún de elementos “beta” incognoscibles, definidos por su carácter impensable y su destino en la identificación proyectiva hasta que sean transformados por la función “alfa”.

Estos desarrollos recientes son tal vez más interesantes para la teoría de las actuaciones, los actos, los comportamientos, los impulsos y las adicciones, que para la patología psicósomática en el sentido estricto.

El abordaje de la doble perspectiva somato-psíquica y psicósomática es necesario para avanzar en la teorización de las toxicomanías, pero ésta se topa con el tema de los efectos farmacológicos específicos. De manera más general, la puesta en marcha conjunta de lo psíquico y el cuerpo da interés a la comparación entre diversas formas psicopatológicas: ella revela, o da cuenta de relaciones, a menudo aparentes desde la clínica inmediata.

El síndrome neuro-endócrino que entra en la definición de la anorexia mental, no pudiendo ser enteramente imputado al adelgazamiento ya que éste le precede en algunos casos, parece de hecho provenir de un determinismo psicósomático que tiende a devolver al funcionamiento hipofisiario anterior a la pubertad, por una suerte de regresión fisiológica. Además, cada vez más, parece que los diversos tipos de conductas adictivas que se le asocian constituyen, generalmente, un empobrecimiento de la vida afectiva y relacional que sugiere de antemano el modelo de cortocircuito de la economía intrapsíquica, de la actuación para evitar la mentalización, o del desfallecimiento de ésta (M. de M' Uzan, 1984). En la bulimia, por ejemplo, una conducta actuada y repetida, aparece como formación sustitutiva en la búsqueda enloquecida del placer y el goce, que no se pueden hallar por otras vías. Descrita por O. Fenichel en 1945 como “toxicomanía sin droga”, ésta entra en el cuadro de las adicciones.

El estudio de los cambios sintomáticos en el curso de las psicoterapias y análisis muestra, en algunas ocasiones, la estrecha dependencia de esos comportamientos frente al psiquismo, y en otras, su persistencia a pesar de las modificaciones del régimen psíquico, de los lugares que éstas ocupan y de las funciones que cumplen. Esta inercia es un argumento a favor de la existencia de desórdenes de las regulaciones del hambre, del apetito y de la saciedad, cuyo determinismo sería del mismo tipo que para el síndrome neuro-endócrino, lo que conduce a designar sitios cere-

brales (hipotalámicos) y sistemas opuestos de neuromediadores. El reciente descubrimiento del control de la sensibilidad a los estímulos y de la impulsividad mediante la serotonina, no alcanza a hacer de ésta un tratamiento de la bulimia, sino que hace resurgir estas preguntas.

Está claro que, en psicoanálisis lo biológico está excluido por definición y por principio del método, tal como lo psíquico está excluido de la biología. Las diferencias de métodos y de epistemología, no prueban las diferencias de la naturaleza del objeto de conocimiento de uno y otro método: igualmente podemos admitir que los mismos fenómenos pueden ser estudiados en varios niveles y que únicamente son accesibles al precio de una reducción, incluso una modificación producida por el método. El hecho que la biología moderna retenga de la física el cuidado de tomar en cuenta lo desconocido, lo aleatorio, los límites de lo observable y el rol de la observación en lo observado, pero también y sobre todo diferentes tipos de causalidad, nos acerca a ella, pero vuelve más sensible y pensable su diferencia fundamental con la epistemología del psicoanálisis.

LOS EFECTOS PSÍQUICOS DE LOS COMPORTAMIENTOS

Cualquiera que sea su determinismo, *los comportamientos producen efectos somáticos y psíquicos.*

Si la restricción alimentaria determina la secreción endopsíquica de productos opioides (las endorfinas), ¿no es la anorexia mental una especie de toxicomanía endógena? Y si lo mismo ocurre en los corredores profesionales al cabo de algunas decenas de kilómetros (los maratonistas), ¿no tendría la hiperactividad física de los anoréxicos el mismo objetivo? La clínica muestra el escaso peso de esos factores respecto a los factores psíquicos, pero es evidente que esos aspectos abren perspectivas interesantes que pueden contribuir al afinamiento de las teorías explícitas e implícitas que instruyen nuestras percepciones clínicas, y a la ilustración de un aspecto importante de las adicciones que quiero poner de relieve: *los comportamientos adictivos producen modificaciones somáticas que a su vez poseen efectos psíquicos*; las transacciones en espiral entre los diversos registros determinan formas particulares de exteriorización que transforman las modalidades del funcionamiento psíquico y buscan paliar

sus insuficiencias. Este es el punto de vista que quisiera defender.

SUPLIR UN YO INCAPAZ

Ciertas formas de adicción tienen una función supletoria de un yo parcialmente incapaz, y sustituyen los mecanismos de defensa y las fantasías, constituyendo generalmente un impasse condenado a la repetición y a la defusión pulsional en la lógica primitiva de la pulsión de muerte. Todo ocurre entonces, como si la conducta adictiva fuese a relevar la organización de la actividad psíquica, a costa de un desplazamiento en la realidad de sus elementos constitutivos. Particularmente, en la imposibilidad de elaborar los conflictos inevitables de la adolescencia, la conducta adictiva y sus efectos, tanto somáticos como corporales, ejercen una coacción, seleccionan, controlan, polarizan y limitan la actividad psíquica, dando una salida a sistemas pulsionales en busca de figuración.

De ahí la idea de una dimensión fundamentalmente adictiva en la anorexia mental (B. Brusset, 1984, 1988, 1990). Los efectos de los desórdenes del comportamiento alimentario no se limitan a la modificación del apetito, la saciedad, el hambre, la excitación psíquica de la “toxicomanía endógena”, o las alteraciones del carácter, sino que desvían el sistema de las investiduras y de la vida fantasmática de una manera que compromete el conjunto del funcionamiento psíquico. De ahí la sorprendente transformación del conjunto de la personalidad: el desconcertado entorno ya no reconoce al sujeto, que a menudo se encuentra, él mismo, aterrizado.

Esta coacción transformadora tiene diversos grados y modalidades. Pero una conducta, y también un estilo general de conductas, es típico de muchas anorexias mentales, tanto más manifiesta como que es inexistente en las toxicomanías: la hiperactividad. Aparentemente llena de entusiasmo, ella resulta de una coacción, o más bien de un conjunto de obligaciones que se le imponen al sujeto, pero éste la pone al servicio de sus necesidades de control (actividad, fuerza, dominio del cuerpo y de sí), y la racionaliza (para él mismo mediante el deseo de adelgazar; para los otros, mediante la invocación de las oportunidades del deporte o de la vida social). No faltan las justificaciones, y las significaciones se amontonan y se alternan en la sobredeterminación del proceso.

Sin embargo, la comparación en las anorexias mentales entre las diversas formas de hiperactividad y de su desaparición, por ejemplo con el paso a la bulimia, revela aspectos constantes, regularidades significativas que permiten la ubicación de las formas elementales de su determinismo, sus diversos niveles de organización, pero también las funciones que desempeña en una especie de neoregulación del funcionamiento psíquico.

LA HIPERACTIVIDAD FISICA ANOREXICA

La hiperactividad motriz podría contribuir a identificar lo que sucede en otros tipos de adicciones. Se la puede oponer a la actividad específicamente psíquica como, en la función hipnóptica, el sonambulismo, el bruxismo o la enuresis se oponen al soñar. En el lugar de la puesta en escena de las figuraciones del escenario onírico, sobreviene la activación de una acción que compromete a la motricidad en lo que, evidentemente, aparece como descarga.

¿Quiere esto decir que, en referencia a las teorías esquemáticamente descritas arriba, se puede dar cuenta de tal conducta refiriéndose a la vez al modelo de la neurosis actual y al de la conversión histérica? ¿O más precisamente al primero, en tanto que descarga de una especie de necesidad fisiológica, cuantitativamente aumentada por el defecto de mentalización de las energías de origen somático, especie de alternativa a la angustia y a la patología psicósomática; y al segundo, en cuanto modo particular de conversión, asimilable por ejemplo a las conversiones llamadas pregenitales?

El desligamiento, la ausencia de deflexión de la pulsión de muerte, sólo encontraría en su camino ese único recurso de una actividad elemental que compromete de un modo particular, a la vez el cuerpo y la mente, cuya disociación se vería así impedida. Ya sea que invoquemos la idea de desorganización y de reorganización, de desligamiento y re-ligamiento, no estamos lejos del modelo de la integración: a un cierto nivel, la imposibilidad de funcionamiento deja lugar a funcionamientos más simples, más automáticos, más involuntarios, a cuya liberación corresponden comportamientos más o menos regresivos, aquéllos de la filogénesis y la ontogénesis. Podríamos hacer una aproximación con las actividades motrices repetitivas de los *nervous habits*, y sobre

todo las ritmias corporales que la clínica del niño revela a menudo en relación con carencias afectivas, insuficiencias de investidura. De ahí el aforismo de M. Fain: “la motricidad está tanto más implicada en la patología cuanto más insuficiente es la investidura.”

Estamos seguros que de la concepción freudiana del ello, a menudo se ha retenido la idea de una regresión pulsional que borraría la representación, para dejar lugar a las mociones pulsionales consideradas cercanas a lo biológico y, en consecuencia, a la patología somática considerada como nivel inferior prepsíquico —o “psiquismo inferior” para Janet—. El cambio de registro no es solamente un salto, sino una derivación o una re-derivación, de manera que el gradiente del sinsentido al sentido, trascendería la diferencia de lo biológico y lo psíquico.

Por su parte, las falencias del psiquismo dejarían lugar a determinismos patógenos susceptibles de alterar las regulaciones de la función biológica: el grado más grave sería entonces el desorden psicósomático. Funciones tan directamente ligadas a la actividad psíquica y a la fantasía como la sexualidad genital y la alimentación, dejan entrever los efectos de un registro sobre el otro, pero muestran también, más de lo que antes se suponía, la relativa independencia de uno con respecto al otro.

La referencia a los estadios del desarrollo tiene el mérito de relacionar una actividad con una zona erógena y un modo de relación con el objeto prevalente, así como con otras actividades consideradas anteriores o posteriores. En varias ocasiones Freud, que había situado la motricidad como referencia opuesta a las aferencias sensitivas y sensoriales en el modelo del reflejo monosináptico, que originalmente inspiró al punto de vista tópico, luego relacionó la actividad muscular con la analidad, lo que va orientado en el sentido de los datos de la observación directa del desarrollo durante el segundo año de vida: con los progresos de la marcha y el lenguaje aparece el control de los esfínteres y el “no”.

Pero, ante todo, la integración y la superación de la analidad, preparan en ambos sexos la fase fálica y la organización genital infantil. La clínica del niño hiperquinético, hiperactivo o inestable, agitado, muestra el valor defensivo regresivo y sobre todo el defecto de mentalización que le está asociado; pero Freud vinculó la actividad motriz y muscular al sadismo, al que por otro lado considera como fruto de una primera forma de ligadura, de

libidinización del masoquismo primario, de deflexión de la pulsión de muerte (el sadomasoquismo como guardián de la vida). En relación al objeto, le acuerda un rol mayor en el desarrollo libidinal: “La organización sádico-anal se deja reconocer fácilmente como formación que prolonga la organización oral. Lo que la caracteriza, la violenta actividad muscular ejercida sobre el objeto, encuentra su lugar como acto preparatorio del devorar, que enseguida desaparece como objetivo sexual. El acto preparatorio deviene una meta autónoma” (Freud, 1918).

En muchos aspectos, la vivencia de la marcha se opone a la experiencia oro-alimentaria, en particular la de la anoréxica, de manera que la racionalización habitual de moverse para adelgazar y consumir las calorías que están de más, es más elocuente de lo que se podría pensar...

Esta preocupación obsesiva es ampliamente compartida: existe en el comercio un medidor de la actividad muscular evaluada directamente en calorías.

La hiperactividad se encuentra al servicio de los deseos de control y de la búsqueda del poder de la mente sobre el cuerpo, de la voluntad sobre lo involuntario, de la conciencia sobre el inconciente, del yo sobre el objeto, pero también de recurrir a la percepción del cuerpo para conjurar las angustias de la pérdida de identidad, de inexistencia o de vacío, o aún de pérdida de contacto con la realidad corporal. Desde este punto de vista, es una de las formas posibles de las conrainvestiduras, que en otros casos están centradas por el control hipocondríaco de sensaciones corporales angustiantes del cuerpo gordo y fornido, por la adquisición fetichista del saber o por la relación de objeto fetichista (E. Kestemberg, 1972).

La hiperactividad motriz es una toxicomanía sin droga de un género particular, que admite diversos modos de composición entre los cuales se encuentra de manera significativa la dimensión, no tanto compulsiva como adictiva, de la evitación del pensamiento, los afectos, los deseos y las relaciones con otros; necesidad imperativa de encontrar sin tardanza una satisfacción solitaria siempre insuficiente, apelando a la repetición e incrementando la dependencia.

¿Quiere esto decir que el comportamiento adopta una función psíquica importante a costa del clivaje y de las proyecciones? ¿O bien hay que encarar la idea de una conversión sobre el compor-

tamiento como existen conversiones sobre una función y, en la medida en que la fantasía inconsciente no es del orden genital, es entonces una “conversión pregenital”?

Estas construcciones teóricas están basadas, como hemos visto, en la prevalencia del espíritu sobre el cuerpo, en la idea de utilización del cuerpo expresivo como lugar de actualización de la fantasía, bajo el manto de la negatividad de un déficit de la función, o sea del predominio del espíritu sobre el cuerpo. En caso extremo, el cuerpo es transparente a los fenómenos de sentido, el simbolismo determina el desorden somático, como para Groddeck y a fortiori Médard Boss. Más moderadamente, el “conflicto dinámico específico” de la escuela de Chicago. Por el contrario, en la posición diametralmente opuesta defendida por P. Marty y sus colaboradores, el cuerpo toma el poder que le deja la mente desfalleciente: la somatización resulta de la insuficiente mentalización.

FUNCIONES DE LA ADICCION

El comportamiento adictivo permite el desplazamiento y la sustitución: además de su función de descarga, de evitación de la actividad psíquica conciente y de exclusión psíquica relativa, debemos admitir que puede haber función de estimulación, de neorregulación y de ligadura; nuevas ligaduras parecen ser posibles mediante el desligamiento que él tiende a instaurar.

El efecto de ruptura producido por la obnubilación de la conciencia, si no el estado hipnoide, revela el agotamiento, apunta a la extinción, pero encuentra en la experiencia el retorno de una fantasmática inconciente que, utilizando todos los medios en su poder, se inviste de una manera que tiende a restablecer la dimensión objetal y los conflictos que la caracterizan.

Así como el sueño permite el soñar y el encuadre analítico, la asociación de ideas durante la sesión, de igual manera la marcha forzada por el efecto de ruptura controlada, por el reaseguramiento narcisista y las satisfacciones autoeróticas desconectadas de las zonas erógenas ha permitido, en el caso que trataremos a continuación, la reducción de los clivajes y el levantamiento de las inhibiciones. Más importante aún, la constitución de compromisos en los grandes conflictos internos de la actividad y de la pasividad,

de la ambivalencia pulsional, y de la bisexualidad.

Esta joven de trece años, que parecía tener quince, me había sido enviada como una anorexia mental típica que databa de unos meses. La importancia del desasosiego y la existencia de un cuestionamiento de alto valor sobre sí, dejaba esperar de antemano el compromiso con el trabajo psicoanalítico. Una psicoterapia inmediata de dos sesiones por semana me permitió posponer la hospitalización prevista. Vivía sola con su madre desde el divorcio de sus padres cuando ella tenía seis años. Su padre, enfermo desde hacía varios años, había muerto tres años atrás en circunstancias enigmáticas para ella.

De entrada apareció, encubierta mediante comportamientos defensivos, una violenta rebelión contra su madre, que le había dicho que se había divorciado para defenderla de un padre peligroso para ella y que, según ella, la encerraba en una relación asfixiante. No soportaba su propio deseo de “pegarse” a su madre, de sentirse siempre ligada a ella por una especie de sustancia invisible, ni tampoco que ésta pudiese mostrarse débil y sumisa ante un tío “falócrata”.

En la lógica anoréxica, ella quería eliminar la grasa que la hacía parecida, si no idéntica, a las mujeres débiles, sometidas y blandas de la familia, y oponía a esto la dureza del músculo por la cual se identificaba con sus únicos compañeros, los varones que le permitían hasta entonces sentirse “varón entre los varones”.

Rápidamente, en la psicoterapia, ella inició el duelo no elaborado de su padre en un movimiento que, como ocurre en estos casos, la condujo a la rememoración, y por ende al análisis de la neurosis infantil. Persistían los conflictos intensos con su madre, la búsqueda anoréxica de una delgadez siempre insuficiente que sin embargo no provocaba un adelgazamiento inquietante, y un retroceso social que ella percibía como causa y efecto de su depresión, que no le impedía continuar, a un nivel inferior, una escolaridad hasta entonces brillante.

La marcha rápida en las calles ocupaba cada vez más su tiempo y su energía.

La hiperactividad motriz de la anorexia es bien conocida. E. y J. Kestemberg y S. Decobert describieron el funcionamiento descarnado de la motricidad y del pensamiento como un autoero-

tismo arcaico, que incluye al preobjeto, clivado en las zonas erógenas, basado en la negación de los objetos internos, y en relación de conjunción y de disyunción con la erotización del hambre y la búsqueda del “orgasmo del hambre”. Se podría hablar de la búsqueda del orgasmo de la marcha.

Según el grado de especificidad considerada, se invoca una descarga de manera bruta, elemental, primitiva (como la del niño antes del lenguaje), un medio de luchar contra los afectos y los pensamientos particularmente depresivos o depresiógenos y, sin duda, más cerca de las racionalizaciones, un medio de adelgazar, de consumir la energía que sobra, de rechazar todo descuido. También de exasperar a su madre con un ataque y una venganza que, como la anorexia, no se confiesa como tal, y castiga simultáneamente al sujeto que se entrega a ella. El encarnizamiento evocaba una lógica heroica masoquista y sacrificial. Caminar hasta el agotamiento y hasta hacer sangrar sus pies le daba la posibilidad de alimentarse, de descansar y de aceptar, en pequeñas dosis, los cuidados maternos, o de solicitarlos para poder rechazarlos mejor.

Pero ocurrió que esta conducta sintomática adquirió una importancia extraordinaria en la vida de Sonia, y cambió de status clínico a medida que evolucionaba su psicoterapia. Así, sus caminatas forzadas aparecieron sucesivamente como:

- Una necesidad irreprimible, una especie de necesidad vital, que ella se esforzaba por hacer compatible con la continuidad de su escolaridad. Aunque no aportase la satisfacción esperada, se repetía indefinidamente, sin importar las consecuencias. Su función antidepresiva, ansiolítica y de evitamiento del pensamiento se tornó rápidamente conciente.
- Un sistema de contraidentificación, por un lado con el padre enfermo y muerto (toda inmovilidad significando la muerte), por otro lado con las mujeres sometidas, blandas y sumisas de la familia.
- En una segunda instancia, un rito de conjuración, una compulsión obsesiva (mediante el deseo de hacer otra cosa, de escaparse, mediante el retorno de la conflictualidad). Una fobia de impulsión a hundirse un puñal en el vientre y la representación obsesionante de la caída mortal de la madre de una amiga de un tren, se presentaron al cabo de un año de psicoterapia, mientras las caminatas comenzaban a perder

importancia.

- Y finalmente, cubierto por la organización obsesiva, un síntoma de conversión: la astasia-abasia típicamente histérica con valor de contenido latente de la compulsión deambulatoria.

Este último implicaba la bisexualidad inintegrable vivida en términos de conflicto actividad/pasividad, en referencia al estadio fálico-edípico y a la angustia de castración. Hacer deporte con los varones, caminar para ser musculosa, estaba al servicio de la desmentida de la castración en el fetichismo del músculo, en una posición narcisista fálica siempre amenazada por la oferta alimentaria y regresiva que representaba directamente su madre en la realidad, en tanto que objeto de una transferencia profundamente regresiva, amalgamada con proyecciones persecutorias.

La modificación de su cuerpo por el adelgazamiento y la musculatura, llevaba al fracaso de aquello que ella percibía como el deseo de su madre hacia ella: volverla parecida, si no idéntica a ella misma, o engullirla. El adelgazamiento realizaba simultáneamente el doble deseo que ella expresó: “salir de mi madre” y “tener piernas de varón y brazos de chica”.

Al término de este análisis, la pregunta se planteaba retrospectivamente: ¿la hiperactividad motriz era del orden de la compulsión o de la adicción? ¿No aparecía el aspecto adictivo como un destino particular de una compulsión mediante la actuación, desplazamiento en la realidad o mediante la utilización de la prueba corporal como resolución, como salida a la contradicción dolorosa de la compulsión, como modo de expresión y de descarga de las fuerzas que ejercen la coacción?

Esta pregunta pone de relieve el hecho de que la conflictualidad intrapsíquica que revelan los síntomas neuróticos, sólo se aprecia secundariamente, y que, como dice J. McDougall, “el hallazgo adictivo es de naturaleza somato-psíquica” y “contiene círculos viciosos entre lo somático y lo psíquico”. Antes de intentar profundizar esta perspectiva, debo precisar que en el caso de Sonia se observaban varios aspectos que este autor reconoce igualmente como típicos de las adicciones: la persistencia del vínculo primario con un objeto no diferenciado, o mal diferenciado de sí, que traba la autonomía y deja persistir, además de la dependencia, una gran fragilidad debida a la ausencia de desarrollo de la actividad transicional, es decir del preconsciente.

La amenaza de pérdida de objeto y la desilusión de la adoles-

cencia, aquí acrecentada por el duelo no asumido por la muerte del padre, no dejan otra salida que la de la incorporación, a falta de introyección y de identificación, en la melancolía y en la negación omnipotente de las defensas maníacas. La adicción crea un objeto transitorio con una eficacia que tiende más o menos rápido a desdibujarse para dejar lugar a la destructividad. La pulsión de muerte, ubicable en el retroceso de investidura de la alexitimia, determina el masoquismo y a veces el riesgo de suicidio.

¿Cómo comprender la evolución favorable de esta adicción?

LA FUNCION INTEGRADORA PARADOJAL DE LA ADICCION

Con el andar, Sonia crea un objeto en relación con la transferencia: los pensamientos que se le cruzan entonces y que ella me referirá, o que luego anotará en su diario. El carácter muy discontinuo, muy transitorio de este objeto y su insuficiencia, determinará, a raíz de una interrupción de las sesiones, el pasaje durante un tiempo a la bulimia, en la cual se perciben las mismas características adictivas.

La deambulación adictiva había constituido un relevo en el pasaje de la anorexia a la bulimia, pero también un instrumento del proceso de rememoración y de análisis en función de la transferencia. Retrospectivamente, me parece que *ella constituyó, por el estado de conducta actuada conteniendo a la vez una dimensión somática, corporal y psíquica, un medio de articulación de registros clivados, disociados, no integrados* a la manera bastante típica de las primeras adolescencias difíciles, aquellas en las que las adicciones son tentativas de solución.

Si esta forma particular de adicción a las sensaciones que procura el andar forzado, ha podido jugar aquí un rol en la constitución de síntomas de tipo neurótico que han abierto el camino al análisis de conflictos intrapsíquicos, desde entonces reconocibles como tales, parece ser importante precisar por varias razones que:

- 1) La marcha forzada no sólo estaba conforme al ideal ascético y anoréxico, sino lista a ser realizada: caminar para adelgazar, estar delgada para ser perfecta, amo de sí como de los objetos. La búsqueda de poder como la descarga de las excitaciones y la búsqueda del agotamiento permitían el alivio de la obligación

anoréxica y bulímica.

- 2) Ella se encuentra al servicio del evitamiento de los afectos y los pensamientos inconciliables, de la psicofobia (J.-L. Donnet, 1982), y de la conrainvestidura de los deseos regresivos de cuidados maternos y de fusión con la madre, de las fantasías de agresión y de escena primitiva destructora en relación a la historia familiar.
- 3) Ella se basa, en la medida que la motricidad se lo permite, en la analidad, esta “placa giradora” entre la oralidad y la organización genital infantil. Por la denegación fálica de la castración, ella establece un modo de mantener, luego de la pubertad, la fantasía de bisexualidad del período de latencia: reducir las formas femeninas del cuerpo para sustituirlas por el músculo.
- 4) Está insertada en una realidad concreta: la percepción prevalece sobre la representación; la sobreinvestidura de la primera impide la segunda. La relación consigo mismo se transpone a una relación con el cuerpo, y la relación con el cuerpo a la relación del cuerpo con el espacio de las calles.
- 5) Ella es una exteriorización que permite establecer distancia, una defensa por o de la realidad con respecto a la fantasía y que solicita respuestas del entorno: la madre estaba exasperada, se sentía atacada, pero debía cuidar maternalmente los pies de su hija heridos y ensangrentados por la marcha forzada. La demanda regresiva vuelve por el lado de los beneficios secundarios.
- 6) La transposición de una relación entre instancias intrapsíquicas o sistemas de relación de objeto en la relación del sujeto con su cuerpo: ella hace actuar a su cuerpo, el cual por su acción, la constituye como sujeto. En otros términos, la actividad del cuerpo asegura simultáneamente el poder y la impotencia del sujeto que lo controla: por el automatismo deambulatorio, el sujeto se desvanece en una suerte de estado hipnótico, mientras que las mociones pulsionales que lo determinan se encuentran en cierta forma significadas. Los riesgos de despersonalización, de confusión de identidad, son así exorcizados por las sensaciones de un cuerpo recogido en la acción, y por las racionalizaciones, dirigido hacia una meta.
- 7) El establecimiento de un sistema autárquico que la protege de los otros, tiende a liberarla de la dependencia con la madre (Sonia se quejaba de estar asfixiada por ella, pero a menudo

dormía “pegada” a ella, y no imaginaba el hecho de ocultarle algo de su vida), y trata de volver compatibles el autoerotismo y el narcisismo por un placer del cuerpo entero desconectado de las zonas erógenas, que en defecto de un orgasmo de la marcha, permanece como de tipo preliminar.

En su totalidad, la deambulación adictiva integra y contiene subsistemas contradictorios, comprendidos los factores biológicos, insertándolos en una acción que está, a su vez, insertada en un proyecto concreto, adelgazar, asegurando así una posición del sujeto frente a objetos que lo amenazan. De esto resulta, en favor de la transferencia, del proceso analítico y de la rememoración elaborativa, una redistribución de las investiduras autoeróticas, narcisistas y objetales.

Pero también es un modo de conciliación de exigencias violentamente contradictorias integradas así de manera fusional, es decir no dialécticas. De ahí la repetición y el relevo por la bulimia, a pesar de los cambios en el régimen del funcionamiento psíquico y de la constitución de síntomas neuróticos.

Al término del comentario de este caso, podemos ahora volver a la metapsicología del actuar, a partir de esta forma elemental que es la marcha adictiva.

LA METAPSIKOLOGIA DEL ACTUAR

Existe en la actuación la dimensión de una evitación, de una evasión, pero también de una sustitución: desde el punto de vista dinámico, otra modalidad del funcionamiento psíquico activa otras defensas y otros goces; desde el punto de vista económico, otra salida que permite la descarga a menor precio de elaboración psíquica, de ahí la idea de corto circuito; la metáfora eléctrica, que deriva de la mecánica, da cuenta de la discontinuidad y del efecto de ruptura, incluso de derrumbe.

Pero desde el punto de vista tóxico, ¿qué ocurre con la representación psíquica inconsciente de las mociones pulsionales del ello? No es posible poner en el mismo plano –lo que Marty se abstuvo de hacer– la somatización y la reducción en el comportamiento, el automatismo de comportamiento, y las adicciones. En varias ocasiones Freud subrayó que la actividad muscular, prototipo de toda acción, permitía a la vez la descarga y el ligamiento de la pulsión de muerte al sadismo y masoquismo, su integración

libidinal.

¿Se puede considerar que el actuar sustituye a la fantasía consciente y en cierta medida preconsciente, pero no tiene una relación más o menos directa con las representaciones inconscientes, particularmente las representaciones de adicción?

Podemos admitir que, bajo ciertas formas cuando menos, el actuar (el *agieren* freudiano) sustituye al acto de representación en tanto que éste tiende a determinar la posición del sujeto, o sea a establecer una relación diferenciada sujeto-objeto, pero sin poder sustituir a la representación inconsciente propiamente dicha. Esta se encuentra cortada de las conexiones y composiciones que caracterizan los registros consciente y preconsciente, pero es más intensa y amenazante: ella puede constituir una especie de núcleo traumático que el comportamiento adictivo activa directamente, al tiempo que le busca una salida en la realidad. De esto podría resultar lo que aparece como la “neurosis actual”, que Freud consideraba como el grano de arena en el centro de la perla que constituye la organización psiconeurótica.

En las adicciones de la adolescencia, este punto de vista adquiere aún más pertinencia si tenemos en cuenta el aumento pulsional cuantitativo de origen somático, la alteración de la fuente pulsional o más bien la constitución de una forma de neorganización pulsional (cerca de lo que M. Fain y D. Braunschweig describieron, desde el punto de vista genético, como neonecesidades inducidas por la madre), que implican una fuente externa, pero también la participación de registros “primitivos” de la actividad psíquica, y de factores biológicos.

El apremio pulsional que de esto resulta deja al yo en la incapacidad de enfrentarlo, de manera que el aparato psíquico se encuentra confrontado con los límites de sus posibilidades. De ahí la puesta en práctica enloquecida de mecanismos de defensa de diversa naturaleza y relativamente diferente de un caso al otro, pero siempre caracterizados por su ineficacia. De ahí la somatización que constituye, en la anorexia mental, el síndrome neuro-endócrino. De ahí la exteriorización que utiliza los efectos psíquicos de los comportamientos y sensaciones corporales o, en diversos grados, las reacciones de los otros.

La falencia de la actividad representativa de puesta en escena elaborativa de las pulsiones, de las relaciones de objeto y de las identificaciones secundarias, y el núcleo de “neurosis actual”

como excitación somática sexual, dejarían un gran lugar a esos registros en los cuales la representación inconsciente encuentra posibles sus realizaciones.

CONCLUSION

Bajo el efecto de las teorías psicósomáticas, nuestra percepción de las relaciones del actuar y del pensamiento tiende a recaer en la simple oposición del comportamiento y de la actividad propiamente psíquica, de lo comportamental y lo mentalizado. Esta simple oposición se vuelve pertinente cuando se trata del comportamiento vacío, o de los automatismos del comportamiento que, como el pensamiento de tipo operatorio, suponen la depresión esencial, la insuficiencia o la discontinuidad de la mentalización. Los modelos teóricos provenientes de esta clínica precisa no podrían ser exportados y generalizados sin riesgo de simplificación y arbitrariedad.

En efecto, a menudo tenemos tendencia a enfocar sobre todo los efectos fisiopatológicos de las falencias de la mentalización, o de las regresiones que parecen acarrear en su movimiento, la abrasión de las adquisiciones más recientes del desarrollo: además de la sexualidad genital, sus determinantes fisiológicos, el retorno en la anorexia mental a un funcionamiento hipofisiario prepuberal.

Pero también es necesario considerar *los efectos propiamente psíquicos de los estados del propio cuerpo, de las sensaciones físicas, tal como están determinados tanto por factores psicósomáticos como por comportamientos.*

LA LARGA MARCHA DE SONIA

Así, para Sonia, caminar es moverse para no sentirse muerta, actuar no para evitar pensar sino para pensar de otra forma, para canalizar el pensamiento, instaurarlo en un ritmo y un encuadre, el de las sensaciones que implican al cuerpo en movimiento en un espacio y un tiempo dados, estrechamente definidos, anticipables, controlables: todo ocurre como si las categorías a priori kantianas de un pensamiento capaz de estabilidad, de anticipación y de reflexión, pero también de intuición y de percepción, debieran instaurarse o reinstaurarse rodeando los efectos devastadores

sobre ella del desconcierto, de la depresión, del dolor psíquico y de los afectos que tienden a siderar la actividad mental. No son solamente rieles para la actividad de pensar, que se distinguiría y preexistiría, al menos virtualmente, sino un pensamiento que parece generado por esta actividad. El sujeto es el agente de una acción que hace del cuerpo un instrumento avasallador y no un objeto con exigencias, reivindicaciones, límites. Es él quien está atado, incluso cuando vienen de él exigencias percibidas como alienantes, tanto en el plano fantasmático, en razón de las proyecciones que en él se realizan, como en razón de las mociones pulsionales, de las excitaciones sin especificar y de las modificaciones biológicamente determinadas de éstas, como sensaciones físicas: vértigo, impaciencia en las piernas, acatisia, modificación de la propiocepción, el tono muscular, etc. Estos últimos pueden ser cambiados con el adelgazamiento, las carencias vitamínicas, las modificaciones humorales o endócrinas de las sensaciones propioceptivas, como también por el surmenage muscular.

EL CUERPO EN LA MARCHA COMO INTEGRADOR

La emergencia del sujeto de la actividad de pensarse, supone la del agente de una acción motriz que le asigna al cuerpo un status que trasciende la cuestión de la diferencia entre lo físico y lo psíquico, el interior y el exterior, del sujeto y del objeto, tal como ella tiende a plantearse en sus contradicciones sin salida.

En muchos casos, la adicción constituye un sistema de exteriorización que desplaza las relaciones sujeto-objeto, subvierte las relaciones de la representación de cosas y de la representación de palabras, crea un corto circuito en los acondicionamientos defensivos y las contrainvestiduras organizativas del registro de funcionamiento neurótico, para dar lugar a acciones que transforman la actividad psíquica, provocando encadenamientos en cascada y de los procesos circulares automantenidos. Entre éstos ocurren secuencias más o menos complejas que tienden a regir las relaciones del cuerpo y del psiquismo, de lo fisiológico y lo psicopatológico, o cuando menos lo que se deja objetivar según esas dos perspectivas de funcionamiento, tanto más complejos y sutiles que nos es dado observarlos y nos es posible pensarlos.

Una conducta adictiva como la marcha de Sonia constituye, en relación con el proceso analítico, una especie de “fuente atractora”

que alimenta la elaboración psíquica, la reducción de clivajes y la integración. Esta le permitió, no sin caer un tiempo en la bulimia, salir de la catástrofe que revelaba la anorexia. El cuerpo en movimiento en el espacio social y anónimo de las calles, en ese ritmo y ese automatismo llevados a la desmesura, permitió la asociación y la disociación de ideas en función de una reactivación de las relaciones de la actividad rememorativa, representativa y del pensamiento, del desligamiento y la ligadura.

RESUMEN

El análisis de un caso de anorexia mental, en el cual la necesidad de caminar tenía un aspecto adictivo, demostró la complejidad de esta conducta sintomática aparentemente simple. Mediante la contracción de niveles de significación heterogéneos y contradictorios, actualizaba y exteriorizaba diferentes registros de la actividad psíquica, suplantando de esta manera en el curso del proceso analítico las debilidades del yo y del aparato psíquico. Este caso apoya algunas hipótesis metapsicológicas sobre las relaciones entre lo somático, lo corporal, el comportamiento y la actividad psíquica.

SUMMARY

The analysis of a case of anorexia nervosa in which the need to walk had addictive aspect shows the complexity of this apparently simple symptomatic behavior. By contracting different levels of meaning, both heterogeneous and contradictory, it actualized and exteriorized various registers of psychic functioning, thus compensating, in the course the analytic process, for the weaknesses of the ego and the mental apparatus. This case helps to illustrate some of the metapsychological hypotheses on the relationship between somatic corporal, behavioral and psychic activities.

RESUME

L'analyse d'un cas d'anorexie mentale dans lequel le besoin de

marcher avait une allure addictive a montré la complexité de cette conduite symptomatique apparemment simple. Par la contraction de niveaux de signification hétérogènes et contradictoires, elle actualisait et extériorisait différents registres de l'activité psychique, suppléant de ce fait, au cours du processus analytique, les défaillances du moi et de l'appareil psychique. Ce cas étaye hypothèses métapsychologiques sur les rapports entre le somatique, le corporel, le comtement et l'activité psychique.

BIBLIOGRAFIA

- ALEXANDER, F. (1952) *Psychosomatic Medecine*, trad. franç., *Médecine psychosomatique*, Paris, Payot, 1970.
- BRUSSET, B. Anorexie mentale et toxicomanie, in *L'anorexie mentale aujourd'hui*, sous la direction de M. Sapir, Grenoble, La Pensée sauvage, 1984.
- Addiction et rapport à l'objet, in *Entre dépendances et libertés, les toxicomanes*, sous la direction de P. et S. Angel, Greupp, 1988.
- La jouissance de l'anorexique, *RFP*, 1990, 1, LIV, 163-176.
- y COUVREUR, C. *La boulimie*, Paris, coll. "Monographie de la RFP", PUF (à paraître), 1990.
- DONNET, J.-L. Le psychophobe, *NRP*, 25, 1982, 199-214.
- FENICHEL, O. (1945) *Psychoanalytic theory of neuroses*, vol. II, trad. franç. (1954), *Théorie psychanalytique des névroses*, Paris, PUF, 1979.
- FREUD, S. (1910) Le trouble psychogène de la vision dans la conception psychanalytique, in *Néurose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1973.
- (1918) L'Histoire d'une néurose infantile, T XIII, p.105.
- KESTEMBERG, E. ET J. ET DECOBERT, S. *La faim et le corps*, Paris, PUF, 1972.
- MCDUGALL, J. *Théâtre du corps*, Paris, Gallimard, 1988.
- MARTY, P. *L'ordre psychosomatique*, Paris, Payot, 1980.
- M'UZAN (DE) M. Les esclaves de la quantité, in *Le Destin*, 30, NRP, 1984, 129-138.

Traducido por Marina Calabrese.

BERNARD BRUSSET

Descriptores: Adicciones. Adolescencia. Anorexia. Caso clínico. Enfermedades psicosomáticas. Hiperquinesia. Metapsicología.

Bernard Brusset
26, rue Friant
75014 Paris
France