

# **Trastornos alimentarios severos**

## **El proceso de enfermar**

**Dra. Cristina M. De Bagattini**

**Marzo2002**

## **A) PRIMERA ETAPA ( ANTES DE ENFERMAR)**

***¿QUE ADOLESCENTE ES CAPAZ DE DEVENIR ANORÉXICA O BULÍMICA?***

1. LA INFLUENCIA DE LO SOCIAL
2. LA ESTRUCTURA FAMILIAR
3. ESTRUCTURACIÓN PSIQUICA Y PSICOPATOLOGICA

## **B) SEGUNDA ETAPA (PERÍODO DE ESTADO)**

***¿CÓMO FUNCIONA LA MENTE DURANTE ESTA ETAPA?***

## **C) TERCERA ETAPA ( EVOLUCIÓN CON TRATAMIENTOS A LARGO PLAZO)**

***¿EXISTE UNA “RESTITUCIÓN INTEGRAL” EN ESTAS PACIENTES?***

## **A) PRIMERA ETAPA : ANTES DE ENFERMAR**

### **1 - LA INFLUENCIA DE LO SOCIAL**

***¿Cuál es la importancia de los factores culturales y sociales en el desencadenamiento de este Síndrome?***

***¿La sociedad tiene el poder de enfermar de Anorexia y/o Bulimia a jóvenes normales?***

Pensamos que la sociedad y la cultura tienen el poder, de hacer estallar, patologías tales como la Anorexia y la Bulimia, solo cuando existen fallas en la estructura del psiquismo de estas jóvenes, estructuras “frágiles”, fundamentalmente estructuras narcisistas. No podemos, sin embargo, dejar de lado los paradigmas sociales de cada época en relación a las patologías psíquicas. En esta época la cultura de la imagen, impone a estas jóvenes con trastornos alimentarios severos, y a todas las jóvenes, valores y conceptos sobre la estética que hacen difuminar lo normal y lo patológico, que cada vez deviene en fronteras más difusas. La investidura de poder que la belleza otorga a lo femenino es un hecho del orden de la realidad. A lo largo de la historia es la belleza

de la mujer la que ha estado moviéndose en círculos masculinos con un poder innegable.

Pero nuestras pacientes no hablan de belleza, ni de ese tipo de poder, sino de sentirse “limpias”, “prolijas”, cuando logran dominar el deseo de comer, cuando se purgan, cuando se ven estremadamente flacas.

Por lo tanto y teniendo en cuenta que este cuadro clínico fue descrito más de un siglo antes de que se impusiera un ideal de extrema delgadez, pensamos, que el factor social solo oficia como un poderoso caldo de cultivo. La dependencia al juicio y la mirada del otro que tienen estas jóvenes lo siembra. Pero en la etiopatogenia se entrelazan múltiples factores.

## **2- LA ESTRUCTURA FAMILIAR.**

*¿Cuál es la importancia de los factores familiares y de las características del vínculo con cada uno de sus padres, en el desencadenamiento de este Síndrome?*

Para muchos autores los padres han fracasado en desarrollar la autonomía, debido a intrusividad y exceso de control. También señala padres preocupados por el éxito y la apariencia externa, lo que se corresponde con una personalidad altamente exigente para con sus hijas.

Nosotros hemos comprobado que los vínculos en la familia contienen frecuentemente pactos y alianzas mortíferas que se ponen al descubierto con la enfermedad de la hija o, por el contrario, se presentan como una “familia ideal” donde se hace muy difícil manejar los secretos en la trama familiar. En dos de las pacientes el Padre tenía otra familia paralela, que permanecía “oculta” para la paciente.

Pensamos también que existen trastornos vinculares precoces entre la madre y la hija que padecerá una patología alimentaria severa. En una investigación realizada por nosotros en Clínica Uno, tomamos como datos a consignar para inferir estos conflictos, los **trastornos en el sueño y los trastornos alimentarios en la época de la lactancia.**

**¿Cómo actuaría este trastorno vincular en estos casos?**

Produce a su vez **fallas en los soportes narcisistas que evaluamos a través de los sentimientos de minusvalía** a lo largo de la niñez que las pacientes muchas veces recuerdan haber padecido, a pesar de excelentes performances curriculares.

Para las madres, estas hijas - por algún motivo - no les han satisfecho narcisísticamente. “La madre de Karina le cubría la carita, al sacarla en cochecito a pasear, para que no la miraran pues la consideraba fea”.

Las escasas fotos que tienen de y con sus hijas también dan cuenta de este aspecto de trastorno vincular. Para P. Jeammet esto también estaría expresando el “escaso contacto corporal que estas madres tienen con sus hijas”. (Comunicación personal Congreso de Canela 1998)

A pesar de que actualmente considero demasiado arriesgado hablar de aspectos tanáticos maternos en el vínculo madre – hija, podríamos sin embargo decir que algo del orden de **una coartación de la independencia, de socavar inconscientemente la autoestima, de desvitalizar a esta hija como objeto independiente, existe en estas madres.**

Sabemos además que estas madres trasgreden **las indicaciones técnicas, son a veces inconscientemente cómplices con las conductas anoréxicas** y que existe una **ausencia de angustia manifiesta en la madre.**

### **3-LA ESTRUCTURA PSIQUICA Y PSICODINAMICA**

*¿Cómo ha sido la estructuración del psiquismo en estas pacientes? ¿Que estructuras psicopatológicas se asocian mas frecuentemente en estos cuadros clínicos?*

Por encima de los episodios agudos las enfermas presentan síntomas y conflictos que no retroceden fácilmente y, en muchos casos, no retroceden nunca y dan cuenta de la cronicidad y los empujes a lo largo de los años.

La mayoría de los pacientes con trastornos de la alimentación severos sufren también de patología importantes en su estructuración psíquica. Ya H. Bruch había resaltado la importancia de la personalidad premorbida en estas pacientes. El tipo y severidad de trastorno de personalidad, es el factor pronóstico más importante para todos los tipos de tratamiento que se ha intentado en pacientes con severos trastornos de la alimentación.

Debido a que la depresión es un síntoma prevalente en pacientes con trastorno de la alimentación, es importante diferenciar trastornos afectivos mayores, de depresión caracterológica y el grado de severidad de esta depresión.

Los trastornos de personalidad de nivel más elevado o pacientes con una organización de personalidad neurótica, tienen un pronóstico mucho mejor y ofrecen complicaciones menores en el tratamiento, que los pacientes con una personalidad fronteriza. Es importante evaluar junto con la constelación caracterológica dominante, la presencia o ausencia de integración de la identidad, las estructuras defensivas dominantes y la cualidad de las relaciones objetales.

Las fallas narcisistas intensas que llevan a una alteración de la integración de la identidad, se ven sobre todo en pacientes con estructuras borderline. Muchas pacientes rearmen esta identidad a través de su síntoma.

Esto en cuanto a la estructura previa luego el desencadenamiento de la conducta anoréxica y el movimiento regresivo que ella implica, conduce a una **progresiva estructuración** que construye una organización propia y refuerza su poder patógeno. Se constituye un círculo vicioso en el que no quedan ajenas las **alteraciones neuroendócrinas** que la inanición desencadena.

P. Jeammet señala la función dinámica y estructurante de la adolescencia, que confiere a toda nueva conducta que sobreviene a esa edad una potencialidad organizadora. El proceso anoréxico arraza y borra las diferencias del terreno psicológico previo sobre el cual sobreviene y según Brusset "parece subvertir progresivamente la personalidad entera, para conformarla a un mismo modelo".

También es importante repetir que sea cual sea la personalidad de base y teniendo importancia para el pronóstico, ninguno de estas personalidades previas da cuenta del por qué de la elección del síndrome anoréxico y hay que pensar en la filigrana tejida entre lo individual, lo familiar y lo social.

**Mecanismo defensivo o Estructuración patológica?** Parecería que ambas cosas. El uso precoz de la Desmentida crearía fallas en la Estructura Psíquica. Las marcas tanáticas funcionarían así como **no existentes** pero a costa de un **Yo escindido**.

Según P. Jeammet, las anoréxicas rechazan la atracción del objeto, (objeto- madre primitivo, terrible y devorador) pero que a la vez ellas desean y necesitan, el placer de desear mostraría el poder que el objeto tiene sobre ellas. La Anorexia aparece así como un mecanismo defensivo contra la fantasía de fusión-destrucción. Las crisis bulímicas dan credibilidad a estas fantasías. Ellas reafirman que el deseo, como decía Platón, es insaciable y por lo tanto peligroso.

Al mismo tiempo, las anorexias restrictivas, erotizan su no deseo, el vacío y borran toda fantasía casi desapareciendo el funcionamiento preconciente. El triunfo narcisista, el

poder a todo desafío del deseo, su implacable voluntad les otorga un sentimiento de plenitud en el vacío, sentimiento de plenitud, que sumado a la erotización del hambre, no quieren renunciar. Otros autores piensan que el intento de destruir mediante la inanición su propio cuerpo tiene su apoyo en que siente a éste como una propiedad de su madre y del terapeuta antes que de ellas mismas.

## **B - PERÍODO DE ESTADO**

Pensamos que en este período fundamentalmente, tanto la anorexia como la bulimia funcionan como las patologías aditivas graves. En su libro – El Placer y el Mal. La filosofía de la droga - Giulia Sissa expone conceptos sobre la drogadicción que nos recuerdan el funcionamiento mental de la Anoréxica y la Bulimia durante los períodos duros de ambos cuadros.

Dice esta autora que el cuerpo está permanentemente implicado en las percepciones actuales, recordadas o fantaseadas de los objetos deseables. Parte del deseo humano para poder aproximarse a la comprensión del consumo de drogas. La filosofía antigua sitúa en el centro de la reflexión ética la afirmación de que la naturaleza del deseo es insaciable. Sexo, bebida, comida y dinero.

Darles satisfacción supone ser engullido, entregarse a un tirano sin límite. La atracción por cualquier objeto sensible quedará siempre insatisfecha y corriendo tras una sensación de plenitud, acumulamos, almacenamos, ingerimos. Sin embargo, seguimos vacíos. Nunca es suficiente. La filosofía describe el alma como una vasija rota que el apetito no deja de llenar hasta el borde, como el yonqui y la bulimia nos muestran en su locura destructiva.

Fue Jacques Lacan quien condujo el psicoanálisis al nihilismo platónico y postuló un deseo constantemente vivo porque se mantiene insatisfecho.

Sissa define la toxicomanía como “una practica que acciona realmente la fuerza de un deseo vuelto insaciable y progresivamente devorador, hasta el punto de que la satisfacción siempre provisional... se convierte en este caso en dependencia, por la fijación a unos productos que se necesitan para no sufrir demasiado”. **El placer pues, se convierte en sensación del sufrimiento, es decir, en placer negativo.** Creemos que lo mismo sucede con las patologías alimentarias severas. “son sujetos que en relación al deseo no soportan la carencia”. Los días de la Anorexia y de la Bulimia empiezan a estructurarse en función de una sola preocupación: la comida.

Otra forma de defensa para Winnicott (22), es dar vida a la existencia de lo que **falta**, de lo **negativo**. **El vacío primario** es para este autor aquello que existe: “antes de empezar a llenarse”. El paciente, dice Winnicott (21) en El Temor al Derrumbe: “teme la horrenda sensación de vacío y, para defenderse, organiza un vacío controlado, esto es, **se niega a comer...**,o bien se llena implacablemente mediante una **avidez que es compulsiva...**Cuando el paciente puede **llegar al vacío mismo y tolerar ese estado...** comer empieza a ser una función que no está dissociada (o escindida) como parte de la personalidad”. (Los subrayados son míos).

Carla vomita 30 veces por día. Sus manos están muy lastimadas, la hipertrofia parotídea es muy llamativa. Ya no sabe si compra comida para vomitar o si vomita para comer. El sentimiento de vacío, lo insaciable de su deseo y el pánico acompaña el pensamiento de que, es imposible dejar de vomitar, porque es imposible, de acuerdo a lo que se ha transformado su deseo, no transformarse en una bola informe sin límites corporales.

Es extremadamente delgada pero no cadavérica, tiene osteoporosis y ya lleva una fractura en su haber. Ella misma no sabe cuando miente y cuando dice alguna verdad. Su vida es una monótona repetición de llenados y vaciados, de ocultamientos, de controles y descontroles. Solo vive para su enfermedad y lo demás es todo una pantalla. La idea de la muerte como única posibilidad de salida empieza a provocarle algún sentimiento de alivio.

Lejos está del “período rosa” en el que creía haber descubierto el secreto del placer positivo, comer hasta artarse y nunca engordar, sentirse en forma, disfrutar de la alegría de vivir. Agradar a sus amigos y a sus padres. Período en que su deseo, cada vez más irrefrenable no se marcaba en su cuerpo, pero.... Poco a poco el sentimiento de vacío aparecía cada vez más próximo del anterior vómito y debía compulsivamente volver a ingerir para volver a vomitar. No sabe como llegó de los atracones y vómitos de fin de semana a la situación actual. Como en el drogadicto la metamorfosis del placer, en placer negativo se ha cumplido. “Descubre que su placer se ha vuelto negativo, que sirve para compensar un vacío y no para crear un sentimiento de placer suplementario”(G. Sessia).

La comida y los vómitos han pasado ha serlo todo porque una discontinuidad provoca ahora una ansiedad intolerable. La vida familiar se ha hecho un infierno.

W.Burroughs, ( YUNKY, LE FESTIN UN) citado por Sessia, habla en sus escritos del hecho de que “se entienda y se viva como “placer” una experiencia que es en sí misma la recuperación incesante y frustrada de una carencia, de una insatisfacción. Destaca con exactitud el aspecto cíclico, mecánico, eterno del reaprovisionamiento. El placer aparece

en definitiva, desenmascarado como deseo imperioso, doloroso y continuo”. Es la teorización platónica del deseo, todo intento de colmarlo está destinado al fracaso. No existe ya una sucesión entre ansiedad y satisfacción temporal. El cuerpo se vacía a medida que se llena. El enfebrecido afán del yonki por conseguir la siguiente inyección es paradójicamente una excitación que estabiliza. Se parece a Carla, ella piensa a cada instante cual será su próxima ingesta, como va a engañar a los que la rodean, en que lugar o en que sitio va a dejar su vómito. “la vida se reduce a poca cosa, el pinchazo, la espera del siguiente, el escondrijo...”. No se puede escapar al placer negativo, ni al deseo de tener más, ni a los dolores de la privación.

W. Burroughs expresa también la pasión por meterse líquidos en el cuerpo, la urgencia de pincharse y sentir como se expande el fluido, el llamado engancho a la jeringuilla, dice: “me he inyectado directamente agua del grifo, vinagre, agua del Water, talco, vino tinto...con tal de que haya pinchazo se aprieta el botón con cualquier cosa adentro”. Carla llegó a ingerir en los momentos mas terribles cualquier cosa que encontrara en la basura, basura que justificaba nuevamente el vómito deseado y expiatorio, para volver a empezar. El instrumento insustituible para vivir es al mismo tiempo el único motivo de existencia. Es el discurso de la necesidad. El deseo, la búsqueda del placer, que había iniciado todo ha quedado oculto.

### **C) TERCERA ETAPA. EVOLUCIÓN CON TRATAMIENTOS A LARGO**

#### **PLAZO**

#### ***¿EXISTE UNA “RESTITUCIÓN INTEGRAL” EN ESTAS PACIENTES?***

Luego de la remisión sintomática en la mayor parte de estas pacientes se mantiene el miedo, la preocupación excesiva por la imagen corporal, relaciones sociales no acordes a la edad, mantenimiento de una actitud infantil y dependiente, incapacidad de conectarse con aspectos de su mundo interno, desvalorizaciones narcisistas y patologías en torno a la sexualidad, que hacen fundamental que las pacientes mantengan un tratamiento psicoterapéutico.

Muchas de estas pacientes encuentran formas de mantenerse en el nivel más bajo de peso posible, lo que implica una lucha inconsciente permanente con el deseo, que influirá en todos los ámbitos de su vida.

Beatriz cena desde hace años (luego de varios empujes graves de anorexia y de haber pasado un período “casi normal”) con un yogur y una manzana. Desayuna y

almuerzo metódicamente con el mismo tipo de alimentos. (tostadas, tartas que mide cuidadosamente). Esto se convierte en una rutina inamovible que influye, obviamente, en su vida social. Actualmente es una profesional independiente, tiene pareja y no corre riesgos de dejar nuevamente de alimentarse totalmente. Por ahora todo parece estar bajo un excesivo control, nos preguntamos : ¿cuál es el costo futuro de esta situación? ¿se puede vivir sin pagar algún día un precio muy alto con un control tan tirano?.

María de los Angeles algunos años después de la recuperación de una internación en la que ingresa muy grave, había convertido su vida en una aburrida y monótona rutina constituida por una dieta estricta semanal, acompañada de gimnasia diaria y una carrera universitaria que cursaba con éxito. Esperaba los fines de semana en que se permitía disfrutar de sus alimentos preferidos en abundancia. Mantenía su peso siempre un poco por debajo del mínimo “por las dudas”. Se encuentra en tratamiento analítico. Los primeros años de análisis fueron difíciles en relación a una estructura donde predominaba un intenso sadismo arcaico, en un vínculo fusional mortífero con su madre. Hace unos tres años se producen movimientos psíquicos que permiten surgir su deseo de cambio. Aparecen cambios significativos en aspectos de su estructura psíquica (comienzan a cambiar los sueños y sus asociaciones a un nivel más neurótico).

Aumenta de peso, aceptando tener un peso más acorde, cambia su deseo de “estar flaca” a “estar linda”. Comienza a sentir interés por los varones de su edad y se enamora... Los fines de semana son esperados ahora para verlo a él. Nuevamente , ante el deseo, aparece el pánico. El deseo, ahora puesto en la sexualidad, puede dominarla, controlarla, doblegar su voluntad o conducirla a algo terrible. Trae un sueño en que ambas, ella y su madre tienen cáncer y van a morir, su madre le dice que lo deje a él pues igual ella va a morir de cáncer. El juego se repite entre el deseo, la felicidad y la angustia. Tenemos en ese momento temor de que al igual que en el pasado se convierta en destructivo. Esta vez no cae en la repetición, lo analiza y, con la ayuda de él, se anima a vivir ...Nos sentimos felices de haberla acompañado en el proceso de curar.

#### ***BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA***

- 1. BAGATTINI C (1995) Tiempo, cuerpo y recuerdos en la Anorexia Nerviosa. En: Lo Arcaico, Temporalidad e Historización, APU IX Jornadas Psicoanalíticas del Uruguay**

2. **BAGATTINI C (1993) En los limites entre la perversión y la neurosis. En: La Neurosis Hoy, VIII Jornadas Psicoanalíticas del Uruguay, APU**
3. **BAGATTINI C. (1994) María de Los Angeles. Sobre un caso de Anorexia Nerviosa. Presentación al Prof. O. Kernberg. Jornadas de APU, 11-12 Noviembre, Inédito**
4. **BAGATTINI C (1997) Anorexia nerviosa y bulimia. Su relación con lo perverso. En : Rev.Uruguaya de psicoanalisis APU 84-85**
5. **Bruch H (1973) Eating Disorders : Obesity, Anorexia Nervosa and the person wilhm, Nueva York, Basic Book 1993.**
6. **BRUCH H (1982) Anorexia Nervosa: therapy and theory, Am J Psychiatry 139, 1531-1538**
7. **BRUCH H ( 1979) L' enigme de l' anorexie. En: La cage dorée, Paris, PUF**
8. **BRUSSET B (1992) Psicología y Metapsicología de la adicción bulímica. En: La Boulimie- Monographies de la Revue Française de Psychanalyse, PUF**
9. **CHABERT C (1994) La bulimia: perversión o melancolía? En: Anorexia, Violencia, Holocausto, N/A 6 (Rev. de Psic. de Niños y Adolescentes-BsAs)**
10. **DEUTSHC N (1994)Anorexia nerviosa. En: Anorexia, Violencia, Holocausto. N/A 6**
11. **Rev. Psic. Niños y Adolescentes- Bs. As**
12. **GREEN, A. (1992) Tiempo y memoria . Psicoanálisis 14:3**
13. **HEKIER M, MILLER C (1994) Anorexia, Bulimia, Deseo de nada. BsAs : Ed. Paidós**
14. **JEAMMET P, BRECHON G ( 1991) Le devenir de l' anorexie mentale: une étude prospective de 129 patients évaluées au moins 4 ans après leur première admission. Psychiatrie de l' enfant, XXXIV, 2 : 381-442**
15. **JEAMMET P (1989) Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires a l' adolescence. Valeur heuristique du concept de dépendance. En: Confrontations Psychiatriques, 31**
16. **JEAMMET P (1992) Le défi thérapeutique de l'anorexie mentale. Schweiz. Med. Wochenschr. 122 ,4 : 94-101**

17. JEAMMET P (1992) Psicopatología de la Anorexia Nerviosa, Conferencia realizada en el Servicio de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia. Facultad de Medicina, Montevideo,
18. JEAMMET P (1994) Anorexia y Bulimia. En: Zona Erogena 18( Bs.As)
19. JEAMMET P (1994) El abordaje psicoanalítico. En: Anorexia, Violencia, Holocausto. N/A 6 (Rev. de Psic. de Niños y Adolescentes- Bs.As)
20. KERNBERG O (1994) Abordaje técnico de los Trastornos Alimentarios en pacientes con personalidad fronteriza. Presentado en Simposio “Acerca de Los Trastornos Alimentarios”. Sociedad Psicoanalítica de Chicago, 12-13 Marzo,1994  
Inédito
21. KLUGE EH (1991) The ethics of partial feeding in Anorexia Nervosa: a response to Hebert and Weingarten. Can Med Assoc J 144, 9 : 1121-4
22. LANZI G , BALATTIN V, NEGEI G(1992) The long-term prognosis of anorexia nervosa: the evaluation of hospital treatment. Minerva Ped 44 ,6 : 263-9
23. LASÈGUE C. (1873) L’Anorexie hystérique . Arch Gen Med 21 :385-403
24. LAZARO L, TORO J, CANALDA G, CASTRO J, MARTINEZ E, PUIG J.(1996) Clinical, psychological and biological variables in group of 108 adolescent patients with Anorexia Nervosa, Med. Clin (Barc) 107: 5 169-74
25. LIPPE D ( 1994) Trastornos de las conductas alimentarias e ideal. En: Anorexia, Violencia, Holocausto. N/A 6 (Rev. de Psic. de Niños y Adolescentes- Bs. As)
26. MINUCHIN, S ;ROSMAN,B.L.,BAKER, L.(1978) Psychosomatic families : Anorexia Nervosa in context, Cambridge (Mass): Harvard University Press.
27. NORA D, SEGOUTI A ( 1994) La anorexia y su organización relacional. En: Anorexia, Violencia, Holocausto. N/A 6 (Rev. de Psic. de Niños y Adolescentes- BsAs)
28. RAIMBAULT G, ELIACHEFF C (1991) Las indomables figuras de la Anorexia. Nueva Vision
29. RAUSHC HERSCOVICI C, BAY L ( 1993) Anorexia Nerviosa y Bulimia, Amenazas a la autonomía. BsAs : Ed. Paidós
30. RATNASURIYA RH, EISLER F (1991) Anorexia nervosa: outcome and prognostic factors after 20 years. Br J Psych 158 : 495-502

31. **ROLLA A ( 1987) Los síndromes anoréxicos: diagnóstico y complicaciones, Prensa Med Arg 74, 3 : 98-103**
32. **RORJEN S (1992) Anorexia nervosa families. A homogeneous group? A case record study. Acta Psych Scand 85 : 196-200**
33. **SISSA G, El Placer y el Mal. La filosofía de la droga. Ed. Península. 1997**
34. **TORO J, NICOLAU R, CERVERA M, CASTRO J, BLECUA MJ, ZARAGOZA M, TORO A. (1995) A clinical and phenomenological study of 185 Spanish adolescents with anorexia nervosa. Eur Child Adolesc Psychiatry 4:3 165-74**
35. **VANDEREYCKEN W, CASTRO J, VANDERLINDEN J ( 1991) Anorexia y Bulimia, La familia en su génesis y tratamiento. Ed Martínez Roca**