Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Mar del Plata

Repositorio RPsico **http://rpsico.mdp.edu.ar**

Revista Perspectivas en Psicología 2019 - Volumen 16, Nº 2

2020-03-12

El advenimiento de la anorexia como categoría psicopatológica: discusión y delimitación entre Lasègue, Gull y Freud

Abínzano, Rodrigo Valetín

http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/1264

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

El advenimiento de la anorexia como categoría psicopatológica

Abínzano Rodrigo[1]

Resumen

En el presente trabajo abordaremos las coordenadas que dieron lugar al advenimiento de la anorexia mental como categoría psicopatológica. Partiremos de una serie de resultados provenientes del estado actual de las investigaciones en relación al tema, revisión de la cual se desprende la necesidad de repasar las elaboraciones pioneras en torno al tópico en cuestión. Por consenso de la mayoría de los autores, pondremos énfasis en los desarrollos de cinco clínicos: C. Lasègue, W. Gull, J. M. Charcot, S. Freud y P. Janet. Tanto por el valor semiológico de sus investigaciones como por la heterogeneidad de sus hipótesis, tomaremos los aportes y menciones que cada uno realizó sobre el tema, en un movimiento dialéctico que nos permita retomar puntos sustanciales para la labor clínica. Las principales áreas que tendremos en cuenta serán la denominación y delimitación del cuadro, su descripción, las conjeturas sobre su causa, el lugar e incidencia de la familia en el mismo, la distribución epidemiológica y el riesgo en relación a las elevadas tasas de mortalidad concomitante a los estados agudos. En un apartado final expondremos conclusiones y líneas de trabajo ulteriores.

Palabras clave: Anorexia - Histeria - Diagnóstico - Tratamiento - Pronóstico - Psicopatología

The emergence of anorexia as a psychopathological category

Abstract

In this paper we will address the coordinates that led to the emergence of mental anorexia as a psychopathological category. We will start from the results of a series of research state-of-the-art, a review showing the need to re-elaborate the pioneering considerations around the subject-matter. By most authors' consensus, we will emphasize on C. Lasègue's W. Gull's, J. M. Charcot's, S. Freud's and P. Janet's developments. Either for the semiological value of their researches or the heterogeneity of their hypotheses, we will take their contributions and references in a dialectical ovement that allows us to re-address the substantial issues in the practice work. We will bear in mind the main areas such as: the denomination and the delimitation of the case, its description, its hypotheses, the family's place and incidence, the epidemiological distribution and the risk of the mortality high rate in the acute states. In a final section we will show some further conclusions and eventual working guidelines.

Keywords: Anorexia-Hysteria- Diagnosis - Treatment - Prognosis – Psychopathology

Introducción

Un retorno a los "clásicos" para avanzar

Según estudios publicados en los últimos años, las tasas de morbilidad (Berkman, Lohr & Builk, 2007) y mortalidad (Arcelus, Mitchell, Gales & Nielsen, 2011; Birmingham, Hlynsky, Goldner, Gao, 2005; Millar, Wardell, Vyvyan, Naji, Prescott, Eagles, 2005; Sullivan, 1995; Zipfel, Lowe, Reas, Deter, Herzog, 2000) de pacientes diagnosticados con anorexia se encuentran entre las más altas, solo debajo de las tasas de depresión. A su vez, se han incrementado las investigaciones que buscan marcadores biológico y factores genéticos (Duncan, 2017; Baker, Schaumber & Munn-Chernoff, 2017), donde la más impresionante fue el estudio de asociación del genoma total de la anorexia nerviosa, en el cual participaron universidades, institutos de investigación y hospitales de más de veinte países, y de lo que se concluyó que no solo el abordaje biológico aún es insuficiente, sino que "dada la base de evidencia para el tratamiento de la anorexia nerviosa, los abordajes siguen siendo débiles y no existen medicamentos totalmente efectivos para su tratamiento" (Boraska, Franklin, Bulik, 2014). Complementariamente, en un estudio publicado a mediados del año 2018, se realizó una revisión sistemática de la gama de tratamientos psicoterapéuticos posibles para anorexia nerviosa (Zeeck, Herpertz-Dahlmann, Friederich, Brockmeyer, Resmark, Hagenah, Ehrlich, Cuntz, Ziptel, Hartmann, 2018) donde se concluyó que "hay varias intervenciones

[1] Fac. Psicología, Universidad Nacional Buenos Aires, Argentina. Email: abinzanopsi@gmail.com

psicoterapéuticas posibles para recomendar como tratamiento de la anorexia", siendo el gran desafío para estos autores abordar "los factores de mantenimiento de los síntomas". El psicoanálisis estaba excluido de dicho protocolo. Si bien dentro del plano epidemiológico también existen focos de discusión diversos, hay un consenso general de que el aumento de la manifestación sintomática -tanto de anorexia como de bulimia- tomó forma epidémica a partir de la década de 1970. Un estudio gráfico para poder seguir dicha argumentación fue el artículo publicado por investigadores británicos en 2016 titulado "Trends in hospital admission rates por anorexia nervosa in Oxford (1968-2011) and England (1990-2011): database studies." (Holland, Hall, Yeates & Goldacre, 2016), relevando los datos obtenidos, por más de cinco décadas, de tasas de ingreso en atención hospitalaria, computando primeras consultas, recaídas y reingresos. Una de las conclusiones del estudio refería no solo un aumento de las tasas de ingreso de pacientes -especialmente en efectores de atención secundaria-, sino también alertaba sobre el incremento de pedidos de atención por personas vinculadas al entorno de los pacientes con anorexia. El motivo de consulta más habitual de los pacientes estaba vinculado a distorsiones a nivel de la imagen corporal. En nuestro país la aparición con mayor frecuencia en los efectores, tanto de salud pública como privada, de este tipo de sintomatología, interroga a los profesionales de la salud mental a la hora de abordar la complejidad de estas presentaciones del padecimiento.

Una posible vía de problematizar dicho obstáculo es el movimiento de relectura y retorno a los clásicos, aquellos que fueron pioneros en el encuentro sintomático en cuestión y que elucubraron un saber en torno a ello. Podemos evocar la pregunta realizada por el escritor Ítalo Calvino de "¿Por qué leer los clásicos?" (Calvino, 1995) y si bien allí el autor se refiere a la literatura, la polisemia es absolutamente homologable a la producción clínica, así como también las respuestas tentativas a dicha pregunta: "toda relectura de un clásico es una lectura de descubrimiento como la primera. Toda lectura de un clásico es en realidad una relectura; un clásico nunca termina de decir lo que tiene que decir". (Calvino, 1995, p. 15). No fue hasta 1873 que, paralelamente, un autor anglosajón y uno francés consideraran necesario delimitar un cuadro diferencial a la histeria que ambos coincidieron en llamar "anorexia". W. Gull y C. Lasègue –los autores en cuestión- constituyen una fuente ineludible y pionera (Goldbloom, 1997) para diagramar un abordaje eficaz y eficiente a la hora de trabajar en la clínica con pacientes con anorexia. Contemporáneamente, J.M. Charcot, prestigioso psiquiatra de la Salpêtrière, también circunscribía en algunos de los casos de histeria que veía sintomatología de tipo anoréxica y traía a colación lo dicho por los autores antes citado. Pocos años después, fue S. Freud quien también demarcó sintomatología de tipo anoréxica, adjudicando una modalidad a la histeria y otra a la melancolía. De allí que varios de sus casos más célebres presentaban síntomas anoréxicos. El caso Nadia de P. Janet –autor con una manifiesta posición contraria a Freud- es una muestra de que este autor también se encontraba en ese momento teorizando sobre dicha presentación sintomática. La aparición de la anorexia en el campo de la psicopatología encuentra en estos referentes una lectura fina y actual sobre su fenomenología y etiología, razón por lo cual –experiencia mediante- debemos revisitarlos en vías de extraer herramientas valiosas para nuestra práctica clínica.

Charles Lasègue: La anorexia histérica

Dentro de la historia de la psiquiatría, C. Lasègue fue uno de los representantes del llamado paradigma de "Las enfermedades mentales" (Lanteri-Laura, 1990-1991). Entre sus más famosos trabajos se encuentran "El delirio del alcohólico no es un delirio, sino un sueño" (1998), "la folie à deux" (1998) –escrito en coautoría con Jules Farlet-, y el texto pionero sobre la anorexia mental, "punto de partida de todos los trabajos sobre el tema" (Bercherie, 2014, 63), titulado "La anorexia histérica" (Lasègue, 1990-1991). Coincidimos con otros autores en que no solo ha sido un escrito precursor, sino que esta producción también contiene "la descripción más lograda y aguda de la anorexia mental, tanto en términos semiológicos como evolutivos" (Raimbault; Eliacheff, 1991, p. 46). En lo referente a la nominación, Lasègue sostendrá que el término anorexia es más preciso que "inanición histérica", en tanto "nos remite a una fenomenología menos superficial, más delicada y también más médica" (Lasègue, 1990-1991, p. 58). Dicho argumento se enlaza con su ubicación causal, ya que este psiquiatra afirma que el término anorexia resalta el carácter patológico-mental del cuadro. En ese sentido, diferencia la anorexia histérica de "todas las otras anorexias", como por ejemplo aquella ligada al "rechazo de alimentos de los melancólicos" (Lasègue, 1990-1991, p. 61). La anorexia histérica para este autor es una "perversión mental" en un doble sentido: por un lado es una perversión del sistema nervioso pero también de la esfera intelectual. El encuentro con la anorexia mental generó más de un efecto en Lasègue: por un lado advirtió lo nocivo que puede

ser para el tratamiento "una promesa de curación", especialmente en el período inicial (Lasègue, 1990-1991, p. 59), silenciando el médico su juicio en establecer un pronóstico precoz; por el otro, no aconsejaba el tratamiento moral para estas pacientes, diferenciando su metodología a la gran mayoría de los otros padecimientos psiquiátricos que trataba (Raimbault & Eliacheff, 1989, p. 19). Esta diferenciación tiene una explicación ligada al plano resistencial: la extrema complejidad en juego obliga a disponer, por una lado, la urgencia orgánica que debe ser atendida perentoriamente y, por el otro, la implacable posición de las pacientes ya que en lo alimentario –como refiere el autor- "el exceso de insistencia llama a un exceso de resistencia" (Lasègue, 1990-1991, p. 61).

Otra coordenada clave descripta por el autor es que lo que trae a la consulta a los padecientes es el "juicio de los familiares", quienes ya no disponen más que de dos métodos: rogar o amenazar, lo que hace que "la histeria sea arrastrada por su entorno", afectando, a su vez, a todos sus allegados. En lo que hace al riesgo clínico, este autor refiere no registrar casos mortales en su práctica, si bien sabe que de sostenerse la posición de rechazo radical habría una alta posibilidad de un final trágico. Sostiene su trabajo en una muestra de 8 pacientes mujeres de entre 15 y 35 años. Una caracterización importante en relación al riesgo y la mortalidad se condensa en el término "suicidio disimulado", releído por Lanteri-Laura como "suicidio disfrazado" (Lanteri-Laura, 1990-1991, p. 57). En términos metodológicos, Lasègue tiene una aproximación analítica: procede separando los grupos sintomáticos, si bien dicho abordaje se encuentra con la dificultad de ubicar la anorexia como afección, pues ésta se diluye en la histeria. Nos habla de una "tenacidad implacable", sostenida en un rechazo radical. Afecciones corporales varias, dolores gástricos, constipación, diarrea y un dato llamativo: incremento de actividad física. Linealmente, hay un primer período de la enfermedad, donde tiene lugar una "susceptibilidad exagerada" en lo que hace al dolor y otros afectos. El segundo período se constituye por la falta de apetito, el rechazo absoluto y los crecientes intentos de realimentación. En un tercer período aparece el adelgazamiento progresivo. La enferma tiene dos opciones: obedecer lo que dice el médico o renunciar a las indicaciones, diciendo no estar enferma, siendo "esta segunda tendencia por lejos la más frecuente" (Lasègue, 1990-1991, p. 63).

William Gull: La apepsia histérica o anorexia nerviosa

Contemporáneamente a Lasègue, William Gull, psiquiatra británico, llegó a conclusiones y categorizaciones similares. No obstante, casi siempre la referencia sobre el tema y la primera delimitación del cuadro se le atribuye al médico francés. En lo referente a la nominación, Gull dice que uno de los efectos de lectura del trabajo de Lasègue lo había hecho reconsiderar sobre su primera elección, apepsia histérica. En ese punto, el término apepsia (dispepsia), focalizado sobre la capacidad de las funciones químicas necesarias para que se produzca el proceso digestivo, es dejado de lado por "anorexia", que ya había sido empleado por R. Morton en 1689, acompañado del término "nerviosa". Como la sintomatología anoréxica tenía lugar en pacientes histéricas, en lugar del término "nerviosa" fue "histérica" el que acompaño a "anorexia". El mismo Gull rememora que, cinco años antes de leer el artículo de su colega, durante su alocución en Oxford de 1868 había utilizado el término apepsia; no obstante, si bien coincide en llamarla "anorexia", cree que deberían volver a la nominación de Morton, "anorexia nerviosa", ya que el rótulo "histérica" excluía a los casos diagnosticados en hombres (Gull, 1997, p. 501). Gull refiere que "no se puede asumir lesión orgánica de ningún tipo en los casos recabados" (Gull, 1997, p. 498) e insiste en la necesidad de descartar enfermedades pulmonares y viscerales, así como también habla de un "semblante de perversidad" para la presentación sintomática, (Gull, 1997, p. 501). La cuestión familiar también es abordaba por este autor quien, en un primer momento, recomendaba a los padres no forzar de ningún modo a su hija o hijo enfermo a comer; el peligro de que la inanición continúe lo alertó sobre este punto, necesitando repensar cómo realizar el abordaje en este período tan delicado (Gull, 1997, p. 500). Al igual que señalaba Lasègue, la angustia y ansiedad de los padres es lo que traer a los pacientes -en la mayoría de los casos- a la consulta; paradójicamente, "los amigos y familiares pueden ser los peores asistentes" con los pacientes, ya que la problemática también los implica. Diferenciándose del relevamiento hecho por su colega, este autor menciona casos mortales por emaciación extrema. Los edemas, paros cardíacos y trombosis son la sintomatología que orienta en la gravedad del cuadro. (Gull, 1997, p. 499). La prevalencia es ubicada por éste entre los 16 años y los 23, y refiere haber visto casos en hombres.La descripción para Gull es la siguiente: emaciación abrupta, descenso del pulso cardíaco y ritmo respiratorio. Incremento de actividad física y el síntoma que luego fue patognomónico para la anorexia, hasta la llegada del DMS V: amenorrea. La paradoja es que, la crítica que Gull le hace a Lasègue sobre el carácter "histérico" de la

afección en tanto se excluía a los hombres, reaparece con la amenorrea, dejándola solo del lado femenino. La no inclusión de dicho síntoma en el DSM V estuvo motivada por lo mismo, ya que dejaba afuera a hombres y mujeres menopáusicas (APA, 2014).

Jean Martín Charcot: La anorexia en la Salpêtrière

Charcot, otra de las referencias a la hora de pensar el saber psiquiátrico de finales del siglo XIX, también tuvo encuentro con la sintomatología anoréxica y teorizó sobre ello, especialmente en relación a un caso paradigmático conocido como la joven de Angoulême (Charcot, 1890).

La joven en cuestión, de unos trece años, fue llevada a la consulta luego de cinco meses de rechazar sistemáticamente el alimento. Los padres desesperados, luego de amenazarla y castigarla sin poder quebrar su posición radical, deciden consultar con Charcot. El psiquiatra ordena inmediatamente la internación de la joven y el alejamiento de los padres. Los resultados terapéuticos fueron rápidos: la joven en menos de dos meses se recuperó prácticamente en su totalidad. Entre las confidencias que la paciente hizo a quien llevaba adelante su tratamiento, el argumento que esgrimió en relación a la merma de la ingesta fue que tenía horror a engordar, delimitación pionera de lo que serían las problemáticas de la anorexia ligadas a lo corporal.

Charcot describió la conducta de la joven como un rechazo sistemático del alimento sin tener ningún desorden de deglución o gástrico, en uno de esos casos que limita con la histeria pero no le pertenece exclusivamente, y refiriendo una descripción admirable tanto por parte de Lasègue y Gull de lo que ellos llamaron anorexia histérica y nerviosa respectivamente. Hay que mencionar también, que Charcot, al igual que sus colegas, hizo especial mención en el riesgo de muerte por inanición que acompaña a esta presentación sintomática.

Sigmund Freud: Anorexia histérica y anorexia melancólica

Si bien no ha sido tan reconocido por ello, Freud fue uno de los primeros autores que hablo sobre anorexia y trato pacientes con anorexia. Probablemente ello se deba a que fueron sus elucubraciones en relación a la histeria las que acapararon el efecto de su novedad, pero creemos pertinente resaltar el hecho de que Freud trató pacientes graves con síntomas anoréxicos desde los comienzos de su práctica.

Freud ubicó una modalidad anoréxica por el lado de la histeria (Freud, 2007; Freud & Breuer, 2007b) y otra -al igual que Lasègue-, por el lado de la melancolía (Freud, 2007d). Utiliza para acompañar al sustantivo "anorexia" la denominación nervosa cuando hace referencia al tipo neurótico, aproximándose más en este punto a R. Morton y W. Gull. La anorexia histérica -o mejor dicho en la histeria-, es acompañada de asco, vómitos y rechazo y en la melancolía se pone en evidencia esa "hemorragia libidinal" (Freud, 2007d, p. 245), tempranamente diferenciada.

Freud propone un sostén de orden psíquico, en primer grado consciente y luego perteneciente a un grupo psíquico segundo que denominará "inconsciente" (Freud, 2007a). Paralelamente, la afección del cuerpo psíquico se separa del afectado por las lesiones orgánicas (Freud, 2007c), dato no menor a la hora de pensar la relación de estas pacientes con el cuerpo y cómo el cuerpo por el que padecen va más allá del orgánico, si bien éste en muchos casos se ve severamente afectado.

Fue un caso de anorexia histérica donde podemos ubicar el nacimiento de la posición del analista (Abínzano, op cit, 2018), ya que Emmy von. N., luego de que Freud intentara abordar su padecer mediante intervenciones imperativas o sugestivas, lo amonesta pidiéndole que no debe estar preguntándole todo el tiempo, sino que la debe dejar hablar; Freud responde: "yo convengo en ello y prosigue sin preámbulos" (Freud & Breuer, 2007b, p. 84). En ese sentido, vemos la polifuncionalidad del clínico, ya que en dicho historial Freud por momentos opera desde una posición de amo, en otros de educador y en algunos de analista.

Habría que ubicar una serie de cuestiones ligadas a lo familiar, ya que la anorexia podría venir al lugar de una respuesta al "desasimiento de la autoridad parental" (Freud, 2007g), lo cual inclusive tiene correlación con la gran cantidad de casos que se desencadenan en el período pubertad – adolescencia.

Si nos valemos del caso de Emmy von N., vemos cómo Freud propone la internación como un modo de preservar tanto la integridad de la paciente como de las hijas de ésta, quienes eran el foco de los ataques de su madre (Freud & Breuer, 2007b). Se instaura una paradoja, ya que es necesario el trabajo con los familiares –y es necesario contar con ellos en el tratamiento-, y al mismo tiempo son estos quienes enferman al sujeto. Es en ese litoral desde donde se debe operar. Aquí hace eco la lectura de Freud con lo desarrollado por Gull y Charcot.

Freud nos orientó específicamente con respecto a la gravedad y el carácter perentorio del

cuadro y fue manifiesto a no recomendar el psicoanálisis en los estadios agudos de la anorexia (Freud, 2007e; Freud 2007f), posicionándose éticamente en relación al no retroceder pero tampoco actuar precipitadamente.

Freud hablaba de una "anorexia nervosa de las jovencitas" (Freud, 2007d, p. 245), ligada a una pérdida del interés del alimento y la sexualidad. La casuística freudiana de esta primera época tiene representantes femeninos –como la ya citada Emmy von N., o la paciente del "Un caso de curación por hipnosis" (Freud, 2007)- así como también masculinos –un paciente descripto por Breuer en los "Estudios…" (Freud & Breuer, 2007b, 222). Encontramos más adelante sintomatología de este tipo por ejemplo en "el Hombre de los lobos", donde Freud refiere que en la anorexia y la perturbación del comer de su paciente se encontraba "el significado de una primerísima neurosis" (Freud, 2007j, 90).

Retomando el historial de Emmy von N., lo que esta paciente le enseña –entre otras cosas- fue que la anorexia es una presentación férreamente resistente y que tiene tiempos distintos: Freud debe internar en primer lugar a la paciente, luego la visitaba hasta tres veces por día e inclusive probó diferentes métodos para su abordaje. En las conclusiones del historial dice que "solo resultaron eliminados de manera realmente perdurables los síntomas patológicos en los que yo había ejecutado el análisis psíquico" (Freud & Breuer, 2007b, p. 119).

En relación a los tiempos del tratamiento, sabemos que Freud –sosteniéndose en Esopo- decía que para saber cuánto durará un peregrinaje, se debería conocer el paso del caminante antes de estimar su duración (Freud, 2007h, p. 130); "En verdad –complementa-, la pregunta por la duración del tratamiento es de respuesta casi imposible".

Al mismo tiempo, en una lectura interdisciplinaria, Freud refiere: "Si en el curso del análisis el paciente necesita pasajeramente otra terapia, clínica o especializada, es mucho más adecuado acudir a un colega no analista" (Freud, 2007h, p. 138), referencia directa a lo que sucede en el caso de Emmy (Freud & Breuer, 2007b). El énfasis puesto en esto se vislumbra claramente en su afirmación de que "la intromisión de los parientes es directamente un peligro, de tal índole que no se sabe cómo remediarlo" (Freud, 2007i, p. 418), donde los allegados al enfermo muchas veces no tienen interés en que éste se cure. Se sobreentiende que lo dicho por Freud no es una generalidad y que apunta a lo más antintuitivo de los vínculos más cercanos.

Pierre Janet: Acerca de una idea obsesiva sobre la delgadez Contemporáneo de los autores que mencionamos previamente, Pierre Janet fue otro de los nombres propios importantes de la psiquiatría francesa clásica. Enfrentando manifiestamente con Freud en múltiples cuestiones clínicas, este autor tuvo una vasta producción, entre las cuales encontramos un caso paradigmático para la temática que nos convoca: el "caso Nadia". En relación a la nominación, este autor sigue literalmente a Lasègue y diagnostica a Nadia como una "anorexia superficial histérica" (Janet, 1903, p. 33). Su lectura es pionera en tanto profundiza lo que Charcot pudo aprender de la joven de Angoulême en relación al cuerpo, y propuso una lectura clínica por la vía del cuerpo y su imagen, adelantándose más de un siglo en lo que se iba a plantear en el famoso Congreso de Gottingen de 1965, cuando se repensó la clínica de la anorexia por la vía de lo corporal, saliendo de una lectura exclusivamente ligada a la oralidad. "La anorexia histérica ya es en sí misma una enfermedad muy extraña, que está lejos de ser completamente aclarada" (Janet, 1903, p. 34), enunciado que hoy podríamos pensar que tiene ecos de actualidad. Nadia es una paciente de 27 años que es llevada a consulta por la desesperación de su familia, luego de una serie de escenas terribles cuyo tema central era la extraña dieta que llevaba a cabo: tomaba unas pocas cucharadas de té, un par de sopa y una yema de huevo. Janet delimita toda la gama de trastornos digestivos que no corresponden a lo que sería un trastorno alimentario y refiere que hay que ser muy cuidados de no confundirlos, por lo cual enfatiza sobre los que considera los síntomas característicos: en primer lugar el rechazo al alimento, acompañado de la supresión de hambre en gran parte del trascurso de la enfermedad y como otra coordenada clave hace mención a la exagerada necesidad de movimiento físico, lo cual hace a la "verdadera anorexia": "los pacientes se mueven incesantemente, hacen caminatas enormes, bailan en fiestas, multiplican de mil maneras estas escenas para preservar sus marchas exageradas como para rechazar la comida" (Janet, 1903, p. 34).Janet va a pensar un tipo de anorexia por el lado de la histeria y otro modo por el lado obsesivo, que es donde ubicará a Nadia. En ese sentido, un punto esencial para establecer la diferencia es la supresión del hambre, la cual se encuentra en el modo histérico pero no en el obsesivo. Dice sobre este punto: "ella no tiene ninguna anorexia real en absoluto. Ha conservado perfectamente la sensación de hambre" (Janet, 1903, p. 36). La anorexia histérica sí queda ligada a la supresión del hambre y el exceso de actividad física –como vimos más arriba- y el modo obsesivo se caracteriza por una idea, que por momentos en el texto es llamada "obsesiva" y por momentos "delirante": "esta idea, si la

consideramos de manera superficial, es obviamente el miedo a engordar" (Janet, 1903, p. 37). En este sentido, este autor logra cernir con más precisión lo que Lasègue ubica como ciertas conductas de tipo "delirantes" en las pacientes, donde "estas referían que no han cambiado ni adelgazado" (Lasègue, 1990-1991, p. 61).

Janet también hace hincapié en la importancia de los primeros encuentros y en los juicios que uno realice sobre el pronóstico y estado actual del paciente, especialmente si son favorables a la lectura del clínico: "Se debe tener cuidado de felicitarla por su salud; su padre, sin saberlo, al verla nuevamente después de unos meses le dijo que se veía mejor y eso tuvo como consecuencia una grave recaída" (Janet, 1903, p. 37). También enfatiza en cómo estos cuadros se desencadenan -o se agravan- en la pubertad, haciendo serie con lo que vimos en los desarrollos de los otros autores.

Resonancias del por qué retornar a los clásicos

En los últimos años la gran mayoría de los abordajes de la anorexia realizados parte de los autores que repasamos e interrogamos han sido objeto de estudio y producción; Gull (Moncrieff Boyd, 2015) Lasègue (Antebi, 2009; Dalfradi, Nezhad, 2014; Walunsinki 2016), Freud (Iturrioz, 2000; Abínzano, 2017 & 2018) e inclusive encontramos autores que indagaron en la obra de R. Morton, responsable de los esbozos de las primeras descripciones de la "anorexia nerviosa" ya en 1689 (Pearce, 2004). Como el objeto de nuestro estudio era el advenimiento de la anorexia como categoría dentro de la psiquiatría no tomamos las elaboraciones de éste, como tampoco las múltiples descripciones vinculadas a prácticas o conductas anoréxicas en las místicas o en personalidades célebres de la antigüedad (Raimbault; Eliacheff, 1991).

Es importante tener en cuenta que luego de las producciones de los autores que investigamos, se escribió mucho pero se comprendió poco sobre la causalidad y el tratamiento de la anorexia. A comienzos del siglo XX, erróneamente fue considerada una enfermedad endócrina (enfermedad de Simmond) (Raimbault & Eliacheff, 1991; Gordon, 1994) y las pacientes fueron tratadas con extractos tiroideos hasta mediados de 1930. Esto se revirtió con los aportes de Decourt y Michard, y desde la década del cincuenta se concibe la etiología de la anorexia como de origen psíquico (Decourt & Michard, 1949).

Conclusión

Haciendo eco en las investigaciones que vimos al comienzo en torno al paradigma neurocientífico, sus hiancias y puntos ciegos –los cuales resuenan en lo sucedido en la década de los treinta del siglo pasado- exponemos las siguientes conclusiones y líneas de trabajo ulteriores:

a) El hecho de que existan muchos tratamientos pero pocos que hayan mostrado niveles medios de eficacia en comparación a otras patologías da cuenta cuán compleja es la clínica de la anorexia así como también nos obliga a relanzar el trabajo, interrogando los basamentos y coordenadas elementales que lo sostienen. La lectura de los clásicos es una vía posible.

b) En lo que refiere a la nominación, vimos que los autores coinciden en llamar "anorexia" al cuadro. Gull, quien primero prefirió apepsia histérica, termina criticando la denominación "histérica" ya que excluía a los pacientes hombres. Freud delimitó anorexias por el lado de la melancolía –en consonancia con Lasègue- y por el lado de la histeria, a las cuales denominó también nervosas, terminología homóloga a la utilizada por Morton y Gull. Charcot ubicó a la anorexia en el litoral de la histeria y Janet teorizó sobre una modalidad histérica de la anorexia y una obsesiva.

c) Los cuatro psiquiatras, si bien con algunas diferencias, apuestan a una causalidad orgánica, acentuando también factores de tipo psíquico. Probablemente allí el mérito de Freud de pensar una etiología psíquica inconsciente para el padecimiento. La confusión que llevó a tratar la anorexia en las primeras décadas del siglo XX como una enfermedad endócrina da cuenta el necesario retorno a esta disquisición realizada por los autores.

d) Los cinco autores hacen énfasis en la dificultad y el cuidado del abordaje, especialmente en las etapas preliminares. Lasègue propone al médico silenciar un juicio favorable o premonitorio de una pronta curación al igual que Janet. Gull focaliza en la inminente posibilidad de muerte por inanición, punto crucial y máxima señal de alarma. Freud nos anotició del trabajo interdisciplinario y no recomendó el psicoanálisis para los estadios agudos de la enfermedad. No podríamos dejar de mencionar aquí lo que luego conceptualizó como reacción terapéutica negativa.

e) El trabajo con la familia es una coordenada tenida en cuenta por todos los autores, especialmente ligada a la angustia de los otros significativos y cercanos al paciente. Esto se suma al incremento en la demanda de tratamiento para pacientes con anorexia, así como también del número de pedidos por parte de familiares y amigos cercanos a los pacientes. Gull ya había dado cuenta lo paradojal de la incidencia de la familia en la sintomatología, ya que algunas veces

acompañaban la cura, y muchas otras eran "los peores acompañantes para el paciente", argumento muy cercano a lo que Freud pensaba en relación a la neurosis de los pacientes y su vínculo con la familia. La intervención de Charcot en el caso de la joven de Angoulême es bastante gráfico en este punto. f) Los autores coinciden en la descripción general del cuadro. Emaciación abrupta, incremento de la actividad física, sintomatología corporal varia (dolores gástricos, vómitos, diarrea, constipación, modificación de pulso y ritmo cardíaco). En relación al rechazo y la tenacidad implacable, Freud coincide, y si bien no describe todos los síntomas antes expuestos, por sus apreciaciones sobre la histeria también se aproximan a sus teorizaciones. Gull agrega amenorrea, síntoma patognomónico luego removido. Las problemáticas de la imagen corporal son leídas como una idea delirante para Lasègue y Janet, y como miedo a engordar por éste último y Charcot.

g) Un dato llamativo es encontrarnos en la consulta con una mayor cantidad de pedidos de tratamiento de pacientes de sexo masculino así como también de pacientes, de ambos sexos, de edades variadas. A pesar de ello, lo delimitado por los autores se aplica al groso de la población que consulta: mujeres de entre 16 y 35 años.

Referencias

Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (5.th ed. DSM-5). Madrid, España: Panamericana.

Antebi, D. (2009). Charles Lasègue: La nueva mirada. En De Goldman, B. (Comp.) *Anorexia y bulimia. Un nuevo padecer*. Buenos Aires, Argentina: Lugar, 13-23.Arcelus, J, Mitchell, AJ, Wales, J, Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. En Archives of General Psychiatry, 724-731. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry. 2011.74.

Baker, J, Schaumberg, K., Munn-Chernoff, M. (2017). Genetics of Anorexia Nervosa. En Current Psychiatry Reports, 2017, 84. DOI:10.1007/s11920-017-0842-2.

Bercherie, P. (2014). *Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico*. Buenos Aires, Argentina: Manantial.

Berkman, ND, Lohr, KN, Builk, CM. (2007). Anorexia nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials. En International Journal of Eatings Disorders, 310-320. DOI:10.1002/eat.20367.

Birmingham, C, Su, J, Hlynsky, J, Goldner, E, Gao, M. (2005). The mortality rate from anorexia nervosa. En International Journal of Eating Disorders, 143-146. DOI:10.1177/1755738015594475.

Boraska, V., Franklin, C., Bulik, C. (2014). A genome-wide association study of anorexia nervosa. En Molecular Psychiatry,1085-1094. DOI:10.1038/mp.2013.187.

Calvino, I. (1995). *Por qué leer los clásicos*. Barcelona, España: Tusquets.

Dalfradi, B; Nezhad, G. (2014) Ernest-Charles Lasègue (1816-1883). En Journal of Neurology, 2247-2248. DOI: 10.1007/s00415-013-7194-6.

Charcot, J.M. (1890). De l´isolement dans le traitement de l´hystérie. *Œuvres Complètes*, T. III. (pp. 243-246). Paris: Lecronier, 1890. Recuperado de https://archive.org/details/oeuvrescompltes00babigoog.

Decourt, J., Michard, J. (1949). Les rapports de l'anorexie mentale et de la maladie de Simmonds; aperçu historique et position actuelle du problème. En La semaine des hôpitaux : organe fonde par l ´Association d´ enseignement medical des hôpitaux de Paris, 3343-3352.

Freud, S. (2007). Un caso de curación por hipnosis. *Obras Completas*, vol. I. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu, 25-40. Escrito original de 1892-1893.

Freud, S. (2007a). Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos: comunicación preliminar. *Obras Completas*, vol. II. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu, 27-45. Escrito original de 1893.

Freud, S, & Breuer, J. (2007b). "Estudios sobre la histeria". *Obras Completas*, vol. II. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu, 27-313. Escrito original de 1893-1895.

Freud, S. (2007c). Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas. *Obras Completas*, vol. I. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu, 191-210. Escrito original de 1895.

Freud, S. (2007d). Manuscrito G. *Obras Completas*, vol. I. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu, 2007, 239-246. Escrito original de 1895.

Freud, S. (2007e). El método psicoanalítico de Freud. *Obras Completas*, vol. VII. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu, 233-243. Escrito original de 1904.

Freud, S. (2007f). Sobre psicoterapia. *Obras Completas*, vol. VII. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu, 243-258. Escrito original de 1905.

Freud, S. (2007g). La novela familiar de los neuróticos. *Obras Completas*, vol. IX. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu, 213-220. Escrito original de 1908.
Freud, S. (2007h). Sobre la iniciación del tratamiento. *Obras Completas*, vol. XII. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu, 121-144. Escrito original de 1913.
Freud, S. (2007i). Conferencias de introducción al psicoanálisis. Conferencia XXVIII: La terapia analítica. *Obras Completas*, vol. XVI. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu, 408-440. Escrito original de 1916-1917.
Freud, S. (2007j). De la historia de una neurosis infantil (el Hombre de los Lobos). *Obras Completas*, vol. XVII. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu, 1-111. Escrito original de 1918.
Goldbloom, D. (1997). The early Canadian history of anorexia nervosa. En The Canadian Journal of Psychiatry, 163. DOI: 10.1177/070674379704200206.
Gordon, R. (1994). *Anorexia y bulimia. Anatomía de una epidemia social*. Barcelona, España: Ariel.
Gull, W. (1997). Anorexia Nervosa (Anorexia Hysterica). En Obesity Research. Vol. V., 498-502. DOI: 10.1002/j.1550-8528.1997.tb00677. Escrito original de 1873.
Iturrioz, M. (2009). Algunas observaciones sobre la anorexia en Freud. En De Goldman, B. (Comp.) *Anorexia y bulimia. Un nuevo padecer*. Buenos Aires, Argentina: Lugar, 23-33
Janet, P. (1903). Les obsessions et la psychasthén. París: Alcan. Recuperado de https://archive.org/details/lesobsessionset01janegoog/page/n8.
Lanteri-Laura, G. (1990-1991). Introducción al texto de Charles Lasègue sobre la anorexia histérica. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*., I. (2) (pp. 55-57). Buenos Aires, Argentina: Polemos.
Lasègue, C. (1990-1991). La anorexia histérica. Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría, I. (2), 58-64. Buenos Aires, Argentina: Polemos. Escrito original de 1873.
Lasègue, C. & Farlet, J. (1998). La folie à deux. *Alucinar y Delirar*. Tomo I. Buenos Aires, Argentina: Polemos, 1998, 43-79. Escrito original de 1877.
Laségue, C. (1998). El delirio alcohólico no es un delirio, sino un sueño. *Alucinar y Delirar*. Tomo I. Buenos Aires, Argentina: Polemos, 141-163. Escrito original de 1881.
Millar, HR; Wardell, F; Vyvyan, JP; Naji, SA; Prescott, GJ; Eagles, JM. (2005). Anorexia nervosa mortality in Northeast Scotland, 1965-1999. En American Journal of Psychiatry, 753–757. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.4.753.
Moncrieff Boyd, J. (2016). Anorexia Nervosa (Apepsia Hysterica), Sir. William Gull, 1873. En Journal of Advances in Eating Disor*ders*, 112-117. DOI: 10.1007/s00415-016-8250-9.
Pearce, JM. (2004). Richard Morton: origins of anorexia nervosa. (2004). En European Neurology, 191-192. DOI:10.1159/000082033.
Raimbault, G. & Eliacheff, C. (1991). *Las indomables figuras de la anorexia*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
Sullivan, PF. (1995). Mortality in anorexia nervosa. En American Journal of Psychiatry, 1073–1074).
Walunsinki, O. (2016). Neurology and Neurologists during the Franco-Prussian War (1870-1871). En Frontiers of Neurology and Neuroscience, 77-92. DOI: 10.1159/000442595.
Zeeck, A; Herpertz-Dahlmann, B; Friederich, H; Brockmeyer, T; Resmark, G; Hagenah, U; Ehrlich, S; Cuntz, U; Ziptel, S; Hartmann, A. (2018). Psychotherapeutic Treatment for Anorexia Nervosa: A Systematic Review and network meta-analysis. En Frontiers in Psychiatry, 158. DOI: 103389/fpsyt.2018.00158.
Zipfel, S; Lowe, B; Reas, DL; Deter, HC; Herzog, W. (2000). Long-term prognosis in anorexia nervosa: lessons from a 21-year follow- up study. En Lancet, 721-722. DOI:10.1016-7S0140-6736(99)05363-5.

Fecha recibido: 27-07-2019
Fecha Aceptado: 06-09-2019