

Chandler, Eduardo

*El abordaje psicoterapéutico de la anorexia
nerviosa: técnica y artesanía*

Revista de Psicología Vol. 1, N° 1, 2005

Este documento está disponible en la Biblioteca Digital de la Universidad Católica Argentina, repositorio institucional desarrollado por la Biblioteca Central "San Benito Abad". Su objetivo es difundir y preservar la producción intelectual de la Institución.

La Biblioteca posee la autorización del autor para su divulgación en línea.

Cómo citar el documento:

Chandler, E. (2005). El abordaje psicoterapéutico de la anorexia nerviosa : técnica y artesanía [en línea]. *Revista de Psicología*, 1(1).

Disponible en: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/abordaje-psicoterapeutico-anorexia-nerviosa-chandler.pdf> [Fecha de consulta:.....]

El abordaje psicoterapéutico de la anorexia nerviosa: técnica y artesanía

Eduardo Chandler
Pontificia Universidad Católica Argentina

Resumen

Este trabajo intenta revisar los hallazgos y desarrollos terapéuticos logrados desde el comienzo de la historia reciente de la anorexia nerviosa hasta nuestros días. Destaca también la importancia esencial que revisten tanto el abordaje interdisciplinario del síndrome psico-nutricional agudo, como el vínculo empático a nivel del trabajo psicoterapéutico personalizado, elaborado, profundo y –por lo tanto– necesariamente prolongado, que debe tener lugar después de haber logrado el alivio del cuadro inicial.

Abstract

This article reviews the findings and therapeutic developments since the beginning of the modern history of Anorexia Nervosa up-to now. It also highlights the essential importance of the interdisciplinary approach to the psico-nutritional acute syndrome as the emphatic relationship in the psychotherapeutic task. This, has to be a personalized, elaborated and deep experience and also must be long enough to reach the goals the patient needs to get.

Palabras clave: Anorexia Nervosa, Empathy, Identity, Therapy.

Correspondencia: Eduardo Chandler
Facultad de Filosofía y Letras. Pontificia Universidad Católica Argentina.
CP: 1107AFD Buenos Aires Argentina.
chandler@uolsinectis.com.ar

Introducción

“Adelgazo, luego existo...”¹

Dedico este trabajo a M.J., a E.D. y a otras pacientes de cuyo sufrimiento aprendí y a quienes quise ayudar mucho más de lo que pude...

En el difícil arte de la psicoterapia, el vínculo paciente-terapeuta suele sellar, aún mediante pequeños detalles, el destino de la persona enferma. A esta máxima clínica no es ajeno –especialmente en sus primeras etapas– el tratamiento de las jóvenes anoréxicas, pues con estas pacientes la relación terapéutica suele estar signada, ya desde el comienzo y por una variedad de razones que iré puntualizando oportunamente, por el doble estigma de la difícil comunicación y la fragilidad.

El objetivo de este trabajo –producto de la armonía entre la profusa lectura y la práctica clínica, institucional y privada de los últimos diez años– es reflexionar acerca de algunas dificultades técnicas, especialmente al inicio del tratamiento, que es cuando los síntomas suelen estar fuera de control y el caos familiar arrecia. Es aquí donde puede estar en riesgo la continuidad de la terapia tanto como el futuro mismo de la persona. Busco revisar, repensar y proponer ideas sobre la metodología del trabajo psicoterapéutico a quienes ya han iniciado su experiencia asistencial en el área de los trastornos en la conducta alimentaria.

Refiere Brusset (1990) que en los últimos treinta o cuarenta años se han dado a conocer trabajos que proponían tratamientos diversos para la anorexia nerviosa (A. N.), yendo desde los psicofármacos, la insulino-terapia y la internación “carcelaria” con alimentación forzada, hasta el psicoanálisis. Existe consenso general acerca de que cuanto más escotomizado y parcial sea el abordaje empleado, más resonante será el fracaso observado.

Por otra parte, P. Jeammet (1994) señala, en “El abordaje psicoanalítico de los trastornos en las conductas alimentarias”, que el tratamiento de estas pacientes suele ser exitoso en la mayoría de los casos (yo agregaría que esto es así siempre que las cosas se hagan bien y se les dé tanto al terapeuta como a la paciente el tiem-

po necesario). Recuérdese que los trastornos en la conducta alimentaria son patologías capaces de hacer peligrar la vida e incluso –lo que es más frecuente– condenar a la persona que los sufre a sobrevivir en una mutilante cronicidad.

Si bien es cierta aquella máxima de Huchard ² de que “a una enfermedad psíquica hay que oponerle un tratamiento psíquico”, fueron Lasègue y Gull quienes atribuyeron origen psíquico a la AN y Charcot y Déjerine quienes sistematizaron su tratamiento, centrándolo en el aislamiento de la enferma en un ambiente firme y continente que preconizaba el favorecimiento de una alianza terapéutica productiva basada en la “comprensión” y la “autoridad” (Brusset, 1985).

Es inconcebible hoy en día pensar en tratar a una AN –tanto más cuanto menos se haya cronificado el síndrome– con un criterio no interdisciplinario y solamente centrado en *superar el síntoma* de la restricción alimentaria. Sobre ello se expresaron en otros artículos Chandler, (2001) y Chandler y Rovira (2001). Recuérdese que debajo del síntoma alimentario yacen las dificultades de personalidad presentes en cada caso y que más del 50% de las anoréxicas que han sido recuperadas sintomáticamente presentan, tiempo después (a veces varios años), distintos trastornos psiquiátricos severos (Jeammet, 1994).

Por razones de extensión no se detalla la historia de los tratamientos mencionados; remito, por lo tanto, al final de este artículo a las referencias bibliográficas que bien ilustran al respecto.

De lo ensayado contemporáneamente menciono aquí lo que considero son procedimientos clave, dado que concilian una base teórica firme con la práctica artesanal que toda tarea terapéutica implica.

Evaluación inicial e indicación terapéutica

El tratamiento del síndrome anoréxico agudo es, en gran medida, de orden pragmático y está orientado a corregir las anormalidades anatómicas y funcionales específicas que manifiesta la persona. Sus objetivos, así como el cuadro de situación general –con especial referencia al diagnóstico, al pronóstico probable y al curso terapéutico a seguir– serán siempre explicados claramente, tanto a la fami-

lia como a la generalmente reticente enferma, y el plan terapéutico diseñado será llevado a cabo meticulosamente y con cierto recelo por parte del equipo interviniente (especialmente en lo referente a éxitos rápidos). En la segunda mitad del siglo XX fueron ensayados, siguiendo líneas de pensamiento inspiradas en un mayor o menor grado de empiria, tratamientos diversos para la AN. Así, se probaron –con resultados variables y la mayoría de las veces con poco o ningún seguimiento evolutivo– desde psicofármacos de todo tipo y tratamientos de shock (Insulina, por ejemplo, en la década del sesenta), hasta las psicoterapias más variadas, como la cognitivo-conductual con hiperalimentación, la psicoterapia familiar como eje del tratamiento (preconizada por Salvador Minuchin a principio de los años setenta) (Minuchin, Rosman y Baker, 1978) y, como ya señalé, el mismo psicoanálisis, y dentro de él, enfoques teóricos diversos. En todos estos abordajes, el reduccionismo de la mirada terapéutica fue responsable de cronificaciones posiblemente evitables. Creo que otra historia contemplaríamos hoy si se hubiese aplicado el actual espíritu interdisciplinario.

La interdisciplina preside y fundamenta una concepción terapéutica en la cual los fenómenos somáticos tienen un lugar de merecido privilegio. En la A. N., este modo de comprender la enfermedad y su tratamiento, contrarresta la violenta escisión cuerpo-mente que la enferma sufre (Chandler, 2001; Chandler y Rovira, 2001; Brusset, 1990).

Lo que no se ha podido disimular en muchos de los escritos que describen los intentos pioneros de ayudar a estas jóvenes, son las manifestaciones de lo que hoy conocemos como contratransferencia negativa, lamentablemente actuada, con tanta frecuencia, por los profesionales que quedan atrapados en la lucha de poderes con las anoréxicas (Chandler, 1998). El gran dilema clínico de estar ante una paciente con un síndrome de reciente instalación o ante el resumen de un cuadro ya cronificado, surge con claridad de la lectura de lo expuesto (si hablamos de un *síndrome* –del griego *syn*: con; *dromos*: movimiento– en sentido estricto, estaremos haciendo referencia a un conjunto de elementos interrelacionados que avanzan en un sentido determinado. En el caso de la AN, debemos tener siempre presente que ese curso nos puede llevar a la cronificación del cuadro o a la muerte).

De todo lo publicado se destila un fenómeno en común que es la dificultad de tolerar, tanto por parte de los médicos como del personal que los ayuda, la exaspe-

ración que produce la batalla de voluntades con estas pacientes, lucha tanto más intensa cuanto más cronificada se halla la enferma. Esto suele llevar a un difícil monitoreo a largo plazo de las pacientes así como a una confusión entre *lo urgente y lo importante*, con lo cual se centran los esfuerzos terapéuticos en la negativa a comer y se descuida el verdadero problema de fondo que es el de la psicopatología personal, familiar –y socia– en juego en cada caso (Chandler-Rovira, 2001, p. 3; Brusset, *et al.*, 1990, p. 202).

No obstante, observa Jeammet (1994), con claridad, que si la paciente se comunica *con conductas*, no cabe –al principio al menos, agregaría yo– responderle *con palabras* que expresan fantasías.

Los objetivos terapéuticos generales

Existen criterios –más o menos coincidentes– en cuanto a los objetivos a alcanzar, en un sentido general y estableciendo las prioridades clínicas correspondientes, en el tratamiento de la AN. La pérdida de peso significativa y rápida (pocos meses), provocada mediante el ayuno autoimpuesto inapelable es una causa coadyuvante de muchos de los variados síntomas que sufre la anoréxica (Halmi, 1994; Garner, *et al.*, 1997).

Incluso su funcionamiento psíquico perturbado actual puede estar agravado por su estado de desnutrición y no deberse solamente a razones primariamente intrapsíquicas. La misma “fobia al peso”, descrita por Arthur Crisp (1980) mejora –paradójicamente– con la recuperación nutricional. Cabe, por supuesto, definir con precisión en qué momento y con qué énfasis se cargará el acento en cada uno de los objetivos mencionados. Esto cambia en una enferma aguda, subaguda o crónica.

Siguiendo a Hsu (1990), los objetivos terapéuticos generales son seis:

- 1) Recuperar el peso
- 2) Establecer hábitos alimentarios sanos.
- 3) Corregir la búsqueda anormal de delgadez.
- 4) Mejorar el estado psíquico inmediato de la enferma.
- 5) Tratar las complicaciones somáticas y psíquicas del ayuno.
- 6) Evitar, en lo posible, las frecuentes recaídas.

Los enfoques asistenciales que pueden verse en nuestro medio son de dos tipos diametralmente opuestos –dado que es iatrogénico uno y terapéutico el otro–. El primero, afortunadamente poco frecuente y, al que, tal como es aplicado en ciertos casos, bien le cabe la aguda denominación que una vez leí de “sado-conductista”: se ocupa solamente de *aplastar* al síntoma y nada tiene que ver con el método cognitivo-conductual pulido y respetuoso de la persona que he conocido en Canadá.

El segundo, es el abordaje psicodinámico integrado a un esquema terapéutico interdisciplinario y basado en el vínculo humano con la paciente. Sobre él intento reflexionar en este trabajo.

Abundar sobre la terapia cognitivo-conductual de la cual Christopher Fairburn ha sido un precursor en Inglaterra cuando la describió para la Bulimia Nerviosa (Oxford, 1981), excede las posibilidades de este artículo. Brevemente diré, a fin de mostrar sus fundamentos, que consiste en la supresión de los síntomas urgentes, *en el marco del sostén emocional adecuado*. Una vez que este proceso está en marcha, es conveniente (se puede decir necesario) complementarlo con una psicoterapia focal individual de *insight* acompañada de un elaborado trabajo a nivel de la imagen corporal, las relaciones familiares, etc., cerrada trama terapéutica que –preferiblemente realizada en el marco integrador del Hospital de Día– logra, paulatinamente, una estabilización de la paciente. Logrado esto, se deberá procurar una consolidación de su mejoría en una tercera etapa extra-hospitalaria del tratamiento, realizando una psicoterapia de base psicodinámica, tan profunda como sea posible.

En los siguientes puntos se desarrollan algunas precisiones de orden técnico referidas al abordaje psicodinámico individual de la paciente anoréxica luego de que sus síntomas alimentarios han dejado de ser el centro de la escena terapéutica. Es precisamente en esta etapa donde se juega el pronóstico a largo plazo, pues si no se logra un verdadero *cambio psíquico*, lo más probable es que se observen recaídas y otras complicaciones.

La posición terapéutica actual

La restauración del peso corporal sigue siendo, como lo fue –lógicamente– siem-

pre, un componente esencial del tratamiento, pero el intento de adaptar e incorporar distintas formas de psicoterapia ha ido transformando al abordaje, ya desde sus primeros momentos, en interdisciplinario. También se ha ido relativizando aquella indicación estricta de los maestros pioneros de centrar el esfuerzo en la realimentación de la paciente aislada de su familia y de su ambiente habitual para que recupere “todo el peso posible en el menor tiempo posible” y se ha ido otorgando un papel cada vez más importante a la participación familiar ya desde el comienzo mismo del tratamiento.

Ha ido, asimismo, ganando aceptación el modelo de Hospital de Día (Treasure, Todd y Szmukler, 1995; Piran y Kaplan, 1990; Kaplan y Olmsted, 1997), posibilidad terapéutica muy bien desarrollada actualmente. Esta indicación, no obstante —y como detallaremos luego— vale para pacientes que se encuentran por encima del peso mínimo aceptable para su deambulaci3n, prevaleciendo siempre ampliamente la pr3ctica de la internaci3n cl3nica como forma privilegiada de mejorar, m3s o menos r3pidamente, el bajo peso preocupante.

Los riesgos de trabajar los s3ntomas aisladamente (o como 3nico objetivo terap3utico)

El *triunfo* profesional sobre el s3ntoma urgente y dram3tico naturalmente alivia a la familia, pero hemos visto que si la actitud m3dica es omnipotente, este logro se constituye en un peligroso est3mulo de orden narcisista que promueve el *furor curandi* que, tras la justa causa de evitar la muerte preanunciada por el deterioro f3sico, desata la violencia de ciertos tratamientos y empeora la situaci3n ps3quica (y vincular) de fondo (Selvini Palazzoli, 1992, p. 11).

Seg3n lo dicho hasta aqu3, resulta alarmantemente claro c3mo, sobre la base del desentendimiento entre la paciente, su familia y quienes la atienden, pueden formarse alianzas indeseables, promovidas por el agotamiento y por la renegaci3n desafiante y enloquecedora de la enferma. Familia y profesionales, desesperados por la impotencia al no conseguir que la joven decline en sus inicuas dietas, su fren3tica actividad y sus dem3s comportamientos, s3lo recogen de la enferma, entre sonrisas vacuas, la inescrutable sentencia de que se siente “mejor que nunca” (pi3nsete entre nosotros que para ellas, capitular ante la autoridad que otra persona representa —el m3dico ahora y un objeto primario antes— las enfrenta a la angus-

tía de la disolución psíquica, disimulada bajo el manto de su tenaz resistencia a ceder). Familia y profesionales encuentran, finalmente, colmada su paciencia y se entregan entonces a una escalada terapéutica intervencionista enfocada exclusivamente a lo manifiesto y tan violenta como inútil en cuanto al objetivo a largo plazo, que debe ser el de la modificación verdadera y sostenida de la conducta alimentaria perturbada. Esta modificación, fundada en el mejoramiento del vínculo que la paciente tiene con las necesidades que involucran a los objetos –necesidades temidas en la medida en que expresan al instinto vivido como incontrolable–, es el único concepto de curación que puede ser considerado válido, en tanto implica un verdadero *cambio psíquico* (Chandler y Rovira, 2001).

Se puede obligar a una anoréxica a comer, pero no la podemos obligar a que *desee* comer y mucho menos lograremos, por la fuerza, que incorpore con ese alimento a un objeto bondadoso que habite su mundo interior vacío. Como tan bien señala Brusset (1985) entregarse a esta “pulseada terapéutica” sólo asegura que quien sea que gane, en realidad, pierda. Además, si la enferma se somete y come, la revancha no se hace esperar y la restricción alimentaria pronto reaparecerá, fortalecida.

El trabajo exclusivo con el síntoma implica no distinguir entre epifenómeno y esencia, al tiempo que no hace lugar a las motivaciones inconscientes en juego. Es dar por terminado algo que aún no fue comprendido y es, además, correr el riesgo de prestar ropas nuevas al síntoma anoréxico para que reaparezca con otro aspecto, especialmente el de síntomas graves de carácter, obesidad y, eventualmente, manifestaciones psicóticas.

La escucha empática y el problema del “Burn-Out”

Si bien la escucha empática es un instrumento clínico de importancia primordial desde el primer contacto con el paciente, es en la etapa de psicoterapia de base psicodinámica cuando esta calibrada herramienta muestra su pleno valor terapéutico.

Es importante no sentir incomodidad al tratar con estas pacientes (con cierta frecuencia se escuchan expresiones de rechazo en algunos profesionales) y lograr escucharlas con atención e interés desde el primer momento evitando cuidadosa-

mente realizar intervenciones intrusivas, a las cuales las pacientes anoréxicas son particularmente sensibles. Las jóvenes que presentan anorexia restrictiva (y por su necesidad de sostener la ilusión de autonomía) suelen reaccionar en forma adversa a toda acción que entiendan como destinada a dominar su pensamiento o su conducta. Recordemos que ellas frecuentemente aceptan nuestro tratamiento como único recurso para evitar ser internadas compulsivamente (Chandler, 2001).

Es indispensable obtener, desde un primer momento, un registro –tan sensible como se pueda– tanto de lo que ella sufre como de lo que uno logra co-vivenciar con ella. Este sereno espejamiento en la escucha, clima esencial y fundante repetido regularmente desde el inicio permitirá, con el tiempo y el trabajo, ambientar de confianza la relación e ir *creando estructura* en el psiquismo de la paciente (Ornstein, 1997).

Cuando, debido a las particularidades de la personalidad de la joven enferma y / o a la falta de resonancia empática adecuada y suficiente del terapeuta, existen fallas en la comprensión de lo que está ocurriendo a nivel del vínculo entre ambos, se ve favorecida la aparición de vivencias y actuaciones contratransferenciales negativas. Como bien señalan Jeammet (1994) y Brusset (1985, p. 259), lo más específico de la anoréxica es la contratransferencia que induce, tanto con su aspecto físico como con su conducta.

El terapeuta dispuesto a tratar a las tan desafiantes como apasionantes enfermas anoréxicas se encuentra ante un muro pétreo que amenaza con hacer pedazos a quien intente atravesarlo. Los embates a la autoestima del profesional, la desconfianza en él y en su método, los súbitos empeoramientos –tanto en el estado físico como en la endeble disposición de la paciente a dejarse ayudar– los ataques al encuadre y las paradójales exigencias sin límites ni gratitud, pueden llevar al desfallecimiento del terapeuta, al repliegue de su interés y a la “deposición de las armas” con las que intentaba abrirse paso a través de la trama cerrada de ideas máximas que expresan a un Ideal del Yo arcaico y corporal y que condicionan tan intensamente la conducta de la joven enferma, tanto a nivel alimentario como a nivel general.

Este cuadro, descrito como “Síndrome de desgaste profesional” o “*Burn-Out*” (Meerof, 1997) y referido a los fenómenos del equipo terapéutico, es res-

ponsable del cansancio, el desinterés y las dudas de determinados profesionales acerca de su capacidad para la tarea clínica y, junto con la impotencia y la frustración, puede inducir el sentimiento de rechazo hacia la paciente. Esto resulta doblemente peligroso pues, además de quedar ella sin tratamiento, se refuerza su tanática fantasía omnipotente de *haber triunfado* sobre el amenazante enemigo quien, finalmente doblegado, “no pudo con ella...”. Al decir de Bernard Brusset (1985), estas enfermas “sólo ceden ante el cadáver psíquico de quien intentó rescatarlas...” (el terapeuta ahora y la familia antes que él). Lo dicho hasta aquí afecta tanto al profesional en función psicoterapéutica como en función médica (clínica y nutricional).

El contrato de trabajo –no me refiero solamente al clásico concepto de “contrato” psicoanalítico o psicoterapéutico, sino a todo lo acordado y a cumplir respecto del tratamiento en general– las saca de la posición de desmentida, y además funciona como el “tercer elemento”, el padre, figura que instala un orden entre la paciente y su madre (Jeammet, 1994).

La psicopatología de la anorexia restrictiva

Nuevamente, la comprensión de la psicopatología de las anoréxicas restrictivas –es decir, aquellas que no presentan comportamientos bulímicos sobreagregados a la restricción severísima en su ingesta– resulta indispensable, pues, ejercer un severo y eficaz control sobre su peso, sus formas corporales y sus objetos, constituye una condición necesaria para sobrevivir psíquicamente (téngase presente, al leer estos conceptos, que no hablo de la dimensión psicopatológica del *deseo*, sino de la dimensión de la *necesidad*) (Chandler, 2001, pp. 47-55; Jeammet, 1994, p. 38; Selvini Palazzoli, 1992, p. 3).

Se entiende, entonces, que pretendan una existencia inmaterial, sin un cuerpo que signifique *necesidades* ni *debilidad* (ni deseo que las denuncie) (Selvini Palazzoli, 1992, p. 3).

La voluntad de no comer es, en la anoréxica restrictiva, una determinación firme que se instala –al decir de Selvini Palazzoli (1992)– “de una vez y para siempre” y que va creciendo hasta tornarse refractaria a la argumentación, fami-

liar primero y médica después. El objetivo que acecha oculto detrás de las explicaciones racionales que la paciente ensaya, es sórdido e imperioso: evitar la claudicación de su voluntad ante el deseo de comer, el que subsume a la subjetividad deseante toda.

Para ella y en un plano conciente, contraponer un “no” interno e inflexible a su apetito colma su sentimiento de vanidad, el que se va fortaleciendo en la medida en que es sojuzgada la manifestación pulsional que ese apetito representa. Así es como, según Bernardo Rovira(1990)-: “el orgullo (de orden narcisista) se ha vuelto para ellas una meta más preciada que la satisfacción del deseo”[...] En un plano más profundo, el registro es que si come –por claudicación ante la *necesidad* corporal– lo que le es ofrecido por el objeto, *pone en juego la nueva identidad que el ayuno autoimpuesto le provee* y que la ha rescatado de las tinieblas del incipiente sentimiento de *no ser*. (Selvini Palazzoli, 1992, p. 8; Brusset, *et al.*, 1990, p. 190; Brusset, 1985, p. 257; Jeammet, 1994, p. 33).

Deseo y necesidad normalmente se entrelazan en un armónico vínculo dinámico, pero en las enfermas restrictivas ambos están confundidos, y detrás del deseo (al que insisto que no debemos entenderlo aquí tal como lo entendemos en las neurosis) está la dimensión –alienante para el narcisista– de la necesidad. Sentir necesidad la remite a la aterradora dependencia del objeto poderoso (originalmente la madre). En las enfermas anoréxicas, tal como señala Jeammet (1994), “*el deseo es el caballo de Troya del objeto dentro del Yo*”. *En la psicopatología de estas pacientes se ve claramente cómo el déficit estructural quedó “incluido” dentro de organizaciones posteriores de tipo conflictual, combinándose ambas y luego mezclándose, tanto en la presentación clínica como en la vida misma*. Tener esto presente permitirá una comprensión inequívoca de cuanto expongo en este escrito. En este sentido, refiere Brusset lo siguiente: “Las modalidades profundamente regresivas de la relación de objeto asociadas a un Ideal del Yo megalomaniaco, explican la anorexia mental (ó “nerviosa”) como una forma de estructuración próxima a algunas modalidades de funcionamiento de tipo psicótico” (Brusset, *et al.*, 1990). Phillipe Jeammet agrega lo siguiente: “Ninguna referencia nosográfica puede alcanzar para caracterizar las conductas alimentarias, a pesar de que se citan frecuentemente los estados límite [...] lo mismo vale para las personalidades patológicas, ninguna de las cuales es específica de estos trastornos” (Jeammet 1994). Similar posición teórica asume Rovira (1990, pp. 27, 28, 31).

Disociadas profundamente (y en algunos casos en forma irreversible), las jóvenes anoréxicas han logrado que el apetito que sienten sea “de ese cuerpo” y no “de ellas” y aunque no dejan de reconocer –en el plano consciente– que ese cuerpo es suyo, lo tratan como si no lo fuera, llegando al punto de referirse a él en tercera persona y hasta con un dejo de burla y desprecio. Esta ambivalencia hacia su cuerpo, ubicado a mitad de camino entre el Yo y el no-Yo, se debería a que no logran reconocerlo como propio, sino que lo sienten como perteneciente a su madre. Podría dar cuenta de esta vivencia, la siguiente formulación: “este cuerpo *no soy yo, es mi madre* instalada dentro de mí” (Selvini Palazzoli, 1992, pp. 7,9).

Ese cuerpo se ha convertido en depositario carcelario de deseos y necesidades y el control de los mismos queda garantizado controlando a su sede, es decir al cuerpo. Vale reiterar que al decir *deseo* me refiero a la expresión cultural que lo instintivo alcanza, en su conjunto; no uso el término en el sentido estricto en el que se lo utiliza clásicamente en psicología profunda.

Rovira (1990, pp. 25-31) señala que sucede como si al activarse en la pubertad el componente sexual de los instintos –que vela por la supervivencia de la *especie*– este componente sexual, lejos de poder ser integrado en forma adecuada fuera, en las anoréxicas, masivamente confundido con el apetito –manifestación instintiva que vela por la supervivencia del *individuo*–. Así, esta confusión de instintos es indiscriminadamente reprimida (represión primaria) con el resultado de un aplastamiento conjunto –por alienantes– de ambas formas de “apetito”.

Resuelven así estas enfermas (según lo explica Selvini), el dilema adolescente creado por la feminización del cuerpo expresada en términos de formas y peso: decretan *la inmaterialidad de su existencia* e intentan seguir viviendo como “puro espíritu”, como seres descarnados dedicados por entero a actividades intelectuales que –aunque carentes de creatividad– les permitirán, junto con la hiperactividad física y la adicción al trabajo, llevar una existencia en “virtuosa” soledad, evitativamente alejadas de la materia, la sexualidad, las necesidades y todos los *apetitos* que las manifiestan (Chandler, 2001).

A nivel social y reforzando el trofeo de la reafirmación de la identidad subjetiva amenazada que esta existencia les otorga, la “identidad anoréxica” también rescata a estas jóvenes del aterrador peligro de desaparecer como individuos al

quedar alienadas en las formas convencionalmente aceptadas como sanas o en las siluetas masivamente tenidas por bellas, vale decir, en el deseo impersonalizante del “otro social” para quien ella no significa nada más que una forma física con tales curvas y tantos Kilos de peso.

Cabe señalar, de paso, que son sus pares quienes más deletéreamente presionan a los jóvenes para –amenazas de exclusión mediante– reclutarlos en prácticas y modas muchas veces absurdas, cuando no peligrosas (hacer dietas, fumar y consumir alcohol y drogas son algunos de los ejemplos más comunes). Es cierto también, que esos mismos pares –al menos esto es lo que sucede, cada vez más, en los casos de anorexias incipientes– son quienes logran el primer registro de lo anormal de la forma de comer o de la sospechosa delgadez de la joven (cuando muchas veces su propia madre no lo ha notado...)

Otras precisiones técnicas para la tarea psicoterapéutica

En el intento de abundar más en algunos detalles del abordaje psicodinámico individual diré, habiendo comprobado reiteradamente lo que afirman observadores experimentados, (Brusset, *et al.*, 1990; Jeammet, 1994) que no resulta útil tener con estas pacientes –por lo menos al comienzo de la tarea– la estructuración y puesta en escena de un encuadre acentuadamente rígido y pautado como es el psicoanalítico tradicional, ni la actitud verbal y presencia virtual típicas del psicoanalista clásico (Brusset, 1985). Estas pacientes no recurren a los terapeutas con una demanda relacionada con ideas o fenómenos egodistónicos ni tampoco tienen una capacidad de auto-observación desarrollada, sino que el núcleo patológico más profundo del que se defienden es el de la primaria confusión Yo-no Yo nunca superada. Además, sus actuaciones son frecuentes (y a veces graves) y sus defensas de orden predominantemente narcisista, y aún maníaco.

Si bien es difícil ofrecer recetas terapéuticas prácticas –si existen–, lo que es claro es la importancia de que la alianza terapéutica surja y con el tiempo vaya echando sus raíces, lo que cuesta más en la medida en que predominan las características narcisistas en la personalidad de la paciente. Es en este necesario clima de colaboración donde se le mostrará paulatinamente, a su también desnutrido Yo “observador”, todo aquello que pueda abrir la mente de la paciente al *insight* acerca de las crípticas motivaciones de sus comportamientos, así como a que

es ella misma, en gran medida, la fuente de lo que le sucede con su cuerpo y con su mundo circundante.

Esto último suele ser un obstáculo que requiere gran esfuerzo remover, dado que son pacientes que no pueden ver de qué manera participan en lo que les sucede, y en nuestro intento de que logren registrarlo, corremos el riesgo de despertar sus siempre acechantes defensas paranoides, por lo cual fácilmente sienten que las estamos criticando o acusando.

Esta tarea debe ser de una introyección, diría –recurriendo a la metáfora alimentaria–, “a pequeños bocados”, suficientemente prudente como para no provocar el vómito proyectivo que recree el vacío interior que ellas experimentan. Es un trabajo, como dice Brusset, “duro, de curso tórpido y de resultado incierto...” que requiere de un vínculo de humana empatía, real, disponible, elástico y sostenedor, capaz de resistir los duros embates del aspecto clivado que lucha por reafirmar la nueva identidad que la enfermedad provee, beneficio al que tanto les cuesta renunciar.

Es que la empatía en la escucha, el gesto y la palabra, así como expresa el funcionamiento propiamente humano de la mente, transmite también a la paciente el inequívoco mensaje de que ese terapeuta es capaz de ofrecerle una respuesta de “confirmación especular” que le permitirá vivir la experiencia de “ser descubierta” en lo que padece y en lo que necesita sin sentirse invadida.

Este proceder nuestro es entonces un modelo identificatorio a internalizar por la paciente y capaz de despertar en la niña, que desde dentro de ella nos observa, su propia capacidad de ser empática consigo misma y con sus objetos a partir de la matriz del vínculo transferencial instalado.

El terapeuta que es tolerante, comprensivo y estable, favorece así el establecimiento, en su paciente, de objetos internos buenos (Klein, 1946) rescatándose oportunamente de la co-vivencia identificatoria y pensando a su paciente en términos teóricos, pero siempre desde adentro del registro empático. El encuadre se va así entibiando adecuadamente para la magna tarea de reparar el *self*, dañado por las fallas en la función narcisizante de la madre (Brusset, 1985). La investidura de la palabra y del símbolo serán, entonces, el paso previo para la elaboración del dolor sin nombre.

En la dinámica del vínculo psicoterapéutico, el profesional –por su función misma– se constituye en “pantalla apta” (Rabih, 1981), para que el paciente desplace sobre él sentimientos de variado signo. En estas pacientes, dada la naturaleza de su perturbación psíquica, este flujo de desplazamientos y proyecciones se caracteriza por ser indiscriminado, violento y masivo, con epicentro en los vínculos primarios y les otorga, por esta razón, la oportunidad –tal vez única– de vivir una nueva y correctora experiencia de vínculo objetal. Esta experiencia tiene la particularidad propicia de que ella no se sentirá ahora nuevamente invadida ni culpabilizada –como tal vez espera– ni tampoco dominada en una pasiva inmadurez eterna, sino que podrá sentir que el terapeuta la guía y le solicita (al tiempo que acepta sin ambivalencias), poco a poco, su colaboración adulta, soportando ante sus ojos atentos las frustraciones de rigor. Es éste el costado débil que algunos profesionales muestran a la hora de trabajar en las estrechas cornisas donde estas pacientes nos llevan con sus incomprensibles ideas y sus irreductibles conductas. Estar disponible y ofrecer una relación continuada evita frustraciones en la paciente, capaces de afectar rápidamente el incipiente vínculo. No haremos lugar en nuestro interior a los múltiples obstáculos contratransferenciales que inexorablemente se presentarán y que se deben a las tentativas de la enferma de provocar interrupciones en nosotros y en el equipo, llevando tantas veces a un desaconsejable cambio de terapeuta, lo cual sólo permite perder tiempo y mantener en la paciente la sensación de que es ella quien controla la situación.

Es aquí donde pueden tener lugar el ya mencionado “*Burn-Out*” y las peligrosas actuaciones contratransferenciales de tipo intrusivo, como son la “violación alimentaria” o la internación punitiva, que en las anoréxicas nerviosas restrictivas solamente logran “engordar” su voluntad de rechazar la comida (y a veces de suicidarse) y en las bulímicas refuerzan las conductas purgativas, con lo cual empujan a las pacientes a la cronicidad (recordemos que cada recaída en la restricción alimentaria le garantiza al aspecto escindido de la enferma anoréxica el control de la situación y contribuye así a reforzar la sintomática sensación de independencia y de autonomía que ella intenta sostener).

Estas pacientes tan difíciles, con múltiples y tempranas defensas reactivadas a fin de no tener contacto emocional con su mundo interior, toman distancia del dolor que ese contacto supone y que su vulnerabilidad les exige esquivar. Esta actitud defensiva se traduce, en el contacto personal con el terapeuta, en la huida de la

relación empática, con una sensación contra-transferencial de no poderlas entender, de tensión o de aburrimiento y desinterés, sin que quede fácilmente a la vista que lo que ellas intentan es protegerse de la disolución de los precarios límites de su *self*, riesgo que el vínculo transferencial implica. Ellas tienden a la fusión en la transferencia, pero a su vez esto las aterra, como si sintiesen que de un vínculo de tales características no hay retorno posible (precisamente la misma fantasía subyace en su actitud hacia la comida y el peso y en el ambiguo vínculo con sus madres Brusset, 1985).

Dados estos elementos psicopatológicos se torna, a mi entender, un hecho crucial que el terapeuta logre y conserve una actitud empática. Las fallas a este nivel, cuando son reiteradas –y por ello patógenas– enfrentan a la paciente con una nueva edición de la falla original, debida con frecuencia a rasgos narcisistas de la personalidad de la madre precisamente señalados por Jeammet (1994, p. 34), cuyas observaciones nosotros corroboramos con frecuencia. De esta manera, la actitud sostenidamente intrusiva de la madre, plagada de identificaciones proyectivas patológicas, es repetida iatrogénicamente en el tratamiento escotomizante de la mera supresión del síntoma, así como en el rellenado forzado del cuerpo delgado de la anoréxica, cuerpo que ella esclaviza como prueba y garantía de su perfección moral e intelectual, tanto como para reafirmar su omnipotencia (Brusset, *et al.*, 1990).

La demanda de fusión

Estas pacientes temen –y en el fondo tal vez lo anhelan “bulímicamente” (anhelo del cual se están defendiendo)– que el terapeuta se constituya, bajo el imperio de la ley “del todo o nada” con que su pensamiento opera, en una parte misma de su ser, madre-alimento fusional que las invade impidiéndoles el sentimiento básico del sí-mismo (Jeammet, 1994, pp. 29-30). Con el tratamiento exitoso, el temor inconsciente de “tragarse” al objeto (Jeammet, 1994, p. 32) se irá atenuando progresivamente, y permitirá así que disminuya la búsqueda ineludible de verse tan delgadas *como necesitan*, para poder probar, tal vez, que no cometieron el acto voraz, inconscientemente deseado y temido... (Goldschmidt de Schevach, 1993).

Sólo cuando han logrado atravesar esta etapa transferencial particular, signada por la identificación primaria y promotora del temor a ser invadida, dominada y

pasivizada por nosotros (Brusset, 1985, p. 273), podrán ensayar un movimiento desidentificador hacia un paulatino funcionamiento mental autónomo y un nascente sentimiento de *ser*. Ayudará a este logro el que siempre actuemos ante ella con modestia y humildad y no como aquel que sabe de ella lo que ella misma no sabe (sensación que le revive lo que sintió ante la madre omnipotente de su infancia) (Selvini Palazzoli, 1992, p. 13).

A veces, el empeoramiento del síntoma expresa el miedo –proyectivamente creado– de la paciente a ser “tragada” por el objeto de transferencia, es decir el terapeuta (Jeammet, 1994, pp. 30-33). La proximidad del objeto constituye una amenaza narcisista y es este temor al poder del objeto y a su imaginaria voracidad, lo que hace tan difícil el abandono del síntoma, pues esto implicaría perder el control sobre sí y sobre el objeto (Selvini Palazzoli, 1992, p. 3).

Esta autora (Selvini Palazzoli, 1992) hace una consideración interesante sobre un aspecto técnico pocas veces tenido en cuenta. Me refiero a la cuestión de si el psicoterapeuta a cargo del tratamiento debe ser varón o mujer... Dice que si es un varón –hecho a veces resistido, inicialmente al menos, por algunas pacientes– puede finalmente constituirse en representante del padre débil y poco presente de la vida real. Este desplazamiento transferencial le permitirá a la niña lograr un trabajo elaborativo auspicioso, aunque nunca sencillo. Si quien se hace cargo de ella es, en cambio, una terapeuta mujer, inevitablemente representará al objeto infantil con el cual el vínculo fue, originalmente, de tipo dependiente. Selvini propone que esto no sea interpretado transferencialmente (a diferencia de lo que sería específico hacer en un enfoque psicoanalítico clásico, el que privilegiaría esta reedición de lo original), sino que sugiere dejar que el vínculo evolucione hacia una relación “entre dos contemporáneas...”, creándose así un foro exogámico favorecedor de la independencia y de la heterosexualidad de la paciente.

Señala Dana Birksted-Breen (1989) que causa notable impresión en los analistas el deseo de fusión con la madre (el cual está claramente a la vista en las bulímicas) que advierten en sus pacientes anoréxicas, y el temor que, a la vez, tal fusión les inspira.

Conviene estar prevenidos acerca de que estas pacientes, dado el generalmente grave trastorno de personalidad subyacente (Sohlberg y Strober, 1994; Brusset *et*

al., 1990, p. 185; Rovira, 1990, p. 31; Selvini Palazzoli, 1992, p. 9; Jeammet, 1994, pp. 27-30), suelen presentar sentimientos de ira y hostilidad que expresan su intolerancia a las fallas empáticas que podemos tener con ellas. En estos casos, puede ser útil reconocer lo que sucede en un plano real y objetivo, lo cual permite –entre otras cosas– descubrir en ellas –y mostrársela– su imperiosa demanda de un objeto *sin fisuras* (recordemos, con Kohut (1971) que la angustia que los pacientes de este tipo experimentan en estas situaciones, está causada por la disminución de la calidad “humana” del vínculo y de la cohesión de su *self*, al no sentirse espejados y protegidos como necesitan).

Las denominadas intervenciones “afirmativas” y no tanto las interpretaciones transferenciales clásicas son lo indicado aquí, dado que favorecen la *creación* de relaciones de objeto, condición –obviamente– previa a su comprensión.

Las interpretaciones clásicas suelen no ser comprendidas –incluso son rechazadas– e incluso puede, eventualmente, resultar dañada la incipiente y esquivada alianza terapéutica (Brusset, *et al.*, 1990, pp. 185,194,205; Jeammet, 1994, pp. 25,41).

En el camino hacia el logro final habrán de obtenerse metas terapéuticas parciales y paralelas, siendo un ejemplo de esto el hecho de que la paciente pueda elaborar las experiencias patógenas que las fallas de empatía materna provocaron, atenuar las vivencias paranoides que sostienen a la transferencia negativa y relacionar sus síntomas alimentarios –especialmente los de orden bulímico– con los afectos subyacentes, diferenciando progresivamente a estos afectos con los de los demás, especialmente con los de su madre.

Así irá naciendo en ella y en función de su fortalecimiento yoico (objetivo privilegiado de nuestro trabajo), la posibilidad de pensar pensamientos propios, de tomar decisiones sola, de auto-observarse, de fantasear y de cuidar de sí misma.

No es imprudente volver a señalar la importancia que reviste el estar siempre atentos para no interpretar en forma apresurada ni a destiempo, falla empática que puede ser sentida por estas pacientes como una acción invasiva, metafórica de la temida alimentación forzada, y promover entonces la aliviadora re-proyección “purgativa” (al estilo del vómito bulímico).

No buscaremos el significado oculto de los síntomas en el sentido en que lo hacemos en un paciente neurótico, sino que la ayudaremos a descubrir, antes que nada, que lo que le sucede *tiene un sentido* (Killingmo, 1989, p. 114 y Brusset *et al.*, 1990, p. 203).

Las intervenciones, adecuadamente dosificadas, necesariamente repetidas, oportunas y sintónicas con las vivencias de la paciente, le permitirán ir reconociéndose en lo que estamos diciendo de ella, lo cual tendrá un efecto organizador y de ampliación de la comprensión de sí misma y de sus necesidades. A éstas las habrá de ir tolerando, así como irá soportando sus limitaciones –y las de uno– hecho perteneciente a la realidad misma... por doloroso que le pueda resultar.

No obstante esto, debemos esperar episodios de furia y de intensa hostilidad ante aquello que sientan como una crítica nuestra, pues en la transferencia repiten necesidades en relación con sus objetos, las que nunca fueron ni comprendidas ni satisfechas. En estos casos valoraremos como una nueva batalla ganada el verla llegar a la sesión siguiente.

Todo lo que he dicho hasta aquí apunta al logro de un clima de comunicación tal que favorezca el establecimiento del diálogo terapéutico y la investidura de una vida psíquica nueva, poblada de contenidos que puedan ser tolerados. Es así como quedará abierto el camino (aunque en general las pacientes no suelen tener –de entrada al menos– la intención de recorrerlo) hacia una psicoterapia cada vez más profunda, la que podrá abordar el dolor psíquico que subyace al trastorno alimentario y mejorar el pronóstico a largo plazo (Brusset, *et al.*, 1990).

Consejos finales

Es importante incluir, a modo de síntesis y dado su valor, la repetición de algunos conceptos centrales que ya han sido señalados y también ampliar –y agregar– otros a los que considero útiles a la hora, siempre difícil, de la decisión clínica y de la ejecución terapéutica:

- 1) El tema de la inclusión de la familia es de gran importancia. Recordemos que la familia de la anoréxica (y especialmente de las jovencitas restrictivas)

suele presentar un estereotipo estructural y funcional determinado (Chandler, 2001) y ante el cual conviene tener en cuenta que la paciente vive con esa familia y depende, en forma real, de ella. Sus padres han decidido y buscado su tratamiento y nos han elegido y/o aceptado.

- 2) Una vez comenzada la psicoterapia, no es prudente hacer sentir a los padres excluidos de la misma. Por supuesto, se entraría en incuas contradicciones si se da a entender que informar a esos padres de cuanto sucede en la intimidad de las sesiones. Me refiero a que cuando los padres solicitan a los terapeutas (lo cual, dado el estado físico y ciertas conductas de la niña, sucede con frecuencia) “unos minutos” para intercambiar opiniones sobre alguna inquietud puntual, se les concederá, luego de haber comunicado la situación a la paciente, y siendo conveniente que ella esté presente.
- 3) Otro tema de difícil manejo es el de prohibirle la concurrencia a la escuela (Selvini Palazzoli, 1992, p. 12). Demás está decir que tal indicación –de naturaleza puramente nutricional, dado que apunta a evitar un gasto calórico que la paciente no tiene posibilidad de afrontar, dada la escasez de reservas energéticas que sufre– no ayuda a preservar un ámbito en el cual la joven ha logrado un rendimiento sobresaliente (tal vez el único que la sostiene). Este rendimiento es una fuente insustituible de suministros narcisistas que refuerzan su identidad (tan endeble en cuanto a la subjetividad misma) y su autoestima socavadas. Solamente un estado clínico muy comprometido justificará esa indicación y en la adopción de esta medida siempre se ofrecerá algún grado de participación a la paciente. No hacerlo así, o no basar la indicación de restricción escolar –o deportiva– en la necesidad de ahorrar energía, hará sospechar que se está ante una actuación contratransferencial negativa de quien realiza la prescripción.
- 4) Mara Selvini Palazzoli, en su célebre trabajo –tan citado en estas páginas– sobre el problema de la muerte y el suicidio en estas pacientes puntualiza, como al pasar, algunos aspectos técnicos que parecen de gran importancia ética y estratégica en el trabajo clínico y psicoterapéutico con las anoréxicas nerviosas. Dice ella, por ejemplo (Chandler, 2001), que los terapeutas no deben ser “policiales” en el interrogatorio, ni cuestionadores ni críticos, pues precisamente así es como han sido tratadas por sus padres –especialmente

por la madre— y así es como son ellas con sus objetos... (y en cierto sentido consigo mismas).

- 5) Queda resistirse a la tentación que pueda producir la contratransferencia concordante (Racker, 1973) cuando la paciente critica a sus objetos —especialmente a sus objetos primarios—. Esta actitud nos pondrá a resguardo al terapeuta de que, en un brusco e inesperado giro paradójico, la paciente se ponga del lado de esos objetos (sus padres, por ejemplo), quedando éste a distancia de ella. Hecho a todas luces inconveniente en cuanto se refiere al logro y al sostén de la tan necesaria —como precaria e inestable— alianza terapéutica.
- 6) En la búsqueda de un movimiento de contrabalanceo de sus sentimientos negativos y de sus temores profundos (consecuencia de su patología de personalidad (Gual, 2002) y causa de muchas de sus conductas actuales), se estará atento a trabajar sobre sus convicciones acerca de ser inferior, no valer y no poder, subyacentes bajo la proclama sintomática (Garner, *et al.*, 1997, p. 128; Selvini Palazzoli, 1992, p. 7).
- 7) Abordar sin demoras ni rodeos las manifestaciones de la transferencia negativa, interpretándola (Selvini Palazzoli, 1992, pp. 9-14).
- 8) Estar atentos a la contratransferencia negativa y a las actuaciones que ella propicia (Jeammet, 1994, p. 39; Brusset, *et al.* 1990, p. 203).
- 9) Ser pacientes: recuérdese, con Jeammet (1994), que el 80% de los casos de anorexia nerviosa tratados por equipos especializados no tienen ya síntomas después de los cuatro años de haber comenzado su tratamiento.
- 10) Apoyar toda iniciativa que las conduzca a establecer vínculos positivos con objetos secundarios.
- 11) No apoyar, en cambio, ninguna actividad ni experiencia para la cual el Yo de estas pacientes no está preparado aún. Deben tenerse especialmente en cuenta las actividades de orden sexual que suelen marcar la salida de una defensa restrictiva férrea en una paciente en evolución hacia una bulimia (tienden a este curso evolutivo aproximadamente la mitad de las anoréxicas) (Jeammet, 1994).

- 12) Ser reservados, a la hora de demostrar entusiasmo, si en una sesión determinada se cuenta, de golpe, que está comiendo mejor. Estas demostraciones, inevitablemente condicionantes de su conducta alimentaria, estarán en todo caso reservadas a otros miembros del equipo interdisciplinario encargados específicamente de su alimentación.
- 13) Jamás expresarse en términos de *belleza o fealdad, delgadez o gordura*, al referirse a su estado físico. Siempre se hará en términos de *salud o enfermedad*.
- 14) Recuérdese que el entregarse a la alianza terapéutica y profundizar en sus vivencias es, para la anoréxica, algo vivido como peligroso y desconocido. El arte de la psicoterapia, entendida en su sentido más amplio, irá reconectándola con sus necesidades, sin que experimente la tan temida desorganización mental.
- 15) Dice Brusset (1985, p. 266): “Todo el arte del terapeuta es, evidentemente, el de aprovechar el momento oportuno para una intervención adecuada [...] en cada caso particular”. “El carácter tardío del diagnóstico y de la toma de control, así como los errores y fracasos terapéuticos agravan considerablemente el pronóstico...”.

Discusiones

Se intentó revisar, en este artículo, las ideas de las que me he servido en el esfuerzo cotidiano de comprender el proceso anoréxico de las jóvenes adolescentes. Me ha ayudado el haber podido integrar con aceptable armonía distintos puntos de vista los que, lejos de encontrarse divorciados, se hallaron complementarios y partiendo todos de una misma realidad clínica compartida.

Déficit y conflicto se imbrican en el mundo interno y en la conducta de nuestras pacientes. También en nuestra mirada y en nuestro proceder terapéutico, debería convivir en asistencia mutua, todo aquello que, antes que nosotros, han observado y pensado quienes nos han precedido en el tan arduo como hermoso esfuerzo de ayudar a quienes sufren.

Bibliografía

- BIRKSTED-BREEN, D. (1989). El trabajo con una paciente anoréxica. *Libro Anual de Psicoanálisis*, Edic. Psicoanalíticas “Imago”, Londres – Lima, 1990: 242.
- BRUSSET, B. (1985). *La anorexia nerviosa*, Buenos Aires: Editorial Planeta.
- BRUSSET, B; Levobici, S; Diatkine, R; Soulé, M. (1990). “La Expresión Somática. La Anorexia Mental de las adolescentes”. *Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente*, Biblioteca Nueva: Madrid, 185.
- CHANDLER, A. E. (1998). Efectos terapéuticos de la relación médico-paciente en la Anorexia Nerviosa, *Revista de la Asociación Médica Argentina*, III, 4: 17.
- CHANDLER, E. (2001). “Escisión y Contexto en la Anorexia Nerviosa”, *Psiqué*, 1.
- CHANDLER, E. y ROVIRA, B. (2001). El Abordaje Interdisciplinario de los Trastornos en la Conducta Alimentaria, *Revista de la Asociación Médica Argentina*, Vol. 1 (114): p. 7-16.
- CRISP, A. (1980). Clinical Features of Anorexia Nervosa, *Psycho Somatic Research*, 24, p. 178-91.
- FAIRBURN, C. (1981). A cognitive behavioral approach to the management of Bulimia, *Psychological Medicine*: 11, 707-711.
- GARNER, D. M. y VITOUSEK, K. M.; Pike, K. M. (1997). Cognitive – Behavioral Therapy for Anorexia Nervosa. *Handbook of Treatment for Eating Disorders*. 2a ed. Garner – Garfinkel (editors). The Guilford Press, New York, 7, p 94-140.
- GOLDSCHMIDT DE SCHEVACH, J. V. (1993). Ideas de Bernard Brusset en: Psicopatología y Metapsicología de la Adicción Bulímica, *Psicoanálisis con Niños y Adolescentes*, 5,74.
- GUAL, P. et al., (2002). Self esteem, Personality and Eating Disorders. Baseline Assessment of a Prospective Population-Based Cohort. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 3: 318-323.
- GULL, W.W. (citado por Treasure, J; Todd, G; Szmukler, G. (1995). The Inpatient Treatment of Anorexia Nervosa, *Handbook of Eating Disorders*, Theory, Treatment and Research, Londres Willey and Sons, p. 275.

- HALMI, K. A. (1994). Current concepts and definitions. *Handbook of Eating Disorders*, J. Londres Wiley and Sons, England, I, 2, 33-34.
- HSU, G. L. K. (1990). *Eating Disorders* The Guilford Press, Nueva York, London, p. 134.
- JEAMMET, (1994). El Abordaje Psicoanalítico de los Trastornos en las Conductas Alimentarias, *Psicoanálisis con Niños y Adolescentes*.
- KAPLAN, A. S.; Olmsted, M. P. (1997). *Partial Hospitalization*. Handbook of Treatment for Eating Disorders. 2a ed. Garner – Garfinkel (editors). New York: The Guilford Press.
- KILLINGMO, BJORN. (1989) Conflicto y Déficit. Implicancias para la Técnica, *Libro Anual de Psicoanálisis*. Edic. Psicoanalíticas “Imago”, Londres – Lima, 1990, 113, 114-120.
- KLEIN, H. (1946). Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. *Envidia y gratitud*. Buenos Aires: Paidós, pp. 10-25, 52-56.
- KOHUT, H. (1971). *Análisis del self*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, pp. 122-123
- LASÉGUE, C. (1873). *La Anorexia Histérica*, *Vertex*, 1, (2). 58-64.
- MEEROF, M. (1997). Enfermedad laboral del Médico. Síndrome de Tomas y Burn-Out, *Revista de Asociación Médica Argentina*, 110, 2, pp. 35-39.
- MINUCHIN, S.; Rosman, B. L; Baker, L. (1978). *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- ORNSTEIN, (1997). Factores y procesos curativos múltiples en las psicoterapias psicoanalíticas, *Anuario de la Psicología del Self*, 2, 14-15.
- PIRAN, N y KAPLAN, A. S.(1990). *A Day Hospital Group Treatment for Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*, *Brunner / Mazel*, New York.
- RABIH, M. (1981). Pseudoalianza terapéutica. *Psicoanálisis*, III, 1, 169-175.
- RACKER, H. (1973). *Estudios sobre Técnica Psicoanalítica*. La Contratransferencia, Biblioteca del Hombre Contemporáneo, Estudio II, Capítulo V: 95-110.
- ROVIRA, B. (1990). Anorexia nerviosa. Curioso no comer para vivir, *Vertex*, I, 2: 25-31.
- SELVINI PALAZZOLI, MARA (1992). La anorexia nerviosa. El problema de la muerte y el suicidio en la anorexia nerviosa, *Revista Argentina de Psicopatología*, LII, 8, 3-15.
- SOHLBERG, S. y STROBER, M. (1994). Personality in Anorexia Nervosa: An update and a theoretical integration. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Munksgaard-Copenhagen*.
- TREASURE, J.; TODD, G. y SZMUKLER, G. (1995). The Inpatient Treatment of Anorexia Nervosa, *Handbook of Eating Disorders, Theory, Treatment and Research*, Londres Willey and Sons, p. 287.