

ANOREXIA NERVIOSA

LA REPRESENTACION PADRE Y SU INFLUENCIA SOBRE LAS MANIFESTACIONES CLINICAS QUE INVOLUCRAN EL CUERPO

Horacio R. Losinno*

Resumen

Este estudio está orientado a determinar si se pueden hallar características específicas en la representación padre operante en el aparato psíquico de las adolescentes que padecen anorexia nerviosa y qué efecto ejercen dichas características sobre las manifestaciones clínicas que involucran el cuerpo. Con ese objetivo se aplicó el CCRT a los episodios de relación con el padre, narrados por 30 adolescentes que padecían anorexia nerviosa y por 30 adolescentes sin trastornos de la conducta alimentaria. Se compararon los resultados de ese trabajo con los obtenidos al aplicar el mismo método (CCRT) a los episodios de relación con el padre, con el médico clínico y con el psiquiatra, quienes aparecían en Diario de una anoréxica, de Lori Gottlieb. También se analizaron las características de la representación padre y del posterior objeto de enamoramiento que se detectaron en Gradiva, de Wilhelm Jensen. Se halló que las adolescentes que padecían anorexia nerviosa habían forjado una representación padre muy distinta de la que se revelaba en las adolescentes del grupo de control. Partiendo de las características de la representación padre operante en el psiquismo de las primeras, se pudo establecer un nexo entre esas características y un sector de las manifestaciones clínicas que involucran el cuerpo en la anorexia nerviosa: restricción alimentaria, hiperactividad, amenorrea, hipotermia y raptos de furia insensata que las impulsa a lastimarse.

Palabras clave: anorexia nerviosa, representación padre, restricción alimentaria, hiperactividad, amenorrea, hipotermia, furia insensata.

Summary

The present study is oriented towards determining whether it is possible to find specific characteristics in the representation of father working in the mind of adolescents with anorexia nervosa and what effect those characteristics might have on the clinical manifestations involving the body. With that objective, CCRT was applied to the episodes of relationship with the father told by 30 adolescents suffering from anorexia nervosa and by 30 adolescents with no food behaviour syndrome. The results were

* Doctor en Psicología, psicoanalista y docente en la Universidad del Salvador y en la Universidad de Morón.
E-mail: losinno@sinectis.com.ar

compared to the ones obtained when applying the same method (CCRT) to the episodes of relationship with the father, the doctor and the psychiatrist who appeared in Diary of an anorexic by Lori Gottlieb. The characteristics of the representation of father and the object of exogamic love detected in Gradiva by Wilhelm Jensen were also analyzed. It was found that the adolescents suffering from anorexia nervosa had formed a representation of father very different from that of the control group. As for the characteristics of the representation of father working in the mind of the first group, it was possible to establish a connection between those characteristics and a section of the clinical manifestations that involve the body in anorexia nervosa: food restrictions, hyperactivity, amenorrhea, hypothermia and irrational episodes of fury leading them to hurt themselves.

Key words: *anorexia nervosa, representation of father, food restrictions, hyperactivity, amenorrhea, hypothermia, irrational episodes of fury.*

Introducción

Alegando distintas razones, las adolescentes que padecen anorexia nerviosa se entregan a una restricción alimentaria capaz de producir un deterioro físico alarmante. Por lo general, el adelgazamiento suele estar precedido o acompañado por otras manifestaciones clínicas que involucran el cuerpo, como la hiperactividad, la amenorrea o la hipotermia. Los raptos de furia insensata, por su parte, llevan a las pacientes a lastimarse de un modo u otro.

En todos estos fenómenos el cuerpo resulta seriamente comprometido. ¿Podemos hallar un factor común en el nivel de los mecanismos subyacentes? ¿Bajo qué circunstancias tienden a activarse dichos mecanismos? ¿Lo hacen al mismo tiempo o en forma autónoma?

Con el propósito de bosquejar hipótesis de trabajo que nos permitieran efectuar futuras investigaciones, llevamos a cabo un estudio de carácter exploratorio orientado a recabar información acerca de las características de la representación padre operante en el aparato psíquico de las adolescentes que padecen anorexia nerviosa.

Sujeto de estudio

A los efectos de observar si se podía hallar un patrón identificable en el terreno de su contenido, examinamos una serie de indicadores relacionados con la representación padre factible de ser detectada en el psiquismo de 30 adolescentes que padecían anorexia nerviosa. De ellas, 6 (20%) habían consultado al Servicio de Trastornos en la Alimentación de un hospital de la provincia de Buenos Aires, 17 (56,7%) concurren a los profesionales del Centro de Investigaciones Charles Lasègue y 7 (23,3%) solicitaron entrevistas a psicólogos clínicos particulares (la muestra es de carácter incidental). Según las pautas

de DSM IV (único criterio de selección empleado en los 30 casos), 19 pacientes (63,3%) padecían anorexia nerviosa restrictiva y 11 (36,7%), anorexia nerviosa de tipo compulsivo/purgativo. A todas se les garantizó la reserva con respecto a los resultados y se les manifestó expresamente que estos no les serían comunicados a sus futuros terapeutas.

Tanto por razones de índole teórica (se supuso que requerirían un estudio independiente), como para contar con grupos homogéneos en relación con la variable sexo, dejamos de lado los pocos casos de anorexia nerviosa masculina con los que contábamos (menos del 5% en relación con la casuística femenina).

A los efectos de incluirlas en el grupo de control, se extrajo una muestra intencional, no al azar, de 30 adolescentes provenientes de colegios secundarios, universidades y clubes deportivos de la Capital Federal y la provincia de Buenos Aires. Ninguna de ellas padecía trastornos en la alimentación, ni había efectuado consultas a profesionales del área de la salud mental hasta el momento de la investigación.

Cada miembro del grupo de control fue apareado por edad, clase social y estado civil con un miembro del grupo patológico. A todas las participantes se les garantizó la reserva con respecto a los resultados.

Edades de las muestras

La media de edad de la muestra total fue de 18,87 años (desvío estándar: 1,501). Las jóvenes que padecían anorexia nerviosa tuvieron un mínimo de 16 y un máximo de 20 años, con una media de 19 años (desvío: 1,232). Las jóvenes del grupo de control tuvieron un mínimo de 15 y un máximo de 20 años, con una media de 18,73 años (desvío: 1,741).

Instrumentos

Método del Tema Central de Conflicto en la Relación (CCRT)

Con el objetivo de estudiar el contenido de la representación padre operante en el aparato psíquico de las adolescentes que formaban parte de ambos grupos (patológico y de control), se empleó el método del Tema Central de Conflicto en la Relación (CCRT).

El CCRT fue desarrollado en la Universidad de Pennsylvania por Lester Luborsky y Paul Crits-Christoph. Como destacan Poch y Avila Espada (1998), el aporte más novedoso del CCRT consiste en haber permitido efectuar la operacionalización del concepto de transferencia, brindando un instrumento válido y confiable para evaluar de forma empírica la influencia de las representaciones en el terreno de la relación del sujeto con sus objetos. Apelando a una serie de técnicas y a través de una sucesión de

pasos, tanto en el contexto clínico como en el de investigación, el CCRT pone de manifiesto: 1) los deseos, propósitos o necesidades del sujeto de estudio cada vez que este se vincula con otro, 2) lo que suele registrar de la respuesta del interlocutor y 3) su propia reacción ante dicha respuesta.

Los tres componentes del CCRT -deseos (D), reacciones de los otros (RO) y reacciones del sujeto (RS)- son una parte esencial del fenómeno de la transferencia (Luborsky y Crits-Christoph, 1990). Si tomamos como ejemplo lo que le sucede a Dora (Freud, 1905e [1901]) en el ámbito del complejo de Edipo positivo, vemos que: desea ser amada por su padre (y luego por el señor K) (D). A ese deseo le sigue una reacción que consiste en sentirse rechazada (RS), pues su padre no la ama a ella, sino a la señora K (RO). A consecuencia de esta sensación de ser rechazada, Dora rechaza a los hombres (RS).

Entrevista de Paradigma de Anécdotas de Relación (RAP)

Por distintas razones de orden práctico, se descartó el método de grabar el número de entrevistas que hiciese falta para contar con un mínimo de 10 relatos espontáneos de episodios de relación con el padre de cada miembro de ambas muestras (como requiere el CCRT cuando se aplica a sujetos en tratamiento psicoanalítico). En nuestro estudio se emplearon las entrevistas de Paradigmas de Anécdotas de Relación (RAP). Las entrevistas RAP pueden administrarse a personas que no están en terapia y utilizarse para la misma variedad de propósitos que los relatos extraídos de la psicoterapia (Luborsky y Crits-Christoph, 1990). Los estudios de Luborsky, Barber y Diguier (1992) han corroborado que los relatos de un mismo sujeto, a pesar de los diferentes modos en que se puedan obtener (sesiones de psicoterapia o entrevistas RAP), poseen un alto grado de similitud en el contenido CCRT.

En las entrevistas RAP se le pide al sujeto que cuente entre 10 y 12 episodios de relación -presentes o pasados- con otras personas. Si se desea estudiar el vínculo con alguna persona en particular (por ej., el padre), se le puede pedir al entrevistado que cuente relatos de hechos acaecidos con esa persona. En nuestro estudio se dieron las siguientes instrucciones:

“Voy a pedirte que cuentes algunos acontecimientos o sucesos que hayan ocurrido con tu padre. Cada uno debe ser un acontecimiento específico. Algunos pueden ser actuales y otros del pasado. En cada uno es necesario que digas: 1) cuándo ocurrió, 2) qué deseabas vos, 3) algo de lo que lo que tu papá dijo o hizo, 4) lo que vos dijiste, hiciste o sentiste, 5) qué pasó al final. Hacen falta al menos 12 de estos acontecimientos. Podés utilizar alrededor de tres minutos y no más de cinco para contar cada uno. Yo te voy a avisar cuando estés cerca de los cinco minutos”.

Como señalan Luborsky y Crits-Christoph (1990), el procedimiento RAP presenta ventajas con respecto a algunos cuestionarios de autoevaluación. En muchos de estos, la intencionalidad de las preguntas suele resultar evidente, haciendo que el sujeto pueda adaptar a voluntad la respuesta, en función de lo que desee mostrar u ocultar al investigador.

Tipos de reacciones

La operacionalización de las reacciones en el CCRT hace que las reacciones se definan como positivas o negativas desde el punto de vista del paciente (sin importar otros criterios, como por ejemplo, los éticos o los ligados a la funcionalidad). Una reacción se define como positiva desde el punto de vista del paciente cuando no interfiere, o cuando tiene la expectativa de una ausencia de interferencia con la satisfacción de sus deseos (Luborsky, Barber y Diguer, 1992).

Los deseos no se clasifican como positivos o negativos, porque ellos no tienden a ser en sí mismos positivos o negativos (salvo con relación a la tensión entre el yo y la conciencia moral (Freud, 1924c, 1930a [1929], 1933a [1932], o a los juicios adversos del superyó (Freud, 1912-13, 1915f, 1923b, 1940a [1938]), que no son tenidos en cuenta en la versión original del CCRT). Así, “quería que él me entienda”, por ejemplo, no es, como deseo, positivo ni negativo, mientras que “quería que él me entienda, pero él dijo que no tenía ganas de estar escuchando mis chifladuras”, es una clara reacción negativa.

En nuestro estudio, las adolescentes del grupo de control dieron más reacciones positivas que las del grupo patológico (en estas últimas predominaron las reacciones negativas).

Evaluación de los relatos

Después de localizar los episodios de relación utilizables y de identificar claramente los componentes de cada uno de ellos -deseos (D), reacciones de los otros (RO) y reacciones del sujeto (RS)-, tal como fueron formulados en el relato, se aplican las *categorías estándar*, para reemplazar los términos utilizados por el sujeto por otros preestablecidos, que permitan las comparaciones interpersonales. A tal fin, se adjudica a cada componente formulado por el sujeto el número del componente de la categoría estándar que corresponda [según se trate de un (D), de una (RO) o de una (RS)] por ser el que más se le asemeja en el orden temático. La lista de categorías estándar de la edición 2 contiene 35 deseos, propósitos o necesidades, 30 reacciones del objeto y 31 reacciones del sujeto (Anexo A).

Para facilitar las comparaciones interpersonales, Luborsky y Crits-Christoph (1990) derivaron empíricamente de las categorías estándar una lista de 8 *categorías cluster-estándar*

(Anexo B). Cada una de ellas contiene varias categorías estándar (por ejemplo: la *categoría cluster-estándar* para los deseos N° 6, *Ser amado y entendido*, incluye los componentes 1. *Ser entendido*, 2. *Ser aceptado*, 3. *Ser respetado*, 7. *Ser apreciado* y 33. *Ser amado*, de las categorías estándar). Una vez que se ha adjudicado el número correspondiente de las categorías estándar a cada uno de los componentes formulados por el sujeto, se pasa a ubicar esos números en las categorías de los clusters.

Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2)

Con el objetivo de evitar la inclusión de sujetos que padecieran anorexia nerviosa en el grupo de control, se administró a todas las adolescentes que formarían parte de ese grupo el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) de David Garner (1984).

El EDI-2 es un instrumento de autoinforme que, por brindar información acerca de la sintomatología y los aspectos psicológicos que normalmente acompañan a los trastornos en la alimentación, detecta tanto anorexia nerviosa y bulimia nerviosa como trastornos “subclínicos” de la conducta alimentaria.

Consta de 91 frases, a las que se debe contestar con una de las 6 opciones que da el cuestionario (Nunca, Pocas Veces, A veces, A menudo, Casi siempre y Siempre).

De las 91 frases, 64 puntúan en 8 escalas principales (obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva y miedo a la madurez), y las 27 restantes en tres adicionales (asctismo, impulsividad e inseguridad social).

Procedimiento

Se explicó a los sujetos de ambos grupos (patológico y de control) que su participación en la investigación sería totalmente voluntaria y anónima. Luego de obtener el consentimiento de las adolescentes, se procedió a realizar entre una y tres entrevistas individuales con cada una de ellas. En esos encuentros, un entrevistador especialmente entrenado confirmó el diagnóstico de anorexia nerviosa en las jóvenes que pasarían a formar parte del grupo patológico, y evaluó la posibilidad de encontrarse ante adolescentes con trastornos alimentarios en el caso de aquellas que serían incluidas en el grupo de control. Las entrevistas sirvieron también para crear una relación que facilitara la posterior administración del CCRT o el CCRT y el EDI-2.

Resultados

Porcentajes de los deseos, reacciones de los otros y reacciones del sujeto

Se calcularon los porcentajes de los deseos, reacciones del objeto y reacciones del sujeto correspondientes a las adolescentes que padecían anorexia nerviosa y a las del grupo de control.

El deseo de *ser amada y entendida* apareció en mayor proporción en las adolescentes que padecían anorexia nerviosa (58%). En el grupo de control, en cambio, el deseo que apareció en mayor proporción es el de *sentirme bien y cómoda* (35,08%).

Tabla 1. Porcentajes según diagnóstico y deseos

Deseos (Yo quiero...)	Anoréxicas	G. de control
1. Reafirmarme y ser independiente	0,93%	7,26%
2. Oponerme, herir y controlar a los otros	2,34%	4,01%
3. Ser controlado, ser herido y no ser responsable	5,63%	12,78%
4. Ser distante y evitar conflictos	0,93%	2,25%
5. Estar cerca (de los otros) y aceptarlos	14,08%	11,77%
6. Ser amado y entendido	58,92%	18,79%
7. Sentirme bien y cómodo	14,08%	35,08%

La reacción del padre *se opone y está en contra* apareció en mayor proporción en las adolescentes que padecían anorexia nerviosa (50,00%).

En las adolescentes del grupo de control, la reacción del padre *se opone y está en contra* apareció también en mayor proporción (34,84%). Pero, en este grupo, la reacción del padre *ayuda* la siguió en importancia, con un porcentaje relativamente alto (22,85%).

Tabla 2. Porcentajes según diagnóstico y reacciones de los otros

Reacciones de los otros (Los otros.../son...)	Anoréxicas	G. de control
1. Fuertes	1,63%	4,29%
2. Controlan	6,35%	9,72%
3. Trastornan, alteran, enojan	11,06%	8,59%
4. Malos	4,71%	1,80%
5. Se oponen y están en contra	50,00%	34,84%
6. Ayudan	10,86%	22,85%
7. Me aprecian	8,81%	11,99%
8. Entienden	6,55%	5,88%

La reacción del sujeto (me siento) *decepcionada y deprimida* apareció en mayor proporción en las adolescentes que padecían anorexia nerviosa (42,35%).

En las adolescentes del grupo de control, la reacción del sujeto (me siento) *decepcionada y deprimida* también apareció en mayor proporción (32,00%). Pero, en este grupo, la reacción del sujeto *decepcionado y deprimido* fue seguida en importancia, con un porcentaje muy alto, por la reacción del sujeto (me siento) *respetada y aceptada* (26,09%).

Tabla 3. Porcentajes según diagnóstico y reacciones del sujeto

Reacciones del sujeto (Me siento/soy/hago/tengo...)	Anoréxicas	G. de control
1. Ayudo	10,12%	11,61%
2. No receptivo y cerrado	4,41%	2,66%
3. Respetado y aceptado	19,33%	26,09%
4. Me opongo y hiero a los otros	6,07%	3,42%
5. Autocontrol y autoconfianza	6,99%	11,80%
6. Desamparado	4,78%	5,71%
7. Decepcionado y deprimido	42,35%	32,00%
8. Asustado y avergonzado	5,89%	6,66%

En resumen, hallamos que las adolescentes del grupo de control: 1) deseaban que el padre les permitiera divertirse y disfrutar en compañía de sus pares, 2) veían al padre como alguien que muchas veces se oponía a ese deseo, pero que además ayudaba y brindaba apoyo, y 3) si bien en ciertas ocasiones sentían decepción y tristeza, reaccionando con enojo ante la actitud del padre, en otras se sentían respetadas y aceptadas por él, lo que las hacía estar felices y eufóricas.

Las adolescentes que padecían anorexia nerviosa, en cambio: 1) deseaban que el padre las amara (las valorara) y las entendiera, 2) veían al padre como alguien que se oponía y estaba en contra de esos deseos (generalmente aparecía como una figura distante y poco dispuesta a ocuparse de ellas), y 3) tendían a sentirse decepcionadas y deprimidas por la falta de amor y comprensión del padre, reaccionando -ante su desinterés- con enojo y resentimiento.

Estudios complementarios

Los resultados de nuestro estudio nos condujeron a aplicar el CCRT a los episodios de relación con el padre, con el médico clínico (Dr. Katz) y con el psiquiatra (Dr. Gold) que aparecían en *Diario de una anoréxica*, de Lori Gottlieb (2000).

Los resultados obtenidos en este trabajo complementario presentaron una gran similitud con los obtenidos en el primer estudio. En relato autobiográfico de Lori Gottlieb hallamos que:

1. En su relación con el padre, Lori Gottlieb desea fundamentalmente *ser amada y entendida* (63,15%). Considera que el padre reacciona ante ese deseo *oponiéndose y estando en contra* (51,42%). Ante la reacción del padre, se siente *decepcionada y deprimida* (32,14%).
2. En su relación con el médico clínico (Dr. Katz), Lori Gottlieb desea *ser amada y entendida* (75,00%). Considera que el Dr. Katz reacciona ante ese deseo *oponiéndose y estando en contra* (39,13%). Ante la reacción del Dr. Katz, se siente *decepcionada y deprimida* (35,71%).

3. En su relación con el psiquiatra (Dr. Gold), Lori Gottlieb desea *ser amada y entendida* (57,89%). Considera que el Dr. Gold reacciona ante ese deseo *oponiéndose y estando en contra* (52,08%). Ante la reacción del Dr. Gold, Gottlieb se siente *decepcionada y deprimida* (39,58%).

Ahora podemos comparar los porcentajes de deseos, reacciones del objeto y reacciones del sujeto obtenidos por las adolescentes que padecían anorexia nerviosa en los episodios de relación con el padre y por Lori Gottlieb en los episodios de relación con el padre, el médico clínico (Dr. Katz) y el psiquiatra (Dr. Gold):

Tabla 4. Comparación de los porcentajes obtenidos en los deseos

Deseos (Yo quiero...)	Anoréxicas Padre	Lori Gottlieb Padre	Lori Gottlieb Médico (Dr. Katz)	Lori Gottlieb Psiquiatra (Dr. Gold)
1. Reafirmarme y ser independiente	0,93%	-	-	-
2. Oponerme, herir y controlar a los otros	2,34%	-	-	5,26%
3. Ser controlado, ser herido y no ser respetado	5,63%	-	-	5,26%
4. Ser distante y evitar conflictos	0,93%	5,26%	25,00%	15,78%
5. Estar cerca (de los otros) y aceptarlos	14,08%	15,78%	-	5,26%
6. Ser amado y entendido	58,92%	63,15%	75,00%	57,89%
7. Sentirme bien y cómodo	14,08%	10,52%	-	5,26%
8. Tener éxito y ayudar a los otros	3,05%	5,26%	-	5,26%

Tabla 5. Comparación de los porcentajes obtenidos en las reacciones de los otros

Reacciones de los otros (Los otros.../son...)	Anoréxicas Padre	Lori Gottlieb Padre	Lori Gottlieb Médico (Dr. Katz)	Lori Gottlieb Psiquiatra (Dr. Gold)
1. Fuertes	1,63%	-	8,69%	-
2. Controlan	6,35%	11,42%	17,39%	8,33%
3. Trastorman, alteran, enojan	11,06%	28,57%	26,08%	16,66%
4. Malos	4,71%	2,85%	-	6,25%
5. Se oponen y están en contra	50,00%	51,42%	39,13%	52,08%
6. Ayudan	10,86%	5,71%	8,69%	8,33%
7. Me aprecian	8,81%	-	-	4,16%
8. Entienden	6,55%	-	-	4,16%

Tabla 6. Comparación de los porcentajes obtenidos en las reacciones del sujeto

Reacciones del sujeto (Me siento/soy/hago/tengo...)	Anoréxicas Padre	Lori Gottlieb Padre	Lori Gottlieb Médico (Dr. Katz)	Lori Gottlieb Psiquiatra (Dr. Gold)
1. Ayudo	10,12%	-	7,14%	4,16%
2. No receptivo y cerrado	4,41%	7,14%	7,14%	12,50%
3. Respetado y aceptado	19,33%	10,71%	-	8,33%
4. Me opongo y hiero a los otros	6,07%	3,57%	21,42%	12,50%
5. Autocontrol y autoconfianza	6,99%	17,85%	14,28%	10,41%
6. Desamparado	4,78%	10,71%	-	6,25%
7. Decepcionado y deprimido	42,35%	32,14%	35,71%	39,58%
8. Asustado y avergonzado	5,89%	17,85%	14,28%	6,25%

Al emprender nuestro trabajo complementario, esperábamos que -por lo menos en parte- los resultados coincidiesen con los obtenidos en nuestro primer estudio. Sin embargo, nos resultó sorprendente hallar una imagen del padre -y del posterior objeto de enamoramiento- similar a la que opera en el psiquismo de las adolescentes que padecen anorexia nerviosa en una joven de “delgadez desusada” creada hace más de 100 años por la fantasía de un novelista.

En *Gradiva*, la novela más conocida de Wilhelm Jensen (1903), encontramos que Zoe Bertgang exhibe varias de las manifestaciones clínicas que caracterizan a quienes padecen anorexia nerviosa. A su “delgadez desusada”, Jensen (G, pág. 127)¹ suma que, al mediodía, cuando “toda la gente está hambrienta y se ha ido a almorzar” (G, pág. 147), Zoe se dedica a dibujar réplicas de las ruinas de Pompeya. Uno de esos bocetos -el descrito con mayor minuciosidad- contiene “la reproducción de *la mesa* sostenida por los grifos en el atrio de la Casa de Meleagro” (G, pág. 126, bastardillas agregadas). Estamos, pues, ante una joven que -mientras otros comen- se dedica a crear réplicas de la realidad ligada a la alimentación apelando al movimiento de los dedos. Dicha actividad está acompañada por cierto desprecio hacia quienes, a esa hora, “suelen estar” sentados “almorzando” (G, pág. 156). Si ella toma asiento junto a su padre en la mesa, es solo para hacerle “compañía a su apetito” (G, pág. 157).

Cuando Zoe decide llevar provisiones para el mediodía, estas consisten en “*un panecillo* envuelto en papel de seda” (G, pág. 150, bastardillas agregadas). Pero, en dicha oportunidad, con el pretexto de mitigar el supuesto malestar que le provocaría el hambre a Norbert Hanold, renuncia a una parte de su “*panecillo*” y, partiéndolo, le da de comer. Antes de hacerlo, criticando a su amado por los accesos en los que ella ve un producto del ayuno, sostiene: “Yo *no* los padezco” (G, pág. 150, bastardillas agregadas). Prescindiendo de la negación, la frase puede afirmar: es cierto que tengo la inclinación a padecer de torbellinos en la cabeza, y que ellos se intensifican cuando restrinjo mi alimentación; de todos modos, prefiero negarlo (Freud, 1925h).

Si atendemos al ámbito de las cualidades atribuidas por Zoe a sus objetos, observamos que, del profesor Richard Bertgang, dice: “a mi padre le interesaba muchísimo más una culebra ciega en alcohol que yo” (G, pág. 169). El profesor Bertgang aparece también caracterizado como alguien que solo acepta que su hija viaje con él con la condición de que esta se entretuviese por su “propia cuenta en Pompeya y que no le plantease exigencias” (G, pág. 157). En otra parte de la novela, quejándose del padre, Zoe le informa

¹ La letra G seguida del número de página remite a Jensen, *Gradiva*, 1903.

a Norbert Hanold: “no soy una pieza imprescindible en su colección zoológica; si lo fuese, posiblemente no te hubiese entregado tan tontamente mi corazón” (G, pág. 178). Poco después, hallamos un tercer ejemplo de lo poco importante que Zoe Bertgang se siente para su padre. Cuando Norbert Hanold le pregunta qué dirá aquel al enterarse de la relación que acaban de entablar, la muchacha le responde: “si (...) llegara a tener una opinión diferente de la mía, simplificaremos las cosas lo más posible. Entonces te irás un par de días a Capri, allí cazarás una *lacerta farafliionensis* con un lazo hecho con un tallo de hierba -puedes practicarlo con mi dedo meñique-, la soltarás aquí y volverás a cazarla ante sus ojos. Y entonces le das la opción entre ella y yo; en tal caso seré tuya con tal certidumbre, que casi me das lástima” (G, págs. 178-179).

Al enamorarse perdidamente Norbert Hanold, Zoe parece estar repitiendo lo vivido con su padre. Esa pertinaz inclinación por hombres que no pueden amarlas como ellas esperan se observa, con la misma regularidad que caracteriza a las leyes de la física, en todas las adolescentes que padecen anorexia nerviosa. El doctor Norbert Hanold carece casi por completo de la capacidad para conectarse con los otros y entenderlos. Recordemos que, aun después de recobrar la lucidez, sigue considerando como “algo muy extraño” (G, pág. 174) que dos enamorados se besen. Su único objetivo en la vida consiste en “prolongar el brillo del nombre” (G, pág. 60) de su padre. Por lo general, se lo halla “sentado entre sus muros, sus libros y sus imágenes, *sin necesitar otra relación de ninguna especie, y en cambio eludiendo en lo posible a cualquiera de ellas por considerarla una vacua pérdida de tiempo*” (G, pág. 61, bastardillas agregadas). Si, contra su voluntad, debe acudir a una reunión, participa de ella sin ver ni oír lo que le rodea, y parte con cualquier pretexto apenas termina la comida; “una vez en la calle”, nunca saluda “a ninguna de las personas con quienes había compartido la mesa” (G, pág. 61). Por lo general, las mujeres no lo aprecian, “pues incluso si por excepción había cambiado unas palabras con alguna de ellas, con ocasión de algún reencuentro la contemplaba sin saludarla, como si se tratase de un rostro absolutamente desconocido y nunca visto” (G, pág. 61). Zoe le reprocha su retracción aseverando: “cuando de vez en cuando te veía en una reunión -sin ir más lejos, durante este último invierno- no me veías, y menos aún podía oír tu voz, cosa que no resultaba un distinguo especial para mí, ya que hacías exactamente lo mismo con todas las demás”. E inmediatamente agrega: “Para tí yo era inexistente” (G, pág. 170).²

² A Freud no se le escapa que, al elegir a un hombre absolutamente absorbido por su ciencia, a Zoe “le estaba permitido permanecer fiel aun en la infidelidad, reencontrar al padre en el amado, abrazar a ambos con el mismo sentimiento o (...) identificar a ambos en su sentir” (Freud, 1907a [1906], pág. 28). Aunque acepta que Norbert Hanold “es curado” (Freud, 1907a [1906], pág. 39) por la intervención de Zoe, y que su “interés es devuelto, de la piedra, a una mujer viva” (Freud, 1907a [1906], pág. 39), señala que la misma Zoe se siente compelida a hacer “una advertencia al novio *para que no se atenga con demasiada fidelidad al modelo según el cual lo escogió como amado*” (Freud, 1907a [1906], pág. 33, bastardillas agregadas).

Discusión

La representación padre y el modo en que influyen sus cualidades sobre las manifestaciones clínicas que involucran el cuerpo

Nuestro estudio nos ha permitido encontrar la clave para detectar cuándo se ponen en marcha o adquieren vigencia los procesos patognomónicos -v. gr., el cierre de los agujeros corporales, la desinversión del sentir o los mecanismos autocalmantes (Losinno, 1994, 1999b; Losinno y Vera, 1995, 1999)- que se hallan en la base de un sector significativo de las manifestaciones clínicas que involucran el cuerpo en la anorexia nerviosa. En un momento dado, la sensación de falta de amor y comprensión del objeto opera como *gatillo* que activa dichos procesos (es decir, esa sensación desencadena los procesos, pero no los crea).

Así, observamos que: 1) la restricción alimentaria se incrementa sistemáticamente cuando las pacientes no se sienten amadas y entendidas, 2) la hiperactividad está al servicio de amortiguar el dolor y la ira que producen las críticas y el rechazo de aquellos de quienes esperan reconocimiento y comprensión³, 3) la aparición o el mantenimiento de la amenorrea deriva de la sensación de falta de empatía del objeto (las pacientes vuelven a menstruar cuando, tras hacer consciente el clisé transferencial que las lleva a sentirse decepcionadas y deprimidas, pueden dejar de: a) orientar sistemáticamente la atención sobre aquellos rasgos del objeto que son similares a los que caracterizaban al objeto originario, y b) comportarse de manera que estimule en el objeto aquello que se espera de él, es decir, las conductas y la tendencia a desinvertirlas del objeto originario)⁴, 4) la hipotermia y la sensación de frío aparece o se intensifica en los momentos en que no se sienten amadas (de ese modo responden al frío externo -el hecho de ser desinvertidas por el objeto- multiplicándolo por dentro) y desaparece cuando suponen que el objeto las valora o las tiene en cuenta, y 5) los raptos de furia insensata emergen cuando las pacientes creen captar la apatía o la desvitalización del objeto (el lastimarse de un modo u otro suele ser un fenómeno secundario a la violencia originariamente dirigida hacia el afuera).

³ Después de afirmar, como muchos otros autores (por ej., Padín Calo y Chinchilla Moreno, 1995; Herscovici y Bay, 1990 y Crispo, Figueroa y Guelar, 1996), que la hiperactividad es un mero efecto del deseo de perder peso, Toro reconoce que la actividad física inusual de las anoréxicas no está motivada, como se suele creer, por el anhelo de generar un mayor gasto calórico. Cuando aborda este punto en *El cuerpo como delito* (Toro, 1996) dice: "El hecho de que 1) más de la mitad de estas pacientes se entregaran a la práctica de deporte y ejercicio físico antes de empezar su dieta restrictiva; 2) que a partir del inicio de la adolescencia fueran más activas físicamente que la población control, y 3) que lo siguieran siendo antes de iniciarse la anorexia nerviosa, son factores que no encajan en la noción generalizada de que la hiperactividad desarrollada por anoréxicos y bulímicos es simplemente una conducta intencionada, destinada a consumir calorías" (pág. 212, bastardillas agregadas).

⁴ Como señalan Pasqualini, Fahrer y Seco (1996), Raimbault (1982), Schulman (1995), Schütze (1980), Wilson (1988) y Brusset (1977), la amenorrea: 1) no puede considerarse como un simple fenómeno secundario a la desnutrición (pues suele preceder al adelgazamiento), y 2) por lo general persiste largo tiempo después de la recuperación del peso y la normalización de la ingesta.

Hasta aquí consideramos las características de la representación padre derivadas de las categorías del CCRT. Ahora podemos atender a otras cualidades de la representación del objeto que no se alcanzan a detectar con dicho instrumento, pero sí recurriendo a la observación clínica o el análisis de relatos autobiográficos.

Otras cualidades de la representación padre

En las últimas décadas, y desde distintos marcos teóricos, se realizaron numerosos estudios orientados a examinar las características de los padres de las jóvenes anoréxicas.

Morales, Hernández y Doerr-Zegers (1994), por ejemplo, efectuaron un “análisis sistémico exhaustivo” (pág. 261) de 11 familias con hijas anoréxicas. Hallaron que, en ambos progenitores, se podían detectar dificultades similares tanto para constituir una verdadera pareja, como para crear canales afectivos con sus hijos. También observaron una lucha encarnizada entre los hermanos por la atención y el afecto de los padres. Morales, Hernández y Doerr-Zegers sostienen que esa disputa reproduce la que, en su momento, los padres de las pacientes entablaron con sus propios hermanos.

En otro estudio, Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino (1999) examinaron sistemáticamente la conducta de los padres de 152 jóvenes anoréxicas en tratamiento. Selvini Palazzoli y sus colaboradores llegaron a las siguientes conclusiones: 1) estos padres son sujetos dependientes de sus propias familias de origen, 2) en el seno de esas familias fueron sometidos a sufrir -por diversas razones- severas carencias afectivas, 3) exhiben actitudes machistas, 4) revelan la necesidad de encontrar en sus esposas un sustituto materno de tipo asistencial preadolescente (esperando una presencia siempre disponible), 5) están emocional y físicamente distantes de los hijos, y 6) les reclaman a estos, al igual que a sus esposas, el afecto y la atención que no recibieron de sus propios padres.

Fitzgerald y Lane (2000), al investigar la etiología de la anorexia nerviosa, encontraron que: 1) los padres de las jóvenes que padecen anorexia nerviosa están emocional y físicamente distantes de sus hijas, y 2) estos padres parecen repetir con sus hijas -y con a sus esposas- el vínculo carente de afecto y atención que en el pasado sus propios padres establecieron con ellos. En parte, agregan, la falta de compromiso del padre en la vida de su hija contribuye a la evidente dependencia que la anoréxica mantiene con su madre.

Los resultados de los tres estudios coinciden en dos puntos: 1) los padres de las jóvenes que padecen anorexia nerviosa están emocional y físicamente distantes de sus hijas, y 2) estos padres parecen repetir con sus hijas -y con sus esposas- el vínculo carente de afecto y atención que en el pasado sus propios padres establecieron con ellos. De todos

modos, al explorar el ámbito de las representaciones, debemos tener en cuenta que lo que se inscribe en el psiquismo no deriva exclusivamente de las vivencias del sujeto.⁵

Al sentirse poco valoradas y no entendidas, siguiendo una lógica interna derivada de las erogeneidades y las defensas hegemónicas, las jóvenes que padecen anorexia nerviosa se suponen a merced de personajes: 1) avaros y especuladores, o 2) ambiguos, fríos e inclinados tanto al pensamiento abstracto como a develar incógnitas (considerándolas un mero objeto de investigación). Dichos personajes -en los que localizan un fragmento anímico propio- pueden exhibir cada uno de esos rasgos en distintos segmentos del eje temporal. Así, Cielo Latini (2006) reconstruye los argumentos esgrimidos por Alejo para justificar el hecho de no haberse quedado con ella más de diez minutos después de su fallido intento de suicidio en los siguientes términos: “No pongas esa cara... Yo recién abría mi negocio, tenía que ir a abrir, a atender, no podía quedarme” (pág. 279). En otra ocasión, en la que le pregunta si Romina -la mujer que vive con él- está al tanto de que viajan juntos a Mar del Plata, le hace responder: “Sabe que solo no voy” (pág. 184). Mientras que en un caso lo caracteriza como especialmente interesado en la organización de su economía, en el otro pretende resaltar su ambigüedad.

Conclusiones

Los resultados de nuestro estudio sugieren que, en el aparato psíquico de las adolescentes que padecen anorexia nerviosa opera con máxima eficacia una representación padre con cualidades específicas.

Al aplicar el *Método del Tema Central de Conflicto en la Relación* a los relatos de 60 adolescentes (30 anoréxicas y 30 del grupo de control) encontramos que:

1. Las adolescentes que padecían anorexia nerviosa deseaban ser amadas, valoradas y entendidas por el padre, mientras que las adolescentes del grupo de control deseaban sentirse bien y cómodas, disfrutando en compañía de sus pares.
2. En el aparato psíquico de las adolescentes de los dos grupos (patológico y de control) se había tornado eficaz una representación padre que se oponía y estaba en contra de sus deseos. Pese a ello, se encontraron notables diferencias tanto en lo que hacía al deseo al que se oponían, como a los motivos que tenían para hacerlo. Las adolescentes anoréxicas percibían al padre como alguien que se oponía a sus deseos de ser amadas, valoradas y entendidas por hallarse distante y no disponible. Las que formaban el grupo de control -en cambio- consideraban que, si bien en ciertas ocasiones el padre tendía a poner restricciones a sus deseos de disfrutar en compañía

⁵ En “El hombre de los lobos” Freud (1918b [1914]) afirma que su paciente, a pesar de tener un padre que se caracterizaba por su falta de energía, y de haber sido amenazado con la castración por la mujer que lo criaba, forjó en su aparato psíquico una representación de padre castrador.

- de sus pares, en otras estaba dispuesto a ayudar (apoyando y cooperando).
3. Si bien las adolescentes que padecían anorexia nerviosa y las que forman el grupo de control reaccionaban sintiéndose decepcionadas y deprimidas ante la actitud del padre, se pudieron detectar dos diferencias fundamentales entre unas y otras. La primera diferencia radicaba en que la decepción de las adolescentes que padecían anorexia nerviosa era más severa que la de las adolescentes que formaban el grupo de control. La segunda estaba ligada al hecho de que las adolescentes del grupo de control también se sentían respetadas y aceptadas por el padre (al experimentar dichas sensaciones, tendían a estar felices y eufóricas).

Las mismas cualidades de la representación padre que predominó en las adolescentes que formaban el grupo patológico se repitieron en la representación del padre, del médico y del psiquiatra que aparecían en el relato autobiográfico de Lori Gottlieb. Lo mismo sucedió con las cualidades de la representación del padre y de Norbert Hanold que pudimos observar en Gradiva.

Esas repeticiones nos llevan a pensar que las adolescentes que padecen anorexia nerviosa pueden transferir una representación con los rasgos descriptos a todas las figuras significativas de su entorno.

Atendiendo a los fenómenos mencionados, parece fundamental que los terapeutas de las adolescentes que padecen anorexia nerviosa eviten las intervenciones que refuercen la imagen de un adulto distante e inclinado a descalificarlas.

Implicancias de los hallazgos para la práctica clínica

La convergencia de los resultados de nuestro estudio y la reflexión teórica nos permite formular algunas sugerencias para la práctica clínica.

Por el alto nivel de simbolización alcanzado por los pacientes histéricos, sus abundantes asociaciones suelen poseer una trama argumental que pone rápidamente en evidencia sus fantasías inconscientes (ligadas a los deseos sexuales de la infancia). Dentro del contexto transferencial, estos pacientes son proclives a convertir al analista en el padre seductor del sexo opuesto o en el padre del mismo sexo que los castiga por sus deseos incestuosos. El fracaso de la represión (corriente psíquica hegemónica) y el retorno de lo reprimido por la vía de la identificación da lugar a la emergencia de síntomas conversivos dentro o fuera del consultorio.

Las adolescentes que padecen anorexia nerviosa, en cambio, se caracterizan por la exigüidad del material simbólico que puede hallarse en sus escasas asociaciones (obviamente, esto solo es válido cuando los otros fragmentos anímicos -v. gr., el histérico, el

fóbico o el obsesivo- han sido eclipsados por el fragmento autista). Suelen responder al silencio del analista quedándose calladas o alternando una serie interminable de quejas airadas con un sinfín de comentarios ligados a lo que comen o dejan de comer. A diferencia de lo que sucede en la histeria, en estas pacientes las manifestaciones clínicas que comprometen el cuerpo reaparecen (o se tornan más peligrosas) en los momentos en que la reactivación del clisé transferencial del que nos estamos ocupando hace que el analista -u otra persona significativa- pase a ocupar el lugar de un objeto que las desvaloriza o no las entiende. Por ello, deberíamos estar especialmente atentos a: 1) lo que significa para ellas el silencio, 2) la manera en que reaccionan a los mensajes que inadvertidamente se incluyen en los señalamientos o las interpretaciones, y 3) el modo de interpretar las defensas.

Mientras que para otros pacientes -en los distintos momentos del proceso analítico- el silencio del analista puede significar tanto fusión, reflexión destinada a aportar nuevos datos para una deducción abstracta, compasión, complicidad, escucha atenta, admiración por la audacia puesta en evidencia en lo que se relata o fascinación, como pérdida de la vitalidad, observación anónima y distante, falta de amor, ostentación de poder, sanción moral, evasión o repulsión, las adolescentes que padecen anorexia nerviosa tienden a interpretarlo sistemáticamente como la expresión del desinterés de un objeto absorbido por las preocupaciones económicas o el anhelo de resolver incógnitas filosóficas o metafísicas.⁶

En lo que hace a los mensajes implícitos, cabe señalar que los psicoanalistas estamos acostumbrados a pensar que, una vez que contamos con una idea precisa de los mecanismos y procesos que operan en el paciente, nos resultará relativamente sencillo saber qué interpretarle, cuándo y cómo interpretarlo (Wachtel, 1993). Partiendo de este supuesto, solemos creer que nuestras interpretaciones transmiten solo lo que pretendemos transmitir. Sin embargo, muchas veces y, sin advertirlo, le hacen saber al paciente que lo consideramos exageradamente dedicado a la especulación económica, demasiado distante, inútilmente proclive a los sacrificios innecesarios, hostil o suspicaz hasta el hartazgo, desmesuradamente ordenado y controlador, poco valeroso e infructuosamente inclinado a resguardarse en la rutina o ingenuo y seductor (el riesgo puede estar tanto en el énfasis puesto en el mensaje como en la redundancia estereotipada). Cualquiera de estos mensajes peyorativos puede hacer que las adolescentes que padecen

⁶ Por razones de espacio y de simplicidad, no nos ocuparemos aquí de los motivos que pueda tener el analista para permanecer en silencio. Que el silencio del analista se revele como un producto de sus conflictos inconscientes (contratransferencia) o de las identificaciones proyectivas de la paciente (contraidentificación proyectiva), no cambia en absoluto la naturaleza del fenómeno que nos ocupa.

anorexia nerviosa nos consideren una réplica del objeto originario (que las critica y no las valora).

Si bien es cierto que el análisis de los deseos y las defensas que se oponen a esos deseos resulta imprescindible para lograr cambios duraderos en el paciente, el análisis de dichas defensas no tiene por qué transformarse en una especie de rastreo implacable de los mecanismos eficaces en un momento dado. Como señala Wachtel (1993), el análisis constante de las defensas puede llegar a impedir el progreso del tratamiento (y la comprensión profunda del conflicto que se pretende resolver) cuando dicho análisis se centra exclusivamente en el modo en que el paciente trata de evitar el impacto que le produce lo que está descubriendo (en lugar de atender a que el proceso de descubrimiento ya está en marcha). Con frecuencia, dice Wachtel (1993), aun en los momentos en que el paciente evidencia una considerable tendencia a evitar que accedan a la conciencia determinados contenidos inconscientes, podemos advertir que esa tendencia “es notablemente *inferior* a la que presentaba anteriormente” (pág. 140, bastardillas en el original). Por ello, conociendo la facilidad con que se sienten criticadas y poco valoradas las adolescentes que padecen anorexia nerviosa, parecería indicado, en cada ocasión en que se hace necesario analizar las defensas, mencionar algunos de los avances que, en ese sentido, se han logrado en el trabajo terapéutico.

Sugerencias para futuros trabajos de investigación

En la actualidad, María Teresa Canteros (2007) está aplicando el Algoritmo David Liberman (Maldavsky, 1999, 2000a, 2004, Maldavsky et al., 2007) a los relatos de las adolescentes de ambas muestras con el objetivo de detectar los erotismos predominantes y las defensas con las que se combinan. Consideramos que, además, resultaría enriquecedor investigar:

1. Por qué cada una de las reacciones negativas del objeto (no valorar y no entender, criticar, responder sin empatía, desinvertir o mostrarse apático) activa un proceso patológico específico (el que incrementa la restricción alimentaria, el que desencadena la hiperactividad, el que genera la amenorrea, el que intensifica la hipotermia o el que impulsa a lastimarse).
2. Si se puede detectar una representación padre con cualidades similares a las que hallamos en nuestro estudio en las mujeres de mayor edad que padecen anorexia nerviosa.
3. Qué sucede en el caso de los varones que padecen anorexia nerviosa.
4. Si se puede detectar la eficacia de una representación padre con cualidades similares a las que hallamos en las adolescentes que padecen anorexia nerviosa en las mujeres que padecen bulimia.
5. Qué sucede en el caso de los varones que padecen bulimia.
6. Qué otras implicancias tendrían los nuevos hallazgos para la práctica clínica.

Bibliografía

Brusset, B (1990), “Las vicisitudes de una deambulaci3n adictiva”. En: *Psicoanálisis*, ApdeBA, Vol. XVIII, N° 3, 1996, 439-460.

Canteros, M.T. (2007), Proyecto de Tesis. Maestría en Problemas y Patologías del Desvalimiento, UCES.

Crispo, R., Figueroa, E. y Guelar, D. (1996), *Anorexia y bulimia: Lo que hay que saber*, Barcelona, Gedisa, 1ª edici3n, 1996.

Fitzgerald, J. y Lane, R. (2000), “The role of the father in anorexia”, *Journal of Contemporary Psychotherapy*, Spring, Vol. 30 (1): 71-84.

Freud, S. (1907a), “El delirio y los sueños en la ‘Gradiva’ de W. Jensen”, *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, Vol. 9, 1ª edici3n, 1979.

Freud, S. (1912-13), “T3temy y tabú”, *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, Vol. 13, 2ª edici3n, 1976.

Freud, S. (1915f), “Un caso de paranoia que contradice la teoría psicoanalítica”, *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, Vol. 14, 2ª edici3n, 1993.

Freud, S. (1923b), “El yo y el ello”, *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, Vol. 19, 2ª edici3n, 1993.

Freud, S. (1924c), “El problema econ3mico del masoquismo”, *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, Vol. 19, 2ª edici3n, 1993.

Freud, S. (1930a [1929]), “El malestar en la cultura”, *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, Vol. 21, 1ª edici3n, 1996.

Freud, S. (1933a [1932]), “Nuevas conferencias de introducci3n al psicoanálisis”, *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, Vol. 22, 2ª edici3n, 1993.

Freud, S. (1940a [1938]), “Esquema del psicoanálisis”, *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, Vol. 23, 2ª edici3n, 1993.

Garner, D. (1984), EDI-2, Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria, Madrid, TEA Ediciones, 1ª edici3n, 1998.

Garner, D., *Diario de una anoréxica*, Buenos Aires, Emecé, 1ª edición, 2001.

Herscovici, C. y Bay, L. (1990), *Anorexia nerviosa y bulimia. Amenazas a la autoestima*, Buenos Aires, Paidós, 1ª edición, 1990.

Jensen, W. (1903), “Gradita. Una fantasía pompeyana”. En: Freud, S. (autor), *El delirio y los sueños en Gradiva de W. Jensen (Con el texto original de Wilhelm Jensen)*, Barcelona, Grijalbo, 1ª edición, 1977.

Losinno, H. (1994), “Anorexia nerviosa: Control del cuerpo y el contexto”, *Revista Actualidad Psicológica*, Año XIX, N° 216, diciembre de 1994, pág. 8-9.

Losinno, H. (1999b), “Anorexia nerviosa y bulimia. Ser como los muertos”, *Revista Uno y Otros*, Año VI, N° 26, junio de 1999, pág. 10-11.

Losinno, H. y Vera, G. (1995), “Anorexia nerviosa y bulimia: Producción de objetos y figuras autistas”, *Revista Actualidad Psicológica*, Año XX, N° 226, noviembre de 1995, pág. 18-21.

Losinno, H. y Vera, G. (1999), “El cuerpo en anorexia nerviosa y bulimia”, *Revista Actualidad Psicológica*, Año XXIV, N° 264, mayo de 1999, pág. 24-26.

Luborsky, L. y Crits-Christoph, P. (1990), *Understanding Transference*, Nueva York, Basic Books, 1ª edición, 1990.

Luborsky, L., Barber, J., y Diguier, L. (1992), “The Meanings of Narratives During Psychotherapy: The Fruits of a New Observational Unit”, *Psychotherapy Research*, 2 (4) 277-290.

Maldavsky, D. (1999), *Lenguajes del erotismo. Investigaciones teórico-clínicas en neurosis y psicosis*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1ª edición, 1999.

Maldavsky, D. (2000a), *Lenguaje, pulsiones, defensas. Redes de signos, secuencias narrativas y procesos retóricos en la clínica psicoanalítica*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1ª edición, 2000.

Maldavsky, D. (2004), *La investigación psicoanalítica del lenguaje*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 1ª edición, 2004.

Maldavsky, D. et al. (2007), *La intersubjetividad en la clínica psicoanalítica - Investigación sistemática con el algoritmo David Liberman [ADL]*, Buenos Aires. Lugar Editorial, 1ª edición, 2007.

Morales, E.; Hernández, G. y Doerr-Zegers, O. (1994), “Contribución a una interpretación sistémica de la anorexia nervosa”, *Actas Luso Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, Nov.-Dic., Vol. 22 (6): 261-269.

Padín Calo, J.J. y Chinchilla Moreno, A. (1995), “Aproximaciones a la nosología de los trastornos de conducta alimentaria”. En: Chinchilla Moreno, A. (director), *Guía teórico práctica de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia*, Barcelona, Masson, 1ª edición, 1995.

Pasqualini, D., Fahrner, M. y Seco, M.T. (1996), “El adolescente con trastornos de la conducta alimentaria: Modelo de asistencia integral ambulatorio”. En Beker, E.; Benedetti, C. y Goldvarg, N. (comp.), *El enigma del cuerpo. Anorexia y bulimia y otros trastornos de la conducta alimentaria. Prácticas interdisciplinarias*, Buenos Aires, Atuel, 1ª edición, 1996, pág. 73-104.

Poch, J. y Avila Espada, A. (1998), *Investigación en psicoterapia. La contribución psicoanalítica*, Buenos Aires, Paidós, 1ª edición, 1998.

Raimbault, G. (1982), *El psicoanálisis y las fronteras de la medicina*, Barcelona, Ariel, 1ª edición, 1985.

Schulman, A. (1995), “Amenorrea y trastornos de la conducta alimentaria”, tesina presentada en la Carrera de Especialista en Endocrinología Ginecológica y de la Reproducción, del Instituto Universitario de Ciencias Biomédicas de la Fundación Favaloro.

Schütze, G. (1980), *Anorexia mental*, Barcelona, Herder, 1ª edición, 1983.

Selvini Palazzoli, M.; Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. (1998), *Muchachas anóricas y bulímicas*, Buenos Aires, Paidós, 1ª edición, 1999.

Toro, J. (1996), *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*, Barcelona, Ariel, 1ª edición, 1996.

Toro, J. y Vilardell, E. (1987), *Anorexia nerviosa*, Barcelona, Martínez Roca, 1ª edición, 1987.

Wachtel, P. (1993), *La comunicación terapéutica. Principios y práctica eficaz*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 1ª edición, 1996.

Wilson, C. P. (1988), “La psicoterapia psicoanalítica de la anorexia nerviosa bulímica”. En: Fenistein, S. y Sarosky, A. (comp.), *Trastornos en la alimentación*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1ª edición, 1988.

Fecha de recepción: 14/10/07

Fecha de aceptación: 23/11/07

Anexo A

Categorías estándar del CCRT (Edición 2)

Deseos, propósitos, necesidades

(La categoría principal está en mayúscula, el resto son variantes de la principal)

- 01. Ser entendido;** ser comprendido, empatizar con, ser visto correctamente
- 02. Ser aceptado;** ser aprobado por los otros, no ser juzgado, recibir afirmación
- 03. Ser respetado;** ser tratado justamente, ser valorado, ser importante para otros
- 04. Aceptar a otros;** ser receptivo a los demás
- 05. Respetar a otros;** valorar a otros
- 06. Tener confianza;** ser honesto con los otros, ser auténtico con los otros
- 07. Ser apreciado;** los otros se interesan en mí
- 08. Receptividad de los otros;** ser correspondido, hablar conmigo
- 09. Comunicación con los otros;** ser abierto, poder expresarme
- 10. Distanciarse de los otros;** no ser abierto, no expresar mis deseos, no ser molestado
- 11. Estar cerca de los otros;** ser tenido en cuenta/incluido, no estar solo, ser amigos
- 12. Ayudar a otros;** darse a los otros, educar a los otros, respaldar a otros
- 13. Ser ayudado/recibir apoyo;** recibir soporte, ser protegido
- 14. No ser ofendido;** evitar dolor e irritación, evitar rechazo, protegerme, defenderme
- 15. Ser ofendido;** ser castigado, ser maltratado
- 16. Herir a los demás;** vengarme, rechazar a los otros, expresar rabia contra los otros
- 17. Evitar conflictos;** comprometerme, no disgustar a los otros, estar de acuerdo, ser flexible
- 18. Oponerme a los otros;** resistirme al dominio de los otros, competir contra los otros
- 19. Tener control sobre los otros;** dominar, tener poder, hacer las cosas a mi manera
- 20. Ser controlado por los otros;** ser sumiso, ser dependiente, ser pasivo, recibir instrucciones
- 21. Tener control sobre mí mismo;** ser consciente, ser racional
- 22. Tener éxito;** ser competente, hacer lo mejor, ganar
- 23. Ser independiente;** ser autosuficiente, ser autónomo, ser sólido

- 24. Sentirme bien respecto a mí mismo;** tener confianza en mí mismo, sentirme satisfecho, tener autoestima
- 25. Superarme;** mejorar, progresar
- 26. Ser bueno;** hacer lo correcto, ser perfecto, ser correcto
- 27. Ser como los otros;** identificarme con los otros, parecerme a los otros, dejarme modelar
- 28. Ser yo mismo;** no estar conforme, ser diferente, ser único
- 29. No tener obligaciones o no tener responsabilidad;** ser libre, no tener compromiso
- 30. Ser estable;** tener seguridad, tener estructura
- 31. Sentirme cómodo;** relajarme, no sentir malestar
- 32. Sentirme feliz;** divertirme, disfrutar, sentirme bien
- 33. Ser amado;** tener una relación romántica, tener relaciones sexuales
- 34. Reafirmarme a mí mismo;** exigir el reconocimiento de mis derechos
- 35. Competir con alguien por el afecto de otra PERSONA** [No se tuvo en cuenta porque Luborsky no la incluye en los clusters]

Reacciones de los otros

- 01. Entienden;** son empáticos, son simpáticos, me ven correctamente
- 02. No entienden;** no son empáticos, son antipáticos, son desconsiderados
- 03. Me aceptan;** no son rechazantes, me aprueban, me incluyen, me tienen en cuenta
- 04. Me rechazan;** desaprueban, son críticos
- 05. Me respetan;** me tratan con justicia, me valoran, me admiran
- 06. No me respetan;** me tratan injustamente, no me valoran, no me admiran
- 07. No me tienen confianza;** no me creen, sospechan de mí
- 08. No son de confianza;** me traicionan, me engañan, son deshonestos
- 09. Me aprecian;** se interesan en mí
- 10. No me aprecian;** no se interesan en mí
- 11. Son abiertos;** son expresivos, son reveladores, están disponibles
- 12. Son distantes;** no corresponden, no están disponibles
- 13. Son serviciales;** apoyan, me dan, explican
- 14. No son serviciales;** no confortan, no apoyan, no me dan seguridad
- 15. Me ofenden;** son violentos, me tratan mal, son punitivos
- 16. Son ofendidos;** son injuriados, están atormentados, están heridos
- 17. Me contradicen;** rechazan/bloquean mis deseos, están contra mí
- 18. Son cooperadores;** están de acuerdo
- 19. Están fuera de control;** no son de fiar, son inseguros, son irresponsables
- 20. Son controladores;** son dominantes, intimidan, son agresivos, se imponen
- 21. Me dan independencia;** me dan autonomía, animan, fomentan mi autodirección
- 22. Son dependientes;** son influenciados por mí, son sumisos

23. **Son independientes;** se dirigen a sí mismos, son inconformes, son autónomos
24. **Son enérgicos;** son superiores, son responsables, son importantes
25. **Son malos;** están equivocados, son culpables
26. **Son estrictos;** son rígidos, son severos, son duros/recios
27. **Están enojados;** son irritables, están resentidos, están frustrados
28. **Son ansiosos;** están asustados, están nerviosos, están preocupados
29. **Están felices;** son divertidos, están contentos, disfrutan
30. **Me quieren;** están interesados románticamente en mí

Reacciones del sujeto

01. **Entender;** comprender, percibir, ver correctamente
02. **No entender;** estoy confundido, estoy sorprendido, no me entiendo bien
03. **Sentirme aceptado;** sentirme aprobado
04. **Sentirme respetado;** sentirme valorado, sentirme admirado
05. **Apreciar a los otros;** soy amistoso
06. **Despreciar a los otros;** odio a los otros
07. **Soy abierto;** me expreso a mí mismo
08. **No soy abierto;** soy inhibido, no soy expresivo, soy distante
09. **Soy servicial;** doy soporte, trato de agradar a los otros, doy a los otros
10. **Hiero a los otros;** soy violento, actúo hostilmente
11. **Oponerse a los otros;** soy competitivo, rechazo, desconozco, choco con los otros
12. **Soy controlador;** soy dominante, influyo en otros, manipulo a los otros, soy asertivo, soy agresivo
13. **Estoy fuera de control;** soy irresponsable, soy impulsivo, soy inseguro
14. **Me controlo;** soy responsable
15. **Soy independiente;** tomo mis propias decisiones, me autodirijo, soy autónomo
16. **Soy dependiente**
17. **Me siento incapaz;** soy incompetente, soy inadecuado
18. **Me tengo confianza a mí mismo;** soy o me siento triunfador, me siento orgulloso, me siento asegurado
19. **Estoy indeciso;** me siento atormentado, soy ambivalente, me siento en conflicto
20. **Estoy decepcionado;** no estoy satisfecho, me siento desagradado, me siento vacío
21. **Me siento enojado;** me siento resentido, me siento irritado
22. **Me siento deprimido;** me siento sin esperanza, me siento triste, me siento mal
23. **Me siento desamado;** me siento solo, me siento rechazado
24. **Me siento celoso;** me siento envidioso
25. **Me siento culpable;** me culpabilizo, me siento equivocado
26. **Me siento avergonzado;** me siento turbado, me siento confundido
27. **Me siento ansioso;** me siento asustado, me siento preocupado, me siento nervioso

28. Me siento seguro; me siento satisfecho, me siento protegido

29. Me siento feliz; excitado, me siento bien, me siento alegre, me siento eufórico

30. Me siento amado

31. Síntomas somáticos; dolor de cabeza, erupción cutánea, dolor [No se tuvo en cuenta porque Luborsky no la incluye en los clusters]

Anexo B

Clusters del CCRT

Grupos componentes de categoría estándar

Deseos (d): Yo quiero...	
1. Reafirmarme y ser independiente	21, 23, 28, 34
2. Oponerme, herir y controlar a los otros	16, 18, 19
3. Ser controlado, herido y no ser responsable	13, 15, 20, 27, 29
4. Ser distante y evitar conflictos	10, 14, 17
5. Estar cerca (de los otros) y aceptarlos	4, 5, 6, 8, 9, 11
6. Ser amado y entendido	1, 2, 3, 7, 33
7. Sentirme bien y cómodo	24, 30, 31, 32
8. Tener éxito y ayudar a los otros	12, 22, 25, 26

Reacciones de los otros (RO): Los otros son/hacen...	
1. Fuertes	23, 24, 29
2. Controlan	20, 26
3. Trastornan, alteran, enojan	16, 19, 22, 27, 28
4. Malos	8, 25
5. Se oponen y están en contra	2, 4, 6, 7, 10, 12, 14, 15, 17
6. Ayudan	13, 18
7. Me aprecian	5, 9, 21, 30
8. Entienden	1, 3, 11

Reacciones del sujeto (RS): Me siento/soy/hago/tengo...	
1. Ayudo	1, 7, 9
2. No receptivo y cerrado	2, 6, 8
3. Respetado y aceptado	3, 4, 5, 28, 29, 30
4. Me opongo y hiero a los otros	10, 11
5. Autocontrol y autoconfianza	12, 14, 15, 18
6. Desamparado	13, 16, 17, 19
7. Decepcionado y deprimido	20, 21, 22, 23, 24
8. Asustado y avergonzado	25, 26, 27