

Hasta ahora, el misterio de los trastornos alimentarios en sus evoluciones más modernas, desde el síndrome del vómito hasta los atracones –aparte de sus expresiones más tradicionales, la anorexia y la bulimia–, ha sido abordado con soluciones terapéuticas construidas expresamente para estos problemas.

En este libro claro y accesible, **Giorgio Nardone**, figura de relieve internacional en el ámbito de la psicoterapia y un profesional tan creativo como sistemático, cambia de estrategia y conduce al lector hacia el interior de los perturbadores misterios de las patologías alimentarias, desvelando su formación y su persistencia e indicando sus posibles soluciones.



[www.paidos.com](http://www.paidos.com)

MÁS ALLÁ DE LA ANOREXIA Y LA BULIMIA

PAIDÓS PSICOLOGÍA HOY

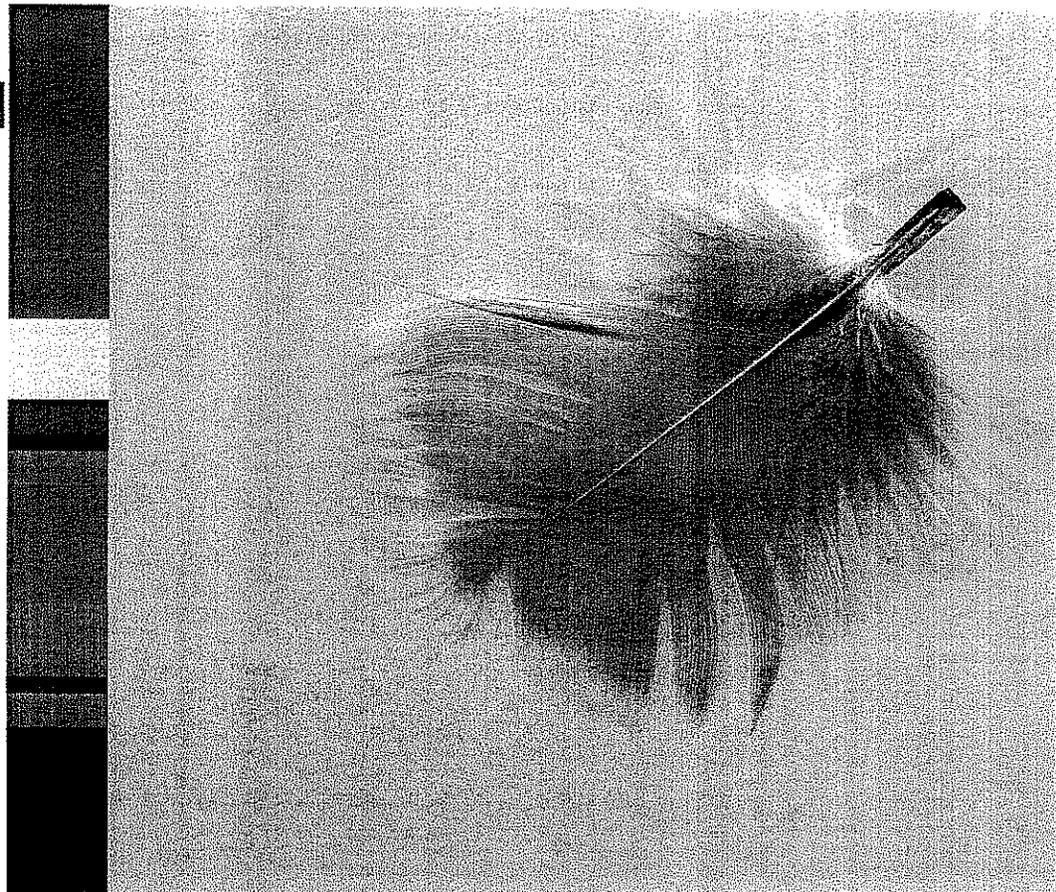
46

Giorgio Nardone



# MÁS ALLÁ DE LA ANOREXIA Y LA BULIMIA

## Giorgio Nardone



## Más allá de la anorexia y la bulimia

Paidós Psicología Hoy

Títulos publicados

- 59. J. L. Linares, *Las formas del abuso*
- 60. J. James, *El lenguaje corporal*
- 61. P. Angel y P. Amar, *Guía práctica del coaching*
- 62. J. Fogler y L. Stern, *¿Dónde he puesto las llaves? Cómo recordar lo que se te olvida y no olvidar lo importante*
- 63. D. C. Thomas y K. Inkson, *Inteligencia cultural. Habilidades interpersonales para triunfar en la empresa global*
- 65. J. Redorta, *Entender el conflicto*
- 66. E. J. Langer, *Mindfulness*

Giorgio Nardone

# Más allá de la anorexia y la bulimia

Título original: *Al di là dell'amore e dell'odio per il cibo*  
Publicado en italiano, en 2003, por RCS Libri S.p.A., Milán

Traducción de Margarita Soltero Godoy

Cubierta de Idee

## SUMARIO

Prólogo .....	9
1. «Que no hay noche tan larga que no termine en día» o recuperarse es posible .....	11
2. Conocer las patologías alimentarias .....	21
Premisa .....	21
«Puedo resistir a todo menos a las tentacio- nes»: la bulimia .....	25
«La ascesis comienza siempre con la abstinencia»: la anorexia .....	33
«Cualquier cosa repetida un cierto número de veces se convierte en un placer»: síndrome del vómito ( <i>vomiting</i> ) y/o bulimia nerviosa .....	40
«Si te lo concedes puedes renunciar, si no te lo concedes será irrenunciable»: el atracón ( <i>binge-eating</i> ) .....	50
«Sólo es bueno lo que no hace daño»: ortorexia y otras fijaciones alimentarias .....	53

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del *copyright*, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamo públicos.

© 2003 R.C.S. Libri S.p.A., Milán  
© 2004 de la traducción, Margarita Soltero Godoy  
© 2004 de todas las ediciones en castellano,  
Ediciones Paidós Ibérica, S.A.,  
Av. Diagonal, 662-664 - 08034 Barcelona  
www.paidos.com

ISBN: 978-84-493-1544-2  
Depósito legal: B.11.361-2009

Impreso en Book Print  
Botànica, 176-178 - 08908 L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

Impreso en España - *Printed in Spain*

<b>3. Evadirse de las prisiones de la comida: la terapia en tiempo breve</b> .....	57
<b>4. «Cualquier tecnología suficientemente avanzada es indistinguible de la magia»: historias de terapias</b> .....	65
Caso 1. El atracón: la obsesión por perder el control .....	65
Caso 2. Bulimia y paranoia: el «Botero» viviente	72
Caso 3. Anorexia deliberada: prohibir para obtener .....	76
Caso 4. Anorexia juvenil: anular una patología con otra patología .....	81
Caso 5. Anorexia crónica: de la abstinencia a la transgresión .....	86
Caso 6. Bulimia yoyó: si quieres darte un atracón, ¡hazlo bien! .....	93
Caso 7. El síndrome del vómito satisfecho: «el límite de un placer es un placer más grande»	95
Caso 8. Síndrome del vómito: perfeccionar el trastorno para anularlo .....	99
Caso 9. La vomitadora seductora: del placer a la tortura .....	102
Epílogo .....	109
Bibliografía .....	111

## PRÓLOGO

«El hambre es el principio de un dolor que invita a alimentarnos; el aburrimiento, un dolor que nos obliga a dedicarnos a cualquier actividad; el amor, una necesidad que si no se satisface llega a ser dolorosa. Cualquier tipo de exceso es pernicioso: tanto en la abstinencia como en la gula, tanto en la economía como en la liberalidad.»

Con esta sentencia, Voltaire nos da una imagen concisa de los componentes fundamentales que habitualmente llevan a la constitución de las patologías alimentarias.

El objetivo de este libro es explicar al gran público cómo se alimentan y se mantienen estas tipologías de complicados problemas humanos y, sobre todo, cómo pueden resolverse en un tiempo breve.

El contenido de este texto es el fruto de una larga y laboriosa investigación, que ha dado a conocer detalladamente las formas contemporáneas de trastornos alimentarios a través de experiencias concretas de

solución de tales problemas.<sup>1</sup> Por lo tanto, las afirmaciones que vendrán a continuación no son conocimientos *a priori*, fruto de la mera reflexión, ya que creemos, como Kant, que «sólo conocemos *a priori* de las cosas lo que nosotros mismos ponemos en ellas». Sin embargo, un análisis del que deriven estrategias de cambio, aplicadas con éxito, conduce a un auténtico conocimiento operativo que permite tener de un fenómeno patológico no solamente una descripción, sino también los instrumentos y las capacidades para cambiarlo. Se conoce un problema a través de su solución y el conocimiento así adquirido permite perfeccionar las estrategias de intervención. Como afirmaba Thomas Fuller, «todo es muy difícil antes de ser sencillo»; del mismo modo, el problema más complicado puede tener una solución aparentemente «simple».

1. Este libro representa la exposición, en forma divulgativa, de todo lo que se describió, de manera científica, en el volumen: G. Nardone, T. Verbitz y R. Milanese, *Le prigionieri del cibo: anoressia, bulimia, vomiting, la terapia in tempi brevi*, Milán, Ponte alle Grazie, 1999 (trad. cast.: *Las prisiones de la comida*, Barcelona, Herder, 2002).

## Capítulo 1

### «QUE NO HAY NOCHE TAN LARGA QUE NO TERMINE EN DÍA»\* O RECUPERARSE ES POSIBLE

Todo problema profana un misterio; a su vez el problema es profanado por su solución.

E. CIORAN

Pocas formas de patología psicológica parecen tan perturbadoras como los trastornos alimentarios, ya que, cuando éstos se manifiestan, parecen eventos contra natura que van en dirección opuesta a cualquier forma de lógica y sentido común. Por ejemplo, una mujer joven que reduce gradualmente su alimentación hasta el ayuno completo, reiterándolo hasta la muerte, no puede más que trastornar las mentes más equilibradas. O bien, la chica que come y vomita sucesivamente durante todo el día, como si estuviese «endemoniada», impulsada por una oscura fuerza al ritual, aparentemente ilógico y destructivo, que no provoca

\* W. Shakespeare, *Macbeth*, 7ª ed., trad. Manuel Ángel Conejero y Jenaro Tales, Madrid, Cátedra, 1999, pág. 282. (*N. de la t.*)

más que abatimiento en todos los que normalmente vivimos el vómito como una experiencia desagradable que hay que evitar.

Además, las patologías alimentarias llevan, al contrario que la mayoría de los trastornos psíquicos, a alteraciones físicas y estéticas evidentes que no pueden ser ignoradas, con el efecto consiguiente de producir, desde esta perspectiva, profundas alteraciones en la mayoría de las personas.

Todo lo anteriormente expuesto provoca que estos trastornos sean, sin duda, unos de los más comentados entre las distintas formas de patología de la mente. La delgadez extrema se corresponde, a menudo, con cánones estéticos acentuados por los estilistas, personajes del mundo del espectáculo y por todo el ambiente que vive alrededor de la moda. Por esta razón, las patologías alimentarias cuyo fin es la obtención y el mantenimiento de una delgadez extrema a veces resulta que son apreciadas casi como si se trataran de una virtud.

Por desgracia, modelos y bailarinas, impulsadas por estas ideas, llegan a producirse a sí mismas daños irreparables. Éste fue el caso de algunas bailarinas de danza clásica del New York Ballet que, en el año 2001, según se refiere en los escritos de acusación presentados por los abogados de las familias, fueron presionadas por su célebre coreógrafo para que adelgazaran más y más con el fin de que fueran idóneas para la danza. Como consecuencia, acabaron muriendo debido a una anorexia nerviosa imparable.

El canon de estética basado en la delgadez de forma casi paroxística se ha transferido en los últimos años incluso a la imagen masculina, que parece cada

vez más aniñada. De este modo, las tallas de los atuendos para hombre se han hecho más pequeñas, como si éste tuviera que parecerse al bello sexo, es decir, privado de una musculatura potente, con medidas reducidas, muy delgado y demacrado.

Considerando todo esto, el lector comprenderá por qué han florecido en los últimos tiempos, respecto a los trastornos alimentarios, miles de teorías orientadas a explicar este fenómeno social, de las que se derivan otras tantas propuestas de tratamiento. En las librerías, especializadas y generales, pueden encontrarse estanterías completas de textos sobre este tema, muchos de ellos auténticos best sellers.

Hay quien opina, desempolvando al viejo Freud, que los trastornos alimentarios proceden obligatoriamente de traumas sexuales vividos en la infancia; otros los creen una forma de «dependencia» parecida a la producida por sustancias estupefacientes; no faltan, obviamente, aquellos que los consideran disfunciones biológicas y genéticas y que creen haber identificado la carencia biológica específica responsable de la manifestación del trastorno; o también, la corriente de pensamiento que remonta las patologías alimentarias a relaciones intrafamiliares morbosas.

La reseña de las teorías y propuestas terapéuticas podría extenderse a lo largo de un denso volumen, pero éste no es el objetivo de nuestro estudio. De acuerdo con George Lichtenberg, filósofo ilustrado del siglo XVIII, opino que es inútil disertar teóricamente sobre cuál de ellas es la más adecuada, ya que «la mejor prueba de una teoría es su aplicación». En este orden de cosas, Gregory Bateson escribía que «la única prueba de comprobación es la eficacia» y que

«la tarea de una ciencia es poner a punto soluciones para problemas específicos que haya que resolver». Si utilizamos esta perspectiva en las teorías aplicativas sobre trastornos alimentarios, es decir, si medimos su validez sobre la base de los resultados de su aplicación, en lugar de sentirnos fascinados por sus hipótesis, las conclusiones a las que llegamos son inexorables: ninguna teoría que proponga una explicación causal de tales patologías resulta fiable, puesto que los resultados de su aplicación son claramente insatisfactorios.

Nótese que, desde semejantes perspectivas, el 40 % de los casos no responde al tratamiento y se hace crónico, el 15 % muere por anorexia; sólo el restante 45 % mejora sus condiciones (Constin, 1996). En estos datos de la ANAD, la asociación más extendida en el mundo para los trastornos alimentarios, ni siquiera se hace referencia al concepto de curación, como si se presumiera que ésta fuera imposible.

Desde tales perspectivas, la metodología derivada de las intervenciones terapéuticas respecto a las aproximaciones a los trastornos alimentarios merecería, una vez más, un volumen completo. Sin embargo, el fin de este libro no es presentar una reseña crítica de las teorías y de las técnicas terapéuticas para la anorexia, la bulimia, etc., sino exponer al gran público, de forma clara y accesible, el fruto de una investigación empírico-experimental que, siguiendo una metodología rigurosamente científica, ha llevado a la elaboración de protocolos de tratamiento de las patologías alimentarias que se han demostrado realmente eficaces y eficientes. La presente exposición se limitará a citar en algunas ocasiones las ópticas tradicionales, para discriminar claramente las presentes propuestas teóri-

cas y aplicativas —orientadas prioritariamente a la solución de problemas— de aquellas orientadas a la explicación de los mismos.

Nuestro trabajo, basado en una metodología de investigación experimentada ya con éxito en el estudio del tratamiento de las patologías fóbico-obsesivas (Nardone, 1993, 2000) y aplicada a centenares de casos, ha llevado a un conocimiento más profundo y detallado de los trastornos alimentarios en su diferenciación patológica y en sus evoluciones modernas.

Más allá de cualquier disertación crítica, lo que considero más importante es destacar el hecho de que haya sido demostrado, de forma específica, que es posible recuperarse de las patologías alimentarias en un espacio de tiempo relativamente breve (de tres meses a un año de terapia, Nardone y otros, 1999); que todo ello no requiere el ingreso en «dorados campos de concentración», es decir, clínicas muy caras, ni en ex comunidades de tóxicodependientes recicladas para la terapia de trastornos alimentarios crónicos; tampoco se hace necesario un tratamiento farmacológico que vuelva «zombis» a quienes lo siguen, cuando lo que tendría que hacer es devolverles el hambre a las anoréxicas y la sensación de saciedad a las bulímicas; ni tan siquiera es indispensable un tratamiento psicoanalítico que se prolongue durante años, basado en la investigación de las peregrinaciones genitales infantiles del paciente o de sus posibles traumas sexuales.

En efecto, cuando hace casi diez años empecé a estudiar junto con mis colaboradores los trastornos alimentarios, nos alejamos de las entonces presentes metodologías terapéuticas porque éstas resultaban, a los efectos, absolutamente insatisfactorias.

Al considerar todo esto, destacó el hecho de que ninguna de las teorías analizadas, fieles sobre todo a la explicación de las causas de la constitución de los trastornos alimentarios, hubiese llevado a la elaboración de tratamientos realmente eficaces. Había que deducir que las teorías no eran apropiadas para estas realidades, sino que, como podría constatar un lector especialista en filosofía de la ciencia, eran intentos de adaptar un trastorno y su etiología a la teoría elegida previamente por el estudioso y/o terapeuta. Desgraciadamente, en el campo de la terapia de los trastornos psíquicos y del comportamiento no es raro que se demuestre que el problema que hay que resolver es el que tiene que adaptarse a su solución y no, como parecería lógico, la solución al problema (Nardone, 1994), lo que evidentemente lleva a la elaboración de técnicas terapéuticas que, la mayoría de las veces, respetan las teorías del modelo del que derivan, pero no las características y necesidades del trastorno que hay que tratar.

Esta afirmación, que podría parecer excesivamente fuerte, puede ser comprobada fácilmente analizando la literatura relativa a las propuestas terapéuticas para los trastornos alimentarios. Como se ha mencionado con anterioridad, en la mayoría de los casos estas propuestas adaptan una aproximación general a dichos trastornos, es decir, raramente encontramos tratamientos fundamentados en investigaciones empíricas auténticas sobre el objeto de la intervención. La mayoría de las veces las propuestas de tratamientos se basan en el estudio de casos individuales o en la experiencia personal de ex pacientes que se erigen, de modo arbitrario, en el papel de ilustrados terapeutas;

o bien en la interpretación del fenómeno a la luz de una teoría que describe rígidamente la naturaleza humana y prescribe, también rígidamente, la terapia de lo que no es normal. Pero lo que quizá sorprenderá aún más al lector es que la inmensa mayoría de los modelos de tratamiento, fruto de estudios exhaustivos de las patologías en discusión, también está orientada a explicar las causas y los porqués de las diferentes formas de patologías alimentarias, en lugar de a sus soluciones, y es precisamente por esta característica por lo que se reduce su eficacia aplicativa. En otros términos, como el autor ha expresado en algunas obras (Nardone y Watzlawick, 1990; Watzlawick y Nardone, 1997), la investigación de las explicaciones causales poco tiene que ver con la elaboración de las soluciones.

Aunque puede parecer extravagante, esta afirmación es, en realidad, el fundamento de toda la investigación científica de los últimos decenios, no sólo en psicoterapia, sino en todas las ciencias avanzadas.

Concédame el lector una pequeña divagación sobre este asunto. El hecho de que la constitución de un problema o de una patología y su solución no estén unidas entre sí por una relación de interdependencia, se puede demostrar de forma muy sencilla si se reflexiona sobre un hecho aparentemente banal: el pasado de una persona no puede cambiarse. Esta hipótesis anula la inmensa mayoría de los fundamentos teóricos relativos a los tratamientos psiquiátricos y psicoterapéuticos sobre trastornos alimentarios, ya que en las terapias psicológicas orientadas a la reconstrucción de las causas de un trastorno, el trabajo fundamental desarrollado por el terapeuta y por el paciente es, precisamente, volver a recorrer hacia atrás la historia de

la persona con el fin de identificar y resolver los presuntos traumas vividos en el pasado, con la idea, desmentida por los hechos, de que este proceso debería llevar automáticamente a la recuperación. Esta operación es francamente imposible, puesto que en la mejor de las hipótesis la persona sólo podrá modificar la percepción presente de los problemas vividos en el pasado y, raramente, puede tener un efecto terapéutico sobre patologías que se basan en síntomas compulsivos como la anorexia y la bulimia y contra los que se estrella estrepitosamente la racionalidad.

De todo esto se deriva que la elaboración de tratamientos realmente eficaces y eficientes debe basarse en una investigación empírico-experimental, orientada directamente a la búsqueda de técnicas resolutivas que se ajusten a las características de la patología en el presente y no en el pasado. En otras palabras, no hay que ocuparse de cómo se forma un problema, sino de su persistencia.

Lo que el lector interesado debe saber antes de nada, y que nos interesa subrayar de nuevo, es que un alto porcentaje de personas que presentan trastornos alimentarios, incluso en las formas más severas, puede superar completamente el trastorno mediante un tratamiento psicológico construido *ad hoc* para estos problemas. Evidentemente, esto no significa que lo que se exponga a continuación, ya explicado en publicaciones anteriores de tipo especializado (Nardone y otros, 1994), sea la única solución posible para esta tipología de problemas; aunque, con los datos en la mano, resulta que actualmente es la modalidad terapéutica más eficaz y eficiente y que expone a los sujetos a menores costos, no sólo económicos, sino también existenciales.

En otros términos, el hecho de que los problemas puedan sufrirse, complicarse y persistir durante años no significa que tengan que ser resueltos con soluciones sufridas, prolongadas y complicadas, como pusieron de manifiesto, en la década de 1960, los investigadores de la Escuela de Palo Alto (Watzlawick y otros, 1994). Por el contrario, incluso las patologías psíquicas más severas pueden desbloquearse en tiempos cortos, si se encuentra la palanca adecuada sobre la que pulsar.

De esta manera, la investigación empírico-experimental quincenal, desarrollada en el Centro di Terapia Strategica (C.T.S.) de Arezzo, se ha centrado en el estudio de tratamientos rápidos y realmente eficaces para formas de patologías particularmente resistentes al cambio. En un primer momento se elaboraron protocolos específicos de tratamiento para trastornos fóbico-obsesivos (Nardone, 1993, 2000), que actualmente representan un modelo de terapia utilizado con éxito en todo el mundo. En los últimos años, esta investigación ha producido la formalización de estrategias específicas para las diferentes formas de trastornos alimentarios (Nardone y otros, 1999).

En otras palabras, las variantes de los trastornos alimentarios se han estudiado con el objetivo de encontrar cuál era, para cada una de ellas, la palanca adecuada sobre la que apretar para desbloquearlas de la forma más rápida y eficaz. Por lo tanto, la anorexia, la bulimia, el síndrome del vómito (*vomiting*), etc., se han analizado como problemas complicados y no como enfermedades, en el sentido estricto del término.

Con esta óptica, se ha buscado elaborar soluciones que partiesen del presupuesto, que se ha revelado cier-

to en la práctica, de que llevando a la persona a cambiar su modo de percibir la realidad, se le conduce al cambio de sus reacciones. Las intervenciones terapéuticas están basadas, por lo tanto, en estratagemas terapéuticas o, lo que es lo mismo, en prescripciones de comportamiento y en la reestructuración de las percepciones de los pacientes que les llevan a salir de la rígida jaula mental que mantiene y alimenta su patología. Pero sobre este asunto volveremos más adelante exponiendo ejemplos clarificadores. En esta fase de nuestra explicación nos interesa dejar claro que quien está afectado por un trastorno alimentario no está condenado obligatoriamente a tenerlo de por vida como un «enfermo crónico»; él/ella puede salir, incluso rápidamente, si se le guía de una manera adecuada para que supere su problema.

Desgraciadamente, las informaciones que se tienen y los datos que se leen sobre este asunto parecen, como ya se ha mencionado antes, sin duda, derrotistas y catastróficos. En nuestro trabajo con las diferentes formas de patología alimentaria hemos demostrado, concretamente, que en más del 80 % de los casos se puede llegar a una remisión del trastorno. Parafraseando a Cioran, las soluciones que han funcionado han profanado el misterio de los problemas que, hasta entonces, se consideraban irresolubles.

## Capítulo 2

### CONOCER LAS PATOLOGÍAS ALIMENTARIAS

Si estoy bien tomo el camino que deseo, si estoy «enfermo», no soy yo el que decide: es mi enfermedad.

E. CIORAN

#### *Premisa*

Una realidad indudablemente confusa que incluso el lector no especializado puede apreciar inmediatamente consultando la literatura sobre patologías alimentarias es la relativa a su clasificación y definición conceptual. Es decir, se puede encontrar tanto en la literatura especializada como en la no especializada una gran confusión sobre los criterios diagnósticos de los trastornos alimentarios. A menudo se encuentran referencias a una tipología de trastorno con definiciones superponibles, por ejemplo: «bulimia/anorexia», «anorexia/bulimia» cuando se nos refiere a ese trastorno caracterizado por episodios frecuentes de atracones seguidos de vómitos; o bien, el uso generalizado del término «bulimia» sin ninguna discriminación en-

tre quien, por ejemplo, come continuamente y quien alterna períodos de ayunos y grandes atracones.

Por lo tanto, el primer paso de esta exposición, entrando de lleno en la descripción de las formas actuales de patología alimentaria, será hacer una descripción puntual y discriminadora. Es decir, ofrecer al lector criterios de comprensión claros, basados en una descripción concreta de las diferentes formas de trastorno caracterizado por una relación alterada con la comida.

Esta descripción no quiere ser una forma más de nosografía psiquiátrica, sino que, como es el caso siempre que se trabaja estratégicamente, las descripciones que se ofrecen al lector son el fruto de la investigación-intervención efectuada en una casuística numerosa (centenares de casos) y la consecuencia de intervenciones terapéuticas que han llevado a soluciones efectivas de aquellos problemas donde, como escribe Arsene Ancelot: «Más que la razón es el estómago el que nos gobierna».

En otras palabras, lo que nos lleva a tener una descripción clara de ciertos fenómenos patológicos es la estrategia eficaz y diferenciada, construida *ad hoc*, para cada uno de ellos. La solución es lo único que nos permite conocer con precisión el problema resuelto, puesto que todas las demás hipótesis no verificadas mediante su aplicación se quedan en explicaciones hipotéticas.

El lector podrá observar en la exposición conceptos y sentidos claramente diferentes de aquellos perceptibles en la literatura habitual sobre los trastornos de alimentación, algunos de ellos, sin duda, sorprendentes. Es el caso, por ejemplo, de la definición del

«síndrome del vómito» como una forma específica y diferente de patología. Hay que tener presente que lo expuesto no es la fantasía de un pensador o la intuición, sin pruebas de control, del profeta de turno, sino el fruto de una investigación empírico-experimental basada en encuestas concretas y efectos medidos en un patrón de sujetos más que representativos. De hecho, uno de los motivos que ha impulsado al autor a redactar este volumen divulgativo sobre los trastornos alimentarios es el deseo de clarificar fenómenos frecuentemente confusos debido a unos medios de información culpables por su ignorancia acompañada de arrogancia o, peor aún, por un cálculo de marketing económico. A este respecto, constituye un punto de referencia el episodio vivido en 1999 por el autor de este texto y sus colaboradores: después de una presentación en un congreso de psicólogos, periodistas y publicistas sobre el tema emergente de la difusión epidémica de las distintas formas de patología alimentaria, en la que se anticiparon datos, incluidos después en publicaciones especializadas, sobre estas patologías y sus tratamientos (Nardone y otros, 1999), una revista semanal me pidió una exclusiva de nuestro trabajo e intervención sobre estos trastornos, con el fin de hacer un artículo de amplia relevancia social.

Como el lector comprenderá, este hecho nos pareció sin duda ético y de gran importancia. Desgraciadamente, cuando el artículo se publicó nos dimos cuenta de que habíamos sido utilizados para otros fines. Efectivamente, el autor del artículo tomó sólo los datos epidemiológicos de nuestra investigación, es decir, la parte de la exposición referente a las evoluciones modernas de los trastornos alimentarios y la descrip-

ción de las distintas formas de patología, omitiendo los relativos a la eficacia de las intervenciones elaboradas para tal fin, que se habían sustituido, casualmente, por la propuesta de un nuevo fármaco que prometía resultados inferiores al 50 % de los expuestos en nuestro trabajo. Si los resultados prometidos por el fármaco, aunque aún no estuvieran verificados, hubieran sido superiores a aquellos presentados por nosotros con comprobaciones fehacientes, habríamos podido aceptar caballeramente la elección del autor, pero no siendo éste el caso, dejamos al lector que extraiga las conclusiones evidentes.

Con todo esto, no queremos afirmar que cualquier información sobre trastornos alimentarios no pueda tomarse en consideración o se transmita con fines comerciales, pero invitamos a un sano escepticismo.

Dicho esto, podemos adentrarnos ya en la descripción detallada de las diferentes formas de patologías alimentarias que se han desarrollado en el último decenio, ya que se debe tener presente que estas patologías, así como otras formas de patología psicológica, como, por ejemplo, los trastornos fóbico-obsesivos, están muy influidas por el desarrollo social. Es decir, los trastornos de la alimentación evolucionan del mismo modo que lo hace la sociedad. En la India, hasta hace diez años no existían casos de anorexia, salvo entre las princesas, puesto que si una hija no se comía su escaso cuenco de arroz o cereales, el padre o la madre estaban encantados de poder hacerlo en lugar de ella. Hoy, como efecto del incremento del bienestar y de la opulencia alimentaria, incluso en las clases medias hindúes se observa una incipiente presencia de esta patología.

Del mismo modo, en nuestra organización social occidental, en la que la comida, desde hace decenios para la gran mayoría, se consume más por placer que por una necesidad efectiva, se ha observado una evolución de la relación con la alimentación también en sus formas patológicas. Esto significa que, respecto a lo que ocurría hace algún decenio, los trastornos alimentarios parecen más variegados y evolucionados en las formas de sintomatología. En otras palabras, parece que, como nuestro equilibrado modo de comer se ha especializado, de la misma manera las patologías alimentarias tienen que tener una forma de especialización evolucionada.

### «Puedo resistir a todo menos a las tentaciones»:<sup>1</sup> la bulimia

La avidez es un refugio emotivo: es la señal de que algo nos está devorando.

PETER DE VRIES

El trastorno alimentario más frecuente en todas sus variegadas formas es, sin duda, la bulimia, una patología caracterizada, prioritariamente, por la compulsión irrefrenable por comer, debida más que al hambre, al deseo desenfrenado de consumir comida. Las personas afectadas por este trastorno pueden llegar a comer cualquier cosa sólo por el placer de engullir; por

1. O. Wilde, *Aforismi*, Milán, Mondadori, 1986 (trad. cast.: *Encantos: Aforismos, paradojas y digresiones*, Barcelona, Península, 1997).

ejemplo, una paciente me contó que como no tenía nada en la despensa, devoró con avidez y como último recurso mantequilla en porciones que quedaba en su frigorífico. En otra ocasión, se tragó todas las reservas de homogeneizados de su hijo pequeño, porque no quedaba otra cosa para satisfacer sus ganas irrefrenables de comer. También, un joven me contó que se pasaba el día entre atracones increíbles y siestas prolongadas en una especie de secuencia perpetua tanto de día como de noche.

Éstos son sólo algunos ejemplos, emblemáticos y extremos, de cómo puede ser la realidad de las personas afectadas por este tipo de trastorno alimentario.

En nuestro trabajo de investigación e intervención (Nardone y otros, 1999) hemos identificado algunas tipologías específicas de bulimia, caracterizadas por modalidades repetitivas de percepción y reacción respecto a la comida y al propio cuerpo. Y también, a diferencia de numerosa literatura sobre el tema, hemos separado del diagnóstico de bulimia tipologías de trastorno aparentemente bulímico, pero que en un análisis más atento resultan ser tipologías de trastorno con características de persistencia completamente diferentes y que, por lo tanto, necesitan para su solución un tipo de tratamiento alternativo. Éste es el caso, por ejemplo, de la llamada «bulimia nerviosa», que nosotros hemos reclasificado como «síndrome del vómito», identificando un trastorno alimentario nuevo. Esta patología ha evolucionado a partir de la bulimia o de la anorexia, pero después de instalarse como un ritual de secuencias de atracones y vómitos se convierte en otro tipo de trastorno con características diferentes que, como veremos en el capítulo que le hemos

dedicado, lo distinguen de todas las demás formas de trastorno alimentario.

Volviendo al tema de este capítulo podemos distinguir la patología bulímica en tres áreas:

- La bulimia boteriana, representada por aquellos sujetos, tanto hombres como mujeres, tan gordos que parecen las famosas imágenes de Botero.

Estas personas están bien adaptadas a su problema y, a menudo, llegan a terapia únicamente por un problema de salud que les obliga a perder peso. En estos casos, el trastorno alimentario se acompaña de las típicas disfunciones orgánicas y psicológicas de la obesidad.

- La bulimia por efecto «alcachofa», representada por aquellas personas para las que tener un sobrepeso y, por tanto, no ser lo estéticamente agradables que podrían ser si estuvieran más delgadas supone una especie de protección para la problemática afectivo-relacional que sufren.

Por lo tanto, estos sujetos, por más que intenten ponerse constantemente a dieta, no lo consiguen nunca, o bien lo consiguen por un tiempo y después recaen en la sintomatología bulímica. Su constante lucha con la balanza y con la dieta centra completamente su atención, manteniéndolos resguardados del resto de sus problemas.

- La bulimia yoyó, representada por aquellos sujetos que alternan períodos de dieta en los que pierden muchos kilos con períodos de alimentación desenfrenada en los que vuelven a ganarlos todos. Es una alternancia perpetua entre control y pérdida de control y su peso se mueve hacia

arriba y hacia abajo como el antiguo juego chino del yoyó. Estas personas alternan períodos de confianza en sí mismas, caracterizados por un exceso de exaltación de sus capacidades personales, con depresiones relacionadas con una profunda desconfianza en sus recursos. En otros términos, su humor está muy influido por el éxito o el fracaso al gestionar la relación con la comida y con su imagen estética.

Como puede observarse, con el mismo tipo de sintomatología bulímica, es decir, no saber resistirse a las tentaciones de la comida, se tienen tres modalidades diferentes de persistencia del problema:

- En el primer caso, una realidad aceptada que es necesario cambiar.
- En el segundo, una realidad no aceptada pero que no se consigue cambiar porque se necesitaría resolver antes otros problemas pendientes.
- En el tercer caso, una realidad desagradable, combatida con un éxito sólo parcial, seguido de recaídas que llevan a una lucha extenuante.

Estas diferencias de tipología de persistencia que se han destacado han llevado a nuestro grupo de investigación a formular y elaborar diferentes modalidades de intervención terapéutica que se ajusten a cada una de estas realidades. Esto significa que se ha intentado construir una serie de estrategias terapéuticas que, como trajes a medida, se adaptaran a las diferentes formas de patología alimentaria. Obviamente, la prueba no podía ser más que la eficacia real de los tratamientos elabora-

dos, calculada sobre una amplia muestra de sujetos, tal y como se debería exigir, por otra parte, a cualquier modelo de intervención para ser considerado científico. Respecto al tratamiento de la bulimia en sus ya mencionadas formas, los resultados obtenidos en el espacio de cinco años han superado la previsión más halagüeña, es decir, el 91 % de los casos tratados solucionó completamente su problema (Nardone y otros, 1999).

Como veremos claramente mediante ejemplos de terapia reproducidos en el capítulo 4 de esta obra, el tratamiento de la bulimia y también el de las tres formas descritas se activa al suponer que estas personas han querido resolver racionalmente su problema, aunque en la práctica no tienen capacidad de hacerlo. Y es válido incluso para aquellos casos en los que se tiene total conciencia respecto a las motivaciones y al funcionamiento de la patología.

En otras palabras, quien sufre bulimia es un paciente colaborador, pero incapaz de colaborar la mayoría de las veces. Por lo tanto, el terapeuta deberá tenerlo en cuenta y utilizar, en un primer momento, las estrategias que lleven al sujeto a desbloquear su incapacidad, y sólo después hacer palanca directamente en su voluntad.

Por este motivo, en la mayoría de los casos, las dietas habitualmente prescritas, haciendo presión en la motivación y voluntad de la persona que tiene que cambiar su estado de sufrimiento, se hunden miserablemente. De la misma manera que fracasan las terapias basadas, prioritariamente, en el adiestramiento del sujeto en el control de su compulsión por la comida. De hecho, en estos casos es como intentar contener la crecida de un río: en un principio se consigue,

pero después el agua se agolpa hasta tal punto que arrolla cualquier dique.

Generalmente, las personas sometidas a estos tipos de programas terapéuticos consiguen en un principio refrenar su compulsión, pero después acaban inexorablemente arrollados. Por desgracia, estos fracasos les llevan frecuentemente a perder la esperanza de poder superar su problema, cuando en realidad no es la persona la que no tiene capacidad, sino que la solución propuesta no es la idónea.

Aclarados estos importantes aspectos, parece necesario volver a la descripción de las tres formas de bulimia indicadas, centrándonos en cómo su persistencia tiende a retroalimentarse, un hecho que conduce a la elaboración de estrategias efectivas de cambio.

Se observa que la bulimia de Botero tiende a persistir gracias a que la persona, tras una serie de vivencias de frustraciones juveniles, ha cedido a su condición, aparentemente inevitable, adaptándose a ella hasta el punto de eliminar cualquier freno a la hora de saciar sus deseos alimentarios. De tal manera que estos sujetos arrinconan todo sueño de ser estéticamente deseables y se convierten en auténticos gozadores de la comida. No es infrecuente que se asocien entre ellos y no es raro encontrarse con parejas que parecen verdaderamente salidas de un cuadro de Botero. Por esta razón, no debe sorprendernos que estas personas se decidan a ir a terapia sólo si se ven obligadas por problemas de salud, ya que su adaptación a la condición patológica se opone al sufrimiento. Como consecuencia, parece evidente que el primer paso para una terapia eficaz tiene que ser alterar ese equilibrio patógeno que supone una fuerte resistencia al

cambio. Sólo tras haber llegado a este primer objetivo se podrá intervenir directamente en la relación con la comida, puesto que este cambio creará una motivación real para superar este estado patológico vivido, hasta ese momento, como equilibrio satisfactorio.

Una realidad totalmente diferente es la de aquellos que no llegan a tener un control equilibrado de su alimentación porque este problema les protege de otros. Por ejemplo, una mujer que tiene serias dificultades para vivir su vida sexual sin sentirse culpable debido a un problema de rigidez religiosa que, inconscientemente, desplaza toda su atención hacia la lucha contra la comida. O bien el hombre que, frustrado por su incapacidad de relacionarse con éxito con los demás, encuentra en lo más recóndito de su conciencia una especie de beneficio en tener que luchar contra su figura, en lugar de hacerlo contra los demás.

La lista de estos ejemplos explicativos podría ser infinita, pero a nosotros sólo nos sirve para resaltar que en este tipo de patología bulímica una terapia realmente efectiva no puede limitarse a la relación directa con la comida, sino que deberá estar orientada, también, a la solución de los problemas que hacen que la patología sea «útil». De otra manera, o la intervención fracasará desde el principio, o se verán resultados iniciales seguidos de recaídas. Sin embargo, lo dicho no significa, como sucede a menudo en las terapias tradicionales, que debemos desinteresarnos del síntoma para ocuparnos de las causas recónditas; por el contrario, la primera fase de la intervención terapéutica tiene que concentrarse en desbloquear la sintomatología bulímica, puesto que solamente este primer

éxito ofrecerá la posibilidad de destruir la persistencia sutil del problema. Para lograrlo, es importante reconocer la modalidad de interacción con la comida e individualizar los criterios por los que se repite, que la mayoría de las veces son los mismos que para la tipología yoyó, de la que haremos puntual descripción más adelante.

Por lo tanto, tiene que parecer claro que esta tipología de trastorno se compone de dos partes interdependientes que se afrontan desbloqueando, primero, la patología alimentaria y, después, accediendo a la problemática emotivo-relacional.

La yoyó es seguramente la forma más frecuente de bulimia y su expresión más clara. Es decir, el intento constante del sujeto de controlar y reprimir la compulsión por la comida que, gracias precisamente al efecto paradójico de esta autoimposición, se vuelve irrefrenable. En otros términos, lo que alimenta la sintomatología bulímica es intentar reprimirla.

Este modelo de interacción entre la persona y su alimentación, basado en el intento «de control que hace perder el control», es una constante en el trabajo con pacientes bulímicos, tanto que la mayor parte de las veces esta tipología paradójica de relación con la comida está presente, incluso, en las demás formas de trastorno bulímico.

Los sujetos yoyó están en constante conflicto consigo mismos precisamente por su incapacidad de dominar lo que quisieran controlar por encima de cualquier otra cosa. Su trampa está en que el esfuerzo en la dirección del control les lleva al efecto contrario. Estas personas, atrapadas por el mecanismo construido y reiterado en el tiempo por ellas mismas, no lle-

gan a interrumpir ese círculo vicioso. Es decir, cuanto más intentan evitar o resistirse a las tentaciones, más imperiosas e irresistibles se les hacen.

Las citadas palabras de Oscar Wilde sirven también para las personas bulímicas: «La mejor manera de librarme de la tentación es caer en ella».

### «La ascesis comienza siempre con la abstinencia»:² la anorexia

La abstinencia total es más fácil que la moderación perfecta.

SAN AGUSTÍN

La anorexia nerviosa, es decir, el tipo de patología alimentaria caracterizada por la reducción progresiva de la alimentación hasta el rechazo completo de la comida, es, ciertamente, el más conocido de los trastornos alimentarios, debido probablemente a que es el único que puede ser mortal y, por lo tanto, también aquel que desencadena, más que cualquier otra forma de trastorno, preocupaciones y atenciones motivadas.

Esta patología se asocia además, en el imaginario colectivo, con personas de fama o de envidiable belleza, como actrices, modelos y nobles. Esto hace que la anorexia sea un problema del que se discute, muy a menudo, en revistas de cotilleos o del corazón, asociándolo a un tipo de vida envidiable para la mayoría

2. E. Cioran, *Esercizi di ammirazione*, Milán, Adelphi, 1988.

de las personas que siguen estas publicaciones, que son, más allá de lo que menosprecia un esnobismo intelectual, la inmensa mayoría de los adolescentes.

El hecho de que este trastorno atraiga muchas atenciones ambivalentes, como, por ejemplo, inquietarse por su peligrosidad y, al mismo tiempo, verse atraído por el efecto de encumbramiento ilusorio por encima de los demás, lo convierte en una realidad fascinante, no sólo para los estudiosos, sino sobre todo para las chicas jóvenes y, en los últimos años, también para los chicos.

Sin embargo, como se tratará detalladamente más adelante, la anorexia es hoy un trastorno en fuerte regresión, puesto que la mayoría de los casos, el 65 % según los datos de la American Psychiatric Association, evoluciona hacia formas más desarrolladas del trastorno, como el síndrome del vómito (*vomiting*) o el atracón (*binge-eating*). Sin embargo, esta realidad no es en absoluto tranquilizadora, ya que si sumamos la casuística actual de la anorexia con la de las formas de patología alimentaria que han evolucionado de ésta, el resultado es que en los dos últimos decenios la frecuencia de estos trastornos ha tenido un crecimiento exponencial. Tanto que algunos estudiosos la consideran una especie de epidemia peligrosa.

Aclarado este último aspecto que explica por qué los datos estadísticos sobre la anorexia tienden a ser tan discordantes, podemos proceder a la descripción de las características específicas de este trastorno tan perturbador. Esto ocurre porque muchos autores no discriminan las formas evolucionadas de patología alimentaria de la anorexia, quizá porque en un primer momento son su derivación, aunque después se aca-

ban convirtiendo en algo sustancialmente diferente, como veremos en los capítulos siguientes.

La primera característica que debemos aclarar respecto a la anorexia es su aparición gradual y no de forma traumática: es decir, una persona no se hace anoréxica de un día para otro, sino a través de un proceso gradual de abstinencia alimentaria que lleva al rechazo de la comida.

El proceso de abstinencia de la comida procede habitualmente de la exigencia de adelgazar o de no engordar, para adecuarse a modelos de belleza socialmente avalados. Después de algún tiempo esta tendencia se hace autorreferencial, es decir, se alimenta sola, puesto que cuando la delgadez se vuelve excesiva se enfrenta precisamente a los cánones estéticos en los que se había inspirado. A menudo y por desgracia, la patología ya se ha estructurado y la persona no está capacitada para dominar la idoneidad de sus propias percepciones. Como consecuencia, adelgazar se convierte en el objetivo principal, aunque choque con la opinión de los demás. No es extraño que en esta fase de la patología los sujetos sientan que los demás no ven la realidad con claridad.

Con frecuencia, la tendencia a la abstinencia no es sólo respecto a la comida, sino también respecto a cualquier tipo de sensación agradable, así como a las relaciones sociales. Por lo tanto, los sujetos comienzan a rechazar paralelamente la comida, la vida social y cualquier actividad agradable. Es como si se pusieran una especie de armadura que les protege de las sensaciones que les asustan pero, que al mismo tiempo, les aprisiona. Este aprisionamiento se vuelve cada vez más rígido hasta lograr que el sujeto sea incapaz

de salir de la jaula que él mismo se ha construido. A menudo, se observan pacientes que racionalmente quieren salir del problema, pero que emotivamente son incapaces y, cuando se encuentran frente al plato, su miedo a comer es más fuerte que su intención.

En otros términos, todo comienza como una especie de recorrido ascético de renuncia a las sensaciones terrenales hasta que, después de un largo período de semejante «ejercicio espiritual», la abstinencia se instala como modo predominante de reacción y percepción de la realidad.

La delgadez, una obsesión cultivada con el objetivo de ser más deseables desde el punto de vista estético, se transforma, a través de la autoimposición del ejercicio ascético de renuncia al alimento y a las sensaciones, en una compulsión irrefrenable por evitar la comida.

El uso de la metáfora de la ascesis, en analogía con el proceso anoréxico, no es sólo un escamoteo literario, ya que famosas santas, como santa Catalina o Juana de Arco, fueron anoréxicas. En ellas, ascesis religiosa y ascesis anoréxica se alimentan recíprocamente.

Sin embargo, lo importante para nuestros objetivos no es una valoración de la relación entre ascesis religiosa y ascesis alimentaria, sino cómo esta realidad llega a un equilibrio que se mantiene y se resiste al cambio. Según ha demostrado en sus investigaciones el premio Nobel Henry Laborit, el ser humano es tan dúctil y corruptible que es suficiente que repita durante algunos meses un guión perceptivo-reactivo, impuesto por él mismo o por las circunstancias, para que se le vuelva automatizado y, aparentemente, natural y espontáneo. Precisamente, esto hace que el tras-

torno anoréxico sea tan resistente a los tratamientos basados en la sensatez y en la racionalidad, ya que las percepciones y reacciones se instalan como consecuencia de reiterar la abstinencia, produciéndose antes de que la conciencia del individuo pueda intervenir. Por lo tanto, como veremos a continuación, se hacen necesarias intervenciones terapéuticas basadas en estratagemas con capacidad para soslayar esta portentosa resistencia al cambio. Como se ha descrito hasta aquí, después de un determinado tiempo de ejercicio de abstinencia reiterada, ésta se convierte en un «vicio» irrenunciable. La trampa que la persona ha cavado y en la que se ha metido es demasiado profunda para que consiga salir sola de ella.

Esta fase de la patología está representada habitualmente por un adelgazamiento intenso que hace evidente el trastorno y desencadena reacciones de las personas de alrededor del sujeto problemático, la mayor parte de las veces no sólo inútiles, sino también contraproducentes. De hecho, éstas pretenderán, de diferentes maneras, hacer cambiar el comportamiento autodestructivo de la persona querida, desde intentos de convencimiento racional hasta forzarla a comer, con el resultado posterior de inducir al sujeto a protegerse dentro de su coraza patológica.

Con los ejemplos de tratamiento eficaz que se expondrán a continuación, resultará más claro que las reacciones lógicas de los familiares respecto al problema que se presenta se transformen en «las mejores intenciones que producen los peores efectos». Estos intentos confirman a la persona lo importante que se ha hecho para ellos gracias a su problema. A veces, cuando en la familia existen más hijos, estar «enfer-

mo» representa una auténtica ventaja, con el consiguiente efecto de vivir la curación como un peligro contra el que luchar. Por tanto, a las características de la persistencia de la patología de tipo individual, descritas antes, hay que añadirles las dimensiones puramente relacionales y familiares. La suma de los dos componentes lleva al trastorno a su máxima expresión patológica y de resistencia al cambio.

Frecuentemente, ésta es la fase en la que se contacta con especialistas para resolver esta intrincada y atormentada situación.

En mi experiencia, el primer paso de una intervención terapéutica supone, la mayoría de las veces, la modificación de actitudes y comportamientos adoptados por los familiares. Para conseguirlo hay que recurrir frecuentemente a estrategias terapéuticas elaboradas (Nardone, 1999; Nardone y otros, 2001). De hecho, a los familiares el comportamiento de la hija les resulta tan ilógico como desconcertante y sus intentos de intervención, aunque parecen muy razonables, no se adaptan a la irracionalidad del problema. Para aclararlo mejor, la lógica que guía la intervención de las personas vinculadas afectivamente a un sujeto anoréxico trabaja en realidad en un nivel lógico diferente del que guía la lógica del trastorno. Esto significa que no se puede afrontar con éxito un problema que funciona según una lógica no común, como es el caso de una persona que deja de comer y que quiere perseverar en este absurdo propósito, mediante intervenciones basadas en una lógica ordinaria, como son las presiones directas o indirectas para obligar a la persona a que vuelva a alimentarse.

Si la familia o la paciente no se dirigen a un especialista o si la intervención terapéutica fracasa, se observan dos evoluciones posibles de la patología. La primera, una estabilización de la sintomatología anoréxica, es decir, aquellos casos que se denominan crónicos. La segunda, un incremento del adelgazamiento que si no se interrumpe lleva desgraciadamente al sujeto hasta la muerte. Una tercera posibilidad son aquellos casos en tratamiento que presentan mejorías que se alternan con recaídas, en una secuencia que, a menudo, se hace persistente. Este tipo de paciente se define en la literatura clínica como crónico.

De todo lo expuesto hasta aquí respecto al trastorno anoréxico podemos deducir que nos encontramos frente a un tipo de problemática de apariencia absurda pero que se basa en una lógica convincente que determina su insistente persistencia. La solución de este problema exige, en primer lugar, por parte de quien interviene, la capacidad de asumir la lógica, aparentemente absurda, de la persona anoréxica, sintonizar con ésta en la formulación de la intervención terapéutica y adquirir poder sugestivo y de influencia sobre el sujeto y su familia. A este respecto se remite al lector a los ejemplos expuestos más adelante, que evidencian, como lo explicado hasta este momento, que incluso este grave trastorno puede llegar a tener una completa resolución, ya que, como afirmaba D. D. Jackson, fundador del Mental Research Institute de Palo Alto, uno de los mejores psiquiatras y psicoterapeutas que ha habido nunca, «no existen pacientes imposibles, sino únicamente terapeutas incapaces». Esto nos concierne a psicoterapeutas y psiquiatras, cuando no conseguimos ayudar con efectividad a al-

guyen. Es demasiado fácil afirmar que el caso se resiste o que es imposible, cuando no conseguimos encontrar la forma de desbloquearlo. La anorexia es uno de los tipos de patología que pone a prueba duramente la capacidad del terapeuta. Hay que estar alerta, en primer lugar, para no hacerse cómplices del mantenimiento del trastorno, y si después de algunos meses de tratamiento se advierte que la paciente tiende a no mejorar, se debe optar por un cambio de la estrategia terapéutica o del terapeuta, o mejor de ambos.

**«Cualquier cosa repetida un cierto número de veces se convierte en un placer»:<sup>3</sup> síndrome del vómito (*vomiting*) y/o bulimia nerviosa**

En los placeres de los sentidos, el disgusto limita con el gozo.

FRANCIS BACON

Una de las contribuciones más fecundas, fruto de las investigaciones en el campo clínico desarrolladas en el Centro di Terapia Strategica de Arezzo sobre el conocimiento y tratamiento de los trastornos alimentarios, ha sido sin duda la identificación de una forma particular de trastorno con características propias de persistencia, contemplado en la literatura especializada sólo como una variante de la anorexia o de la bulimia y por lo tanto definido como bulimia nerviosa, definición transformada por nosotros en *síndrome del vómito*.

3. H. Laborit, *Elogio della fuga*, Milán, Mondadori, 1982.

Lo que ha llevado al diagnóstico diferenciado del síndrome del vómito no ha sido un empeño académico por precisar la terminología, sino una exigencia real que procede de la investigación empírica, orientada a la elaboración de terapias eficaces y eficientes para los trastornos alimentarios. De hecho, ha sido la evidente y casi total ineficacia de los típicos tratamientos utilizados en la anorexia y la bulimia, cuando se aplican al síndrome del vómito, lo que ha llevado a la formulación necesaria de nuevas hipótesis sobre las características específicas de esta patología. Estas formulaciones, basadas en la experimentación concreta de tipologías de tratamiento eficaz, y no en hipótesis sin convalidar por resultados reales, han permitido llegar a la definición de una auténtica forma de trastorno alimentario que se distingue de las demás por sus características específicas de compulsión ritual, basada en la investigación del placer extremo.

Entrando más de lleno en la descripción del «síndrome del vómito», y después de haber aclarado que esta definición no es un mero neologismo de moda propuesto por un pensador igualmente de moda, se puede ofrecer una imagen bastante precisa de este trastorno haciendo referencia a aquellas personas que, ritualmente, consumen grandes cantidades de comida y después la vomitan. Todo ello no con el fin de adelgazar, sino con el objetivo de tener violentas sensaciones de placer.

La ritualidad de esta compulsión irrefrenable por comer y vomitar se puede volver con el tiempo tan insistente que lleva a las personas afectadas a pasar días enteros comiendo y vomitando, alternando fases de

atracones con las de expulsión en una secuencia patológica aparentemente absurda.

A este respecto, tengo el vivo recuerdo de una paciente «extrema» que consumía 155 euros al día en comida, que vomitaba después, alternando muchas veces, a lo largo del día, los momentos de alimentación desenfrenada con los de vómito. Después de realizar durante quince años esta actividad pesaba poco más de 40 kilos, había dilapidado completamente el rico patrimonio de su familia y declaraba que sólo vivía para comer y vomitar. No le habían valido de nada las recuperaciones en costosísimas clínicas especializadas en el tratamiento de la anorexia y de la bulimia, del mismo modo que no obtuvo ningún resultado después de más de diez años de psicoanálisis.

Son muchos los casos de este tipo con los que tanto mis colaboradores como yo nos hemos encontrado y que hemos tratado con éxito en los últimos años (el 82 % de ellos), partiendo precisamente de la diferenciación de esta patología de las formas tradicionales de trastorno alimentario, de las que ésta representa una especie de «evolución tecnológica» o, como diría un experto en física, una «cualidad emergente».

Lo que diferencia fundamentalmente a esta patología alimentaria de las demás es que ésta se constituye más como una especie de perversión, basada en el placer de comer y vomitar, es decir, más como un auténtico ritual erótico, que como una forma de comportamiento alimentario guiado por la necesidad de estar delgados. De hecho, las personas afectadas por el síndrome del vómito (*vomiting*) comienzan a vomitar como solución para no engordar y poder seguir comiendo de manera desenfrenada. Pero después de

cierto período reiterando esta estrategia, descubren el placer del ritual comer-vomitarse hasta que se vuelven realmente esclavos de éste.

Pocas personas saben que los «vomitadores/as» actuales tienen un predecesor ilustre, que se las sabía todas respecto al placer y su búsqueda. Se trata nada menos que de Epicuro, el ilustre filósofo del hedonismo. Según nos refiere su alumno predilecto Metrodoro, se atracaba y vomitaba dos veces al día por simple búsqueda estética del placer. También alternaba algunos días de alimentación a pan y agua para poder gozar más en los días siguientes de los atracones y vómitos. Además, tanto para Epicuro como para el resto de sus colegas, este ritual de placer se había convertido en la fuente fundamental de su «placer erótico», hasta llegar a decir que «principio y raíz de cualquier bien es el placer del estómago» (Epicuro, *Máximas para una vida feliz*). Añadiendo que, sin embargo, los placeres que se derivan del amor entre hombre y mujer eran una forma reducida de expresión erótica sobrevalorada por la creencia popular.

Por lo tanto, era previsible que en la investigación sobre más de cien casos de sujetos con síndrome de vómito, que nos llevó a la publicación científica en la que por primera vez se hace referencia a este síndrome (Nardone y otros, 1999), se ponga de relieve que todos ellos consideraban el rito de comer y vomitar el mayor placer que habían conocido.

Soy plenamente consciente de que todo esto puede parecer sobrecogedor, pero hay que tener en cuenta que a menudo la realidad supera a la ficción más calenturienta, y esto es aún más cierto si nos adentramos en el universo de las patologías psicológicas.

Podemos ver perfectamente que, en este caso, un trastorno que comienza por la exigencia de estar delgados, si se repite, aunque se mantenga el placer por comer o se esté a salvo del riesgo de convertirse en anoréxicos, lleva a la constitución de una auténtica forma de compulsión basada en el placer, que después de algún tiempo se extiende tanto que le come terreno a cualquier otra actividad agradable para el individuo.

Considerada desde este punto de vista, parece claro que esta patología se diferencia significativamente de las otras formas de trastornos alimentarios, basados en la exigencia fundamental de estar delgados, incluso cuando el objetivo no se consigue del todo, como sucede en la bulimia. Además, en este caso, lo que es fuente de placer no es el hecho de comer, sino la secuencia ritual de comer y luego vomitar.

La prueba experimental de todo esto nos la ofrece el hecho de que al utilizar en el tratamiento de este trastorno técnicas orientadas a alterar, bloquear o reorientar la compulsión basada en el placer, transformándola en algo desagradable, el trastorno acaba desorganizándose hasta su remisión completa. Una vez más la solución eficaz nos permite conocer el funcionamiento del problema resuelto.

Todo esto ha llevado a formular una modalidad de tratamiento específica para el síndrome del vómito que, como veremos más adelante en este tratado, se diferencia significativamente del de la anorexia o el de la bulimia. Sin embargo, se considera que estas patologías representan la rampa de lanzamiento para la constitución del ritual del síndrome del vómito, que después evolucionará hacia una forma de patología

independiente. Como ya se ha dicho, en los últimos años la mayoría de los casos de anorexia evolucionan hacia el síndrome del vómito; por otra parte, aunque parezca sorprendente, el ritual atracón-vómito, si se repite un cierto número de veces, se estructura como auténtico «ritual erótico» con una fase de fantasía «apetitiva», seguida de una fase de «consumación» y, por último, la «descarga».

Como puede observarse ésta es la secuencia habitual de cualquier actividad erótica. Por lo tanto, no tiene por qué sorprendernos, más de lo necesario, el hecho de que un acto aparentemente desagradable, repetido un determinado número de veces, se convierta en un perverso placer. El filósofo Bacon ya dijo que un acto doloroso o desagradable, si se reitera, se puede convertir en un sublime gozo. Realidad que Heinrich Heine puntualiza poéticamente cuando afirma: «Qué cosa es el placer sino un dolor extraordinariamente dulce».

Considerado desde esta perspectiva, nada común por cierto, el trastorno del síndrome del vómito ya no parece tan irracional; incluso para quien lo vive es un procedimiento claramente lógico. De hecho, si se asume su lógica, el fenómeno, aparentemente absurdo, parece regirse por una lógica convincente. Como escribe George Lichtenberg, «el hombre es tan perfectible y corruptible que puede enloquecer por medio de la razón». De la valoración empírica del centenar de sujetos estudiados/tratados en estos últimos años han surgido algunas variantes dentro del grupo de personas afectadas de síndrome del vómito. Utilizando imágenes metafóricas, mejor que frías definiciones diagnósticas, las hemos subdividido en estas tipologías:

- Personas transgresoras inconscientes.
- Personas transgresoras conscientes y satisfechas.
- Personas transgresoras conscientes pero arrepentidas.

Las *transgresoras inconscientes* son aquellas personas que han llegado a ser esclavas del agradable ritual de comer y vomitar sin haberse dado cuenta de forma consciente de su esencia de subrogado perverso de actividad erótica. Estos sujetos viven su patología como una forma ambivalente de agradable tormento al que no logran renunciar.

A menudo, en estos casos, llevar a la persona a que contemple su ambiguo trastorno desde la perspectiva de la perversión, más que desde la patología, es suficiente para provocar un cambio radical. De hecho, frecuentemente las transgresoras inconscientes rechazan con tanta firmeza ser así, que entran en conflicto consigo mismas cuando asumen este punto de vista y, con frecuencia, interrumpen inmediatamente la ritualidad patológica.

Por lo tanto, lograr que una persona de este tipo entre en crisis consigo misma y que contemple su problema como una forma inquietante de perversión erótica supone una auténtica y poderosa estrategia terapéutica. Desgraciadamente, los casos de este tipo son una clara minoría respecto a las otras dos tipologías, que precisan formas de maniobras terapéuticas complejas y articuladas muy diferentes.

Los sujetos *transgresores conscientes y satisfechos* son aquellos/as que han llegado a una realización racional del trastorno como última fuente de placer y con frecuencia no tienen ninguna intención de interrumpir

pirlo o cambiarlo. Para estas personas su «amante secreto» es insustituible e irrenunciable y por ello tienden a rechazar cualquier indicación que perturbe su relación irresistible con la ritualidad de comer y vomitar. Por el contrario, manifiestan placer al hablar con quien acepta su perspectiva, describen de forma satisfecha su práctica y, si se sienten comprendidas y aceptadas, no manifiestan ningún recato y hablan de sí mismas como modernas «brujas» elegidas para la búsqueda del placer extremo. Describen el ritual de comer y vomitar como una especie de «demonio seductor» que les posee y les conduce al placer máximo.

Éste es el motivo por el que, la mayoría de las veces, estos pacientes llegan forzados por sus familiares, ya que para ellos no es necesaria ninguna terapia, pues viven su estado patológico como un auténtico estado de gracia y placer que hay que mantener. Está claro que éstos representan la casuística más difícil de tratar, ya que manifiestan una adversidad declarada a la terapia.

Como veremos, en estas situaciones se hace realmente necesario recurrir a sutiles estrategias terapéuticas que lleven al paciente a cambios involuntarios capaces de rodear su resistencia voluntaria.

Del mismo modo que para las anoréxicas, es importante entrar en la lógica no común que guía las percepciones y reacciones del sujeto, para poder introducir después, de forma estratégica, esas pequeñas alteraciones terapéuticas capaces de producir la reacción en cadena del cambio.

A menudo, el tratamiento necesita, al menos en las primeras fases, que participe la familia completa, que,

al poner en práctica algunas prescripciones, «obliga» al sujeto a cambios imprevistos en su modo de percibir la realidad. En cualquier caso, hay que apoyar la tendencia a la búsqueda de placer, que tiene que parecer exagerada y no puede ser limitada por las sugerencias terapéuticas; de lo contrario, estos sujetos se opondrán a cualquier indicación.

Esto significa que para las patologías de personas afectadas por síndrome del vómito, transgresoras y conscientes, como para cualquier forma de compulsión patológica (Nardone, 1993, 2000), las formas de terapia basadas en el control o la represión del síntoma fracasan o resultan contraproducentes, ya que más que reducir el trastorno lo incrementan.

De hecho, es previsible que los intentos de represión del trastorno realizados por los familiares lleven al agravamiento de la patología más que a su limitación.

Como quedará claro a través de los ejemplos, la terapia idónea resulta ser aquella que, apoyando la lógica de la patología, la lleva a su autodestrucción.

Los sujetos *transgresores conscientes pero arrepentidos* son aquellos que, después de años de patología, han hecho una valoración de lo que se han perdido y de lo que se están perdiendo en la vida en el nombre de su compulsión irrefrenable. Generalmente, estas personas son plenamente conscientes del funcionamiento de su trastorno y, como las de la tipología precedente, ofrecen una descripción lúcida y detallada del mismo, pero sin la exaltación típica de las «satisfechas». En otros términos, declaran cuán placentero y embriagador es su ritual perverso, pero al mismo tiempo afirman que están dispuestas a hacer lo que

sea para librarse de éste, ya que se dan cuenta de todo lo que les limita, aunque les sea irresistiblemente agradable.

Como se puede comprender, éstos son los casos en los que la terapia se efectúa con la colaboración, y no con la oposición, del paciente. Sin embargo, la mayoría de las veces necesitan que se recurra a estrategias terapéuticas que lleven a la persona al cambio sin que él/ella, en un primer momento, se dé cuenta. Esto se debe a que, aunque el sujeto se considere colaborador, su voluntad choca frecuentemente contra sus sensaciones y emociones aprisionadas por la patología.

Es evidente que estas personas, una vez producido el primer cambio, estarán aún más motivadas y serán más colaboradoras.

Esto significa que para ellos el paso terapéutico más importante es sentir que pueden prescindir de un síntoma tan fastidioso e irrefrenable. En realidad, en la mayoría de estos casos, cuando a la persona se la ha llevado a sentir, mediante artificios terapéuticos, que puede evitar la trampa de comer y vomitar, la terapia procede, hasta la superación total del problema, en un clima de alianza y colaboración entre terapeuta y paciente.

Para cerrar la descripción del síndrome del vómito en sus características y exigencias terapéuticas, considero útil recordar que el límite de un placer es un placer más grande o su transformación en tortura desagradable.

**«Si te lo concedes puedes renunciar, si no te lo concedes será irrenunciable»:  
el atracón (*binge-eating*)**

El placer tiene razones que la razón no conoce.

JEANNE STEPHANI-CHERBULIEZ

La última de las patologías alimentarias en aparecer, desde un punto de vista cronológico, es la que ha sido denominada por la ANAD con el término «atra-cón» (*binge-eating*), refiriéndose a una tipología de trastorno consistente en la alternancia entre ayunos prolongados y atracones monumentales.

A diferencia de otras formas de trastorno alimentario, en las que al atracón le sigue una purga como el vómito o el uso de laxantes y el exceso de ejercicio físico, en ésta la única conducta compensatoria de los atracones es el ayuno, y precisamente esta práctica de retrasar el contacto con la comida es la que exalta el deseo. De modo que, una vez más, el intento de solucionar un problema termina por alimentar lo que debería reducir, en este caso las ganas de atracarse.

Lo que diferencia esta forma de trastorno de la aparentemente parecida bulimia yoyó es el hecho de que, en este caso, entre un atracón y otro asistimos a auténticos ayunos, mientras que en el primer caso se observa el respeto por una dieta sana. Además, las comilonas típicas del atracón son enormes y recuerdan a las del síndrome del vómito, pero en lugar de ir seguidas de una práctica expulsiva, se continúan con fases prolongadas de ayuno.

Todo esto, como podemos ver, parece un extraño cóctel entre anorexia, bulimia y síndrome del vómito; pero también en este caso, después de que el trastorno se ha instalado, su tipología de persistencia asume características totalmente originales y requiere, con el fin de solucionarlo, un tipo específico de tratamiento claramente diferente de aquellos indicados para las patologías precedentes.

En resumen, tanto los sujetos afectados de atracón como los sujetos afectados de síndrome del vómito viven su problema conscientes del hecho de que lo que hacen es por puro placer, al que han decidido rendirse, pero administrándolo. Desgraciadamente, para ellos la gestión, sólo aparente, consiste en conseguir alternar períodos prolongados de control del deseo con atracones programados y organizados lo mejor posible.

Para estas personas, concederse el placer del atracón se acompaña con la búsqueda de su perfeccionamiento y control para conseguir aplazarlo a momentos más propicios. Por tanto, parece claro que este tipo de trastorno alimentario aparece junto al síndrome del vómito como formas «tecnológicamente» más evolucionadas de patología alimentaria. El atracón se presenta, la mayoría de las veces, en personas autónomas, a menudo solteras, de éxito social y profesional. De hecho, estos sujetos se dejan llevar por el placer de los atracones en secreto y de manera absolutamente solitaria.

Dejando a un lado esta patología, parecen personas eficientes y resolutivas. La imagen perfecta está representada por la «ejecutiva de éxito», envidiada por sus capacidades profesionales y su determinación personal, pero que en su casa, a escondidas, perpetra dos

atracones a la semana, preparados con días de dieta muy estricta compuesta por fruta y verdura. A menudo, estos sujetos mantienen, durante muchos meses o años, esta especie de equilibrio entre una renuncia alimentaria intensa y unos atracones colosales de alimentos prohibidos y, por tanto, más deseados.

Generalmente, solicitan ayuda terapéutica sólo cuando pierden el control, por lo que los atracones se hacen más frecuentes y, por lo tanto, más peligrosos que placeres, o bien en el caso de que suceda algo en sus vidas que trastorna su equilibrio patológico precedente, como por ejemplo un enamoramiento o un trágico fracaso profesional.

En ambos casos, la persona siente que pierde el gobierno de su problema, y esta situación resulta insostenible para quien ha hecho de su capacidad de control, incluso de una sintomatología, el fundamento de su estabilidad personal y profesional.

En otros términos, en el momento en el que la persona se asusta porque su situación estética se le está yendo de las manos, recurre a remedios terapéuticos, es decir, cuando «el placer se convierte en el escollo en el que el ser humano termina naufragando», como escribe Philips Dormer Chesterfield. Sin embargo, en la mayoría de los casos, la intención del sujeto no es cambiar radicalmente su estilo de vivir, sino restablecer su capacidad de control y ampliarla también a nuevos eventos de su vida.

Todo lo referido anteriormente hace a estos casos muy resistentes a la terapia; de hecho, estas personas se consideran colaboradoras, pero tienden a querer controlar y manipular la terapia y al terapeuta. Por lo tanto, también en estas situaciones se hace necesario

recurrir a estrategias terapéuticas que apoyen la necesidad de control y la dirijan hacia una especie de cortocircuito que abra la puerta al cambio terapéutico.

También en este caso desbloquear el trastorno requiere una solución construida *ad hoc* por su forma específica de persistencia, es decir, tener capacidad de subvertir el perverso círculo vicioso de ayunos y atracones que, una vez establecido, se presenta como un equilibrio funcional y resistente que permite a la persona tener tanto el placer como el control de la línea estética ideal.

#### «Sólo es bueno lo que no hace daño»: ortorexia y otras fijaciones alimentarias

Para los obsesionados no hay elección: la obsesión ha elegido ya por ellos, antes que ellos.

E. CIORAN

El último asunto que hay que tratar respecto a las patologías alimentarias tiene que ver con todas aquellas formas de trastorno alimentario que, desde nuestro punto de vista, lo son sólo aparentemente, ya que se trata de fobias más que otra cosa.

Hablamos de aquellos tipos de malestar relativos a la comida basados en el miedo a que ésta pueda llevarnos a una enfermedad o a situaciones catastróficas. Por ejemplo, una comida demasiado dura que pueda ahogarnos, o demasiado elaborada y pesada que nos produzca graves trastornos intestinales, o una comida contaminada por sustancias químicas, etc.

La lista de fijaciones fóbicas hacia la comida es casi ilimitada, puesto que, como el autor ha ilustrado en sus obras precedentes dedicadas a las fobias, los objetos posibles de una fobia son tantos como los que la mente humana pueda inventarse.

Algunos estudiosos de trastornos alimentarios se han ocupado de definir algunas de estas formas de patología, dándoles una definición específica. La más conocida es la ortorexia, es decir, la fijación fóbica por las comidas que hacen daño y el comportamiento derivado de ésta que lleva a una selección constante de la comida que el sujeto cree que es buena y no peligrosa. Por desgracia, estos autores, desde nuestro punto de vista, unen este tipo de trastorno a una forma anoréxica de trastorno alimentario, cuando en realidad lo que empuja a estas personas a un comportamiento tan obsesivo no es el miedo a engordar o el deseo de adelgazar, como en el caso de la anorexia, sino solamente el miedo a los efectos de ciertas sustancias.

La prueba definitiva de esta afirmación es que, con estos tipos de patología, el tratamiento eficaz resulta ser aquel elaborado específicamente para trastornos fóbicos y obsesivos. De nuevo, la solución de un problema es la que nos permite conocerlo. En nuestra experiencia con esta clase de problemas de relación con la alimentación hemos evidenciado que, una vez desbloqueada la fijación fóbica a través de metodologías específicas, el problema con la comida se disuelve rápidamente y los sujetos no parecen preocupados patológicamente por su línea.

Como se ha dicho antes, las formas más corrientes de estas fobias producen maneras específicas de comer consecuentes con las reacciones típicamente fó-

bicas, como son la tendencia a evitar e intentar controlar las circunstancias que pueden parecer peligrosas. Por ejemplo, el miedo a las comidas transgénicas y, como consecuencia, las reacciones de duda ante los alimentos sospechosos; o la fobia a no llegar a deglutir una comida muy dura y ahogarse y, como consecuencia, la solución de ingerir sólo comidas blandas o líquidas; o incluso, la fijación por los alimentos con presunto poder preventivo respecto a enfermedades peligrosas, como el cáncer, el infarto, etc.; por último, la obsesión compulsiva por la esterilización de los alimentos y de todo lo que está relacionado con la alimentación por miedo a contagios.

Como parece claro, estas tipologías de trastorno representan esa área de patología descrita en este libro, que resulta en nuestro trabajo más fácil de afrontar, aunque quizás esto se deba, sobre todo, a nuestra gran experiencia precedente en el tratamiento de trastornos fóbico-obsesivos.

Sin embargo, lo importante es distinguir cuándo el problema es una fobia o cuándo se trata de una patología alimentaria, puesto que el tratamiento preciso es indudablemente diferente.

Para el tratamiento de las fobias alimentarias se remite al lector a dos textos anteriores del autor relativos al tratamiento de los trastornos fóbico-obsesivos (Nardone, 1993, 2000).

### Capítulo 3

## **EVADIRSE DE LAS PRISIONES DE LA COMIDA: LA TERAPIA EN TIEMPO BREVE**

Hay que comenzar lo fácil como si fuera difícil y lo difícil como si fuera fácil.

BALTASAR GRACIÁN

Antes de ilustrar con ejemplos concretos de intervención terapéutica resolutive las patologías expuestas hasta aquí, es necesario hacer un breve exordio sobre las estructuras y la lógica de la forma de terapia utilizada, puesto que sin éste los ejemplos podrían parecer una especie de magia o de intervención chamánica y, sin embargo, son el fruto de una lógica rigurosa.

La terapia breve estratégica, es decir, el arte de resolver problemas complicados mediante soluciones aparentemente sencillas, se puede introducir mediante un aclaratorio ejemplo histórico.

Plutarco, el célebre historiador y biógrafo griego, narra que en la antigua ciudad de Miliesia se creó una situación extraña que podríamos definir como epidemia patológica: mujeres jóvenes buscaban la muerte

sin ningún motivo aparente; unas se dejaban morir dejando de comer y beber, otras se ahorcaban, otras se tiraban de una roca, etc. La vigilancia de los familiares y los sermones de los sabios no servían para nada. Parecía, afirmaba Plutarco, como si el mismo aire estuviese envenenado y llevase a las jóvenes a ese loco comportamiento.

Ante esta dramática situación, el Consejo de la ciudad pidió ayuda a un viejo sabio que vivía en las colinas circundantes. Éste les sugirió que promulgaran un edicto en el que se manifestara que: «Toda joven que se suicidara sería expuesta desnuda hasta la putrefacción de su cuerpo en la plaza del mercado de la ciudad».

Los suicidios se acabaron inmediatamente. Al parecer, el sabio, en un arranque de genialidad, o bien debido a un profundo conocimiento del alma humana, se dio cuenta del funcionamiento del comportamiento patológico y con su «prescripción terapéutica» lo hizo volver sobre sí mismo, llevándolo a la autodestrucción.

Ésta es exactamente la lógica de las intervenciones estratégicas.

Otra característica fundamental del modelo de terapia estratégica evolucionada es intentar obtener el máximo a través del mínimo. Para conseguirlo hay que respetar las reglas del problema, trastocando sólo aquellos pequeños detalles que provoquen una reacción de cambios en cadena. El mejor ejemplo de esta manera de proceder, afrontando una situación complicada mediante cambios mínimos, pero capaces de trastocarla radicalmente, está representado por la siguiente historia.

Durante la Edad Media, uno de los deportes preferidos en Europa eran los torneos caballerescos. A veces, estos torneos resolvían las diatribas entre principados y reinos colindantes o bien decidían el destino matrimonial de princesas deseadas por muchos nobles.

Se cuenta que durante uno de estos torneos el rey que lo organizaba tenía como huésped a un maestro de la guerra china.

El rey le ilustró al famoso huésped las reglas de la «leal contienda», explicándole que los tres campeones de su reino habían retado a los tres campeones del reino limítrofe y que el que venciera en un mayor número de combates ganaría el torneo.

Cuando hubo escuchado esto, el maestro chino le dijo al rey: «Haz que combata tu tercer campeón con su primer campeón, tu primero con su segundo campeón y tu segundo con su tercero. Perderás el primer encuentro pero ganarás los otros dos». Y así fue.

El lector puede observar que el maestro introduce en el problema, respetando su lógica y sus reglas, una variable en apariencia mínima, pero que orienta la evolución estratégicamente.

Un terapeuta estratégico debe actuar exactamente del mismo modo, intentando individualizar esos mínimos cambios que hay que introducir dentro de la modalidad perceptivo-reactiva patológica del paciente para provocar la reacción en cadena de grandes cambios.

De todo cuanto se ha expuesto hasta aquí, parece claro que el trabajo desarrollado con los trastornos alimentarios, como lo ha sido el desarrollado con los trastornos fóbico-obsesivos, nos ha llevado, a través de

la experimentación empírica de tratamientos eficaces, a un conocimiento detallado de cómo se generan estas formas de patologías y, sobre todo, cómo se mantienen en el tiempo. En efecto, considero que es evidente el hecho de que, en nuestra búsqueda de soluciones efectivas a las patologías alimentarias, la orientación básica ha sido estudiar las modalidades por las que las personas tienden a permanecer atrapadas en sus trastornos. La consecuencia de asumir esta metodología es que la investigación se ha centrado en las tipologías de persistencia de los problemas, y no en su formación histórica. Esto es así porque, como es sabido por los estudiosos de la terapia breve, aunque no por el gran público, al centrarse solamente en el modo en el que las patologías se mantienen a través de la compleja red de interacciones entre los sujetos y sus realidades, desarrolladas en el presente, se puede proceder a intervenciones verdaderamente resolutivas. La reconstrucción de las causas en el pasado del trastorno que se manifiesta en el presente puede ser útil sólo para fines cognoscitivos, pero no para fines terapéuticos. Desgraciadamente, un prejuicio arraigado en la cultura psicológica y psiquiátrica, así como en el sentido común popular, es el hecho de que para resolver un problema se tengan que reconstruir y conocer obligatoriamente sus causas.

En lo que concierne a esta obra, es importante señalar al lector que la búsqueda en el pasado de acontecimientos desencadenantes de la manifestación de la patología alimentaria la mayoría de las veces no sólo no ayuda a desbloquear con rapidez el problema, sino que lleva frecuentemente a alejarse de su solución. Además, algo por una parte obvio y ya mencio-

nado es que nadie está en condiciones de cambiar el pasado; sin embargo, centrarse en el trastorno presente y en sus formas de persistencia permite elaborar formas auténticas de intervención tecnológica. Nuestro trabajo, partiendo exactamente de estos presupuestos, se ha basado en el estudio sistemático de modalidades redundantes de percepción y de reacción respecto a la comida y al propio cuerpo en sujetos que presentaban determinadas formas de trastorno alimentario. Esto nos ha permitido estudiar y elaborar estrategias específicas compuestas por estratagemas terapéuticas adecuadas para conducir a los sujetos, primero, a desbloquear la sintomatología aguda y, después, a cambiar su perspectiva perceptiva de la realidad. Una percepción normalmente distorsionada y patógena que les obliga a las anteriores reacciones patológicas.

Por lo tanto, aunque la mayoría de las intervenciones que se expondrán se han desarrollado en tiempos breves, de pocas semanas a algunos meses, los efectos en términos de cambios han sido radicales, en el sentido de que una aproximación estratégica a la terapia de los trastornos de alimentación no es una especie de maquillaje sintomático, sino una forma efectiva de cambio de las modalidades perceptivo-reactivas de la persona. Esta afirmación se demuestra científicamente a través de las continuas investigaciones que se llevan a cabo sobre los resultados de la terapia, mediante controles de seguimiento hasta un año después del final del tratamiento (Nardone, Verbitz y Milanese, 1999; Nardone y Watzlawick, 2002).

Una de las características más sobresalientes que distingue esta aproximación de los demás tipos de psi-

coterapia es la utilización, en la primera fase de la intervención terapéutica, de maniobras basadas en estrategias terapéuticas, encaminadas en un primer momento a que el desbloqueo de la patología sea algo que suceda más allá de la conciencia efectiva del sujeto (Nardone, 1998; Rampin y Nardone, 2002; Lorieo, Nardone, Watzlawick y Zeig, 2002). Para aclarar el concepto podemos referirnos al caso de la persona que no controla su impulso por comer. De poco o nada servirán los consejos racionales basados en el sentido común. Del mismo modo, el resultado terapéutico derivado de las exposiciones razonadas sobre cómo comer «bien» para estar sanos y no engordar será poco fructífero. Por último, pedirles a estas personas que se controlen en momentos críticos es hacerles sentir aún más «enfermas», porque su dificultad radica, precisamente, en no tener el control sobre sus propios impulsos. Desde una óptica estratégica se evita todo esto apoyando la inclinación de la patología para desviarla en la misma dirección del cambio terapéutico. Concretamente, se le sugiere al sujeto que evite cualquier tipo de control o limitación de su impulso irrefrenable, pero al mismo tiempo se le prescribirá que asuma la regla de comer cinco veces cualquier cosa que ingiera fuera de las comidas. En otros términos, el acuerdo terapéutico será: «Puedes comer lo que te guste en las tres comidas, pero, fuera de éstas, todo aquello que comas lo tienes que comer cinco veces. Es decir, si te comes una chocolatina, tienes que comerle cinco, si te comes algo salado, lo comerás cinco veces, ni una más ni una menos».

Normalmente la persona vuelve y relata que ha experimentado la extraña sensación de que las cosas ya

no eran lo mismo, puesto que comerse cinco raciones de algo que les apetecía les resultaba insoportable, y después de unos pocos días la alimentación se establecía regularmente en las tres comidas diarias.

Esta técnica, estudiada *ad hoc* para los casos de bulimia, utiliza la lógica de la estrategia «hacer subir al enemigo al tejado y después quitarle la escalera» unida a la de «apagar el fuego añadiéndole tanta leña que se acabe ahogando» (Watzlawick y Nardone, 1997). De manera que se utiliza la misma fuerza del trastorno reorientándola hacia su destrucción. Como en las técnicas de artes marciales más refinadas, se captura la fuerza del ataque enemigo para volverla en su contra, de forma que se obtiene lo máximo con el mínimo esfuerzo. El arte está en aplicar la estrategia adecuada que permita a la persona sentir la experiencia de ser capaz de hacer lo que nunca conseguía. De hecho, por más que se esforzara, sus intentos por solucionarlo terminaban reforzando el problema más que reduciéndolo.

La estrategia terapéutica permite el cambio porque induce al sujeto a reaccionar de manera diferente, sin un esfuerzo voluntario por su parte, pero tiene el efecto de una maniobra terapéutica sugestiva que lo lleva a través de un recorrido no común a una «experiencia perceptivo-emotiva correctiva». En palabras de Paul Watzlawick, la terapia tiene que producir «eventos casuales planificados» por el terapeuta, encaminados a la ruptura del anterior círculo vicioso entre problema e intentos fallidos de soluciones realizados por el paciente. Si la estrategia se adapta a estas realidades asistimos a cambios aparentemente milagrosos. Por otra parte, como dice Clarke, «cualquier tec-

nología suficientemente avanzada es indistinguible de la magia».

Todo esto permite rodear la inevitable resistencia al cambio de las modalidades perceptivas y de las acciones hasta ese momento ejecutadas por el sujeto, algo a lo que los seres humanos tienen tendencia, y que se evidencian aún más en pacientes que manifiestan trastornos alimentarios.

Sólo después de que la sintomatología incapacitante se reduce a cero, la terapia procede a guiar al paciente a la adquisición de una plena conciencia de cómo ha sucedido el cambio y cómo sus recursos personales se han liberado de las cadenas del trastorno. En consecuencia, como un lector experto podrá apreciar, el proceso habitual de las psicoterapias convencionales resulta derribado, ya que, en este caso, el conocimiento y la conciencia del sujeto relativos a las causas y a las modalidades de persistencia de su problema no son lo que produce el cambio, sino que serán un efecto del cambio, obtenido mediante estrategias. La conciencia hará, en lo sucesivo, que este desbloqueo sintomático obtenido sea un resultado persistente. En otras palabras, primero se rompe «el encantamiento» patológico con un tipo de «magia tecnológica» y después hay que hacer que la persona sea capaz de no caer en nuevos encantamientos patológicos.

## Capítulo 4

### **«CUALQUIER TECNOLOGÍA SUFICIENTEMENTE AVANZADA ES INDISTINGUIBLE DE LA MAGIA»: HISTORIAS DE TERAPIAS**

Lo que llamamos genio, en el fondo no es otra cosa que saber mirar la realidad desde perspectivas no ordinarias.

WILLIAM JAMES

#### *Caso 1. El atracón: la obsesión por perder el control*

Era una familia perfecta: el padre, un hombre de buen aspecto y de estilo noble; la madre, una mujer con gracia y elegante; la hija, una chica espléndida y sensual.

Ésta fue la imagen que se me presentó ante mis ojos cuando conocí el caso de Elena. La familia se acomodó en mi despacho; obviamente, la hija se sentó en el medio de sus dos «perfectos» progenitores, y la madre, como en las familias más tradicionales con un sujeto problemático, comenzó a exponer el caso.

Habló ininterrumpidamente durante algunos minutos hasta que le pregunté al marido si estaba o no

de acuerdo con sus afirmaciones. El hombre declaró que estaba totalmente de acuerdo con lo que su mujer había explicado. Incluso la hija dijo que estaba perfectamente de acuerdo con la descripción presentada por la madre sobre sus trastornos alimentarios; increíble pero cierto. Todo esto me parecía verdaderamente sorprendente. Por primera vez, después de haber visto miles de casos, no sólo estaba frente a una familia en perfecto acuerdo, sino que, incluso, se había mantenido este maravilloso equilibrio después de que se presentaran los trastornos alimentarios de la joven. Pero como más adelante veremos, esta armonía familiar envidiable se había convertido precisamente en alimento del trastorno. De lo que se deduce que nada es bueno del todo, es decir, que una buena condición puede, en determinadas situaciones, transformarse en una pésima situación.

Elena, desde hacía algún tiempo, estaba obsesionada por perder el control sobre su alimentación y, como consecuencia, engordar y volverse estéticamente desagradable. Debido a esta preocupación había comenzado a reducir su alimentación, como preparándose para una posible pérdida de control, previniendo los efectos deletéreos de engordar. Por desgracia para Elena, así como para todas las personas afectadas por su mismo trastorno, el intento de solución del problema tan temido por ella le había llevado a complicar la situación más que a resolverla.

De hecho, por lo general, las personas preocupadas por perder el control sobre la comida tienden a imponerse rígidas reglas alimentarias que, precisamente, incrementan su deseo por los alimentos prohibidos, con el efecto habitual de que, después de algu-

nos días de dieta rígida, acaban atracándose con las comidas prohibidas, que de esta manera se hacen irrefrenablemente deseables.

De este mismo modo, Elena había llegado a construirse su propio trastorno basado en períodos de alimentación muy controlada. Éstos se alternaban con días completos de atracones, seguidos de días de semiayuno y de nuevo dieta restrictiva que culminaban, de forma inexorable, en nuevos atracones.

En el momento en que la hija se dio cuenta de que no era capaz de controlar la situación por sí misma, pidió ayuda a sus padres. Les dijo que le impidieran darse atracones cuando ellos estuvieran presentes y que cerraran con llave la despensa cuando no estuvieran en casa, de manera que no se viese arrastrada por su impulso incontrolable. Los padres, con la mejor de las intenciones, aceptaron darle a Elena la ayuda que les había pedido, pero esto alimentó aún más el trastorno alimentario de Elena, hasta llevarla a comprar los alimentos prohibidos sin el conocimiento de los padres y a comérselos a escondidas. Esta situación había desconcertado a los padres, que se encontraban, como la madre describió metafóricamente, con una especie de «Jano bifronte», es decir, dos personas opuestas dentro de una sola. La Elena sincera, correcta y amable y la otra mentirosa, falsa e inquietante. La propia hija me relató que tenía la impresión de sentirse unas veces la persona de siempre y otras una especie de demonio, empujada sólo por un deseo bestial hacia la comida. Por lo tanto, también en la descripción del problema y en los intentos de solución aplicados la familia se presentó en perfecto acuerdo, aunque todo esto no consiguió mejorar la situación, sino que la complicó aún más.

Este hecho nos hace reflexionar sobre si el amor es la fuerza más terapéutica que existe, como afirma algún moralista, ya que su expresión puede llevar, como en este caso, al empeoramiento de las situaciones. Con esto no queremos expresar lo contrario, es decir, que el mejor equilibrio sea el de las relaciones sin amor, sino que se quiere aclarar que cualquier tipo de relación afectiva, por sí misma, no tiene nada que ver con una dimensión terapéutica: son diferentes niveles de relación entre individuos.

Quien está unido por una intensa relación afectiva a la persona problemática, la mayoría de las veces es desarmado por ésta, desde un punto de vista terapéutico, puesto que está demasiado comprometido por su amor en la relación y, por tanto, es incapaz de asumir actitudes y comportamientos que a veces tienen que ser precisados claramente.

En efecto, en el caso de Elena, primero fue importante aclarar todo esto a través de una reestructuración de su situación familiar, poniendo de relieve que ésta era excepcional por su característica de equilibrio y relación espléndida entre los miembros, pero que, por desgracia, frente al problema, que era rebelde y del que la familia no tenía ninguna responsabilidad, habría que asumir una actitud completamente diferente. Liberar de responsabilidad a los padres de las hipotéticas culpas de los problemas de la hija supone, en estos casos, un paso esencial que generalmente permite que éstos colaboren aún más y ayuda a establecer una relación de alianza terapéutica con la hija. Era de prever que, después de mi explicación, Elena se mostrara totalmente de acuerdo conmigo, afirmando que ellos habían hecho todo lo posible y

más, pero que el problema era única y exclusivamente suyo. Construida esta situación durante la sesión fue fácil después pedirles a todos ellos que asumieran respecto al problema lo que yo llamo la «conjura del silencio»: evitar hablar del problema teniendo presente que al hacerlo se alimenta.

En este momento, después de haber hecho salir a los padres para poder trabajar directamente con la hija, puse en práctica la maniobra específica elaborada para el trastorno de Elena: la reestructuración del miedo al ayuno y a las restricciones. Esta maniobra se inicia al preguntarle a qué debería temerle más, si a los atracones o al ayuno y a la restricción alimentaria. Habitualmente la respuesta inmediata es la primera, pero ante ésta se le pide a la persona que considere bien cuál es la secuencia normal del deseo, es decir, de que se desencadene el impulso alimentario incontrolado.

En ese momento, las personas comienzan a reflexionar, adoptando una perspectiva diferente del problema, y así lo hizo Elena, que respondió: «Pensándolo bien, intento contenerme, limitar lo que como, pero después explotan las ganas y no puedo dejar de atracarme. Por lo tanto, quizá sea, precisamente, el tratar de contenerme lo que desencadena el deseo de comer mucho».

A esta afirmación inducida le respondí, como suelo hacer, reforzando la adopción de esta nueva perspectiva: «Así es, cada vez que intentas restringir tu alimentación hasta llegar a saltarte las comidas estás preparando el atracón siguiente. Por lo tanto, a lo que deberías tener verdaderamente miedo no es al atracón, que es una consecuencia, sino a la restricción impuesta por el ayuno, que es su causa».

Sobre este tema discutimos largo y tendido hasta que me despedí de Elena, asegurándole que probablemente le sería imposible evitar su tendencia al ayuno y con esto propiciar los atracones posteriores; le pedí que recordara realmente a qué debería tenerle miedo. Un experto en comunicación terapéutica puede observar que toda esta maniobra es un ejercicio sutil de persuasión a través del cual se lleva a la persona a que tenga miedo de lo que hasta ahora ha utilizado precisamente para protegerse del temor a perder el control. De este modo, se usa la fuerza de la sintomatología contra sí misma; en otros términos, como en una refinada técnica de arte marcial, se usa la fuerza del adversario volviéndola contra sí mismo.

Después de dos semanas, la familia volvió con una clara expresión de satisfacción en la cara de sus componentes: Elena no había vuelto a atracarse durante el transcurso de esas dos semanas, incluso se había sentado de nuevo en la mesa con sus padres, con gran satisfacción para ellos, comiendo a las horas de las comidas. Lo que más le había sorprendido a Elena era que no había engordado, incluso había perdido aquel kilo de más ganado en las semanas anteriores con los atracones.

Toda la familia expresó que todo les había parecido tan sencillo que no se lo podían creer. Yo les respondí utilizando un aforismo de Goethe: «Las cosas en realidad son más sencillas de lo que se pueda pensar, pero mucho más complicadas de lo que se pueda comprender». Pedí a la familia que continuaran con las prescripciones encomendadas. Mientras, le sugerí a Elena un paso adelante para consolidar definitivamente la solución de su problema y, también en este

caso, utilicé un aforismo inventado *ad hoc* para estas situaciones: «Mira, Elena, cada uno de nosotros tiene una forma de obtener placer y hay una regla para controlar nuestra relación con él: “Si te lo concedes puedes renunciar, si no te lo concedes se convertirá en irrenunciable”. Por lo tanto, quisiera que de aquí a cuando nos volvamos a ver adoptases la regla de comer sólo y exclusivamente lo que más te guste, incluyéndolo dentro de las tres comidas habituales, es decir, organiza tus comidas seleccionando los alimentos que más te apetezcan. No las prepares eligiendo las comidas menos peligrosas para ti, es decir, las menos apetecibles, verás que esto te llevará a nuevos descubrimientos».

En la entrevista siguiente, Elena manifestó con entusiasmo que había comido las cosas que consideraba más ricas y que no probaba desde hacía muchísimo tiempo; esto le había hecho sentirse muy satisfecha. Pero lo que le entusiasmó es que no había engordado ni un gramo y le parecía imposible que, comiendo cosas ricas y hasta ahora prohibidas, se mantuviese en plena forma. Mi respuesta fue simplemente que tuviera en cuenta cuál había sido el nuevo descubrimiento y que éste era una especie de «secreto iniciático» sencillo que le permitiría tener el control de su línea, disfrutando, mientras tanto, de su relación con la comida.

Volví a ver a Elena y a su familia, para el seguimiento de control, después de algunos meses desde aquella tercera y última sesión. Los resultados obtenidos se habían mantenido durante ese tiempo y Elena no manifestaba ya ninguna preocupación acerca de la comida. Su belleza y sensualidad parecían realizadas por su serenidad actual.

Aproximadamente un año después del último encuentro con Elena y su familia recibí una conmovedora carta suya en la que me describía que tenía actualmente una vida plena, tanto desde el punto de vista de los estudios como en lo afectivo, comunicándome también la presencia de un vínculo amoroso importante y justificando la carta como su deseo de hacerme partícipe de su conquistada felicidad.

Como puede observarse, Elena aprendió que la «máxima del control es saberlo perder para después volverlo a recuperar».

*Caso 2. Bulimia y paranoia:  
el «Botero» viviente*

Se presenta ante mí una persona que, literalmente, no entraba por la puerta de mi despacho, debido a sus dimensiones paquidérmicas. Fue necesario abrir las dos hojas de la puerta para que pasase. Era un joven del norte de Italia que pesaba casi 200 kilos, alto, grande, pero, sobre todo, tremendamente gordo. Su cuerpo estaba claramente desproporcionado, en el sentido de que la parte superior era mucho más diminuta que la enorme parte inferior. Esto hacía que su forma de andar fuera muy grotesca, ya que la desproporción evidente unida al enorme tonelaje hacían de su caminar algo curiosamente ridículo.

Pero lo que hizo el encuentro verdaderamente curioso fue la solicitud terapéutica que esta persona me planteó: la curación de su trastorno paranoico, caracterizado por una forma severa de manía persecutoria, que había sido diagnosticado por algunos psiquiatras y psicoterapeutas que le habían tratado y

que había resistido a sus intervenciones terapéuticas. La realidad, verdaderamente paradójica, era que la manía persecutoria diagnosticada se manifestaba en la creencia de que las personas, a su paso, se reían de él y, como consecuencia, inició un comportamiento de aislamiento social. En otros términos, el sujeto se apartaba del mundo para, así, evitar la vergüenza del ridículo que reconocía claramente en las miradas, los gestos y los cuchicheos de la gente que se encontraba por la calle.

Creo que el lector, como el autor al narrar esta situación extravagante, comprenderá que todo esto, aunque cruel, era algo habitual y previsible en la interacción entre esta persona y las demás, mientras que, para los colegas que me habían precedido, la percepción del paciente tenía que estar distorsionada obligatoriamente y, por lo tanto, indicaba una patología psiquiátrica grave. Oscar Wilde diría: «El verdadero misterio del mundo es lo visible, no lo invisible».

Quizá todos ellos creían que en el mundo sólo hay personas amables y delicadas, incapaces de ofender o humillar con sus gestos o palabras a un semejante con características físicas extrañas y, por lo tanto, la visión de la realidad del paciente no podía ser más que una manía de persecución patológica.

Desde que el mundo es mundo todos sabemos que en el interior de los grupos sociales quien posee características estéticas particularmente desagradables es objeto de escarnio y de crueldades. Recordemos que en el siglo XVIII existía una indicación del clero que decía nada menos que «guardaos de aquellos deformes», indicando así la necesidad de estar alerta

respecto a las personas que tenían un handicap o una deformidad física.

Miré a esta persona directamente a los ojos y le dije que, francamente, si le hubiera visto, yo también me habría fijado y habría hecho un gesto de desaprobación o ironía, ya que su aspecto y su modo de moverse eran verdaderamente grotescos. El hombre, en lugar de molestarse por mi afirmación, aparentemente ofensiva, exclamó: «Entonces, usted no cree que esté loco, sino que veo las cosas tal como son».

Yo le respondí: «Claro que sí, considero que no puede pasar desapercibido y sin que comenten sobre usted». Él me respondió: «Por lo tanto, cree que las cosas no cambiarán mientras siga gordo». Aproveché la ocasión y le dije: «Si yo hago lo que sea para destacar negativamente, después no puedo lamentarme del rechazo y del sarcasmo de los demás».

Todo el diálogo de nuestro primer encuentro se centró en este sentido, es decir, en que realmente él no era un «paranoico», sino un grotesco «paquidermo humano andante». Esta conversación, aparentemente cruel, curó de golpe la presunta enfermedad mental del sujeto reorientando la atención hacia el problema real de su aspecto inaceptable.

De hecho, al final de esta sesión, el paciente cambió la solicitud terapéutica, pasando de la búsqueda de ayuda por su «manía de persecución» a la solicitud de terapia por su obesidad y, como consecuencia, su descontento estético. A esta nueva exigencia terapéutica se le respondió con la prescripción habitual para los casos de «bulimia boteriana», es decir: «De aquí a cuando nos veamos, dentro de dos semanas, deberá asumir una única regla alimentaria: tiene que

comer sólo lo que más le guste, incluyéndolo en sus tres comidas diarias. En otras palabras, quiero que usted concentre su alimentación en las comidas (desayuno, almuerzo y cena) consumiendo única y exclusivamente lo que más desee: si le gustan los dulces, cómalos, pero en las tres comidas; si le gustan las cosas fritas o la comida rápida, está bien, cómalas, pero dentro de las tres comidas».

El hombre me miró sorprendido y confuso, pidiéndome que le confirmara lo que había entendido. Salió de mi despacho sonriendo, mientras decía que le parecía una persona poco corriente, así como poco corriente era la indicación que le había dado. Dos semanas después volvió informándome de que había comido regularmente en las tres comidas y de que, después de comer algún día «porquerías venenosas», el deseo por éstas había desaparecido. Tanto que en los días siguientes había comido, después de muchos años, lo mismo que su madre y su padre sin descontrolarse. Me reveló también que había adelgazado tres kilos, pero lo que más le sorprendió fue que su presunta «manía de persecución» se derritió como la nieve y, ahora más que nunca, estaba convencido de que tenía que trabajar para reponerse. La terapia con esta persona, por motivos obvios, se prolongó durante más de un año, con encuentros quincenales, hasta la obtención de un peso y una estética satisfactorias. Perdió más de cien kilos manteniendo esta dieta no explícita unida a mucho gimnasio. A la vez, hubo que guiarlo en el aprendizaje de todas aquellas competencias relacionales y sociales que hasta ahora no conocía: en concreto, hubo que trabajar su relación con el otro sexo, que era algo que antes nunca había experimentado.

En nuestro último encuentro, el antes «presunto paranoico» me describió la experiencia, increíble para él, de haberse comprado para la boda de un amigo un traje no hecho a medida y los cumplidos que le hicieron las dependientas por tener unas formas grandes pero proporcionadas.

Un año después, vino a mi despacho para presentarme a su novia, anunciándome que me invitaría en un futuro a su boda.

Este caso confirma que la misma realidad cambia radicalmente si se ve desde varias perspectivas y que se puede obtener mucho mediante poco. El arte está en encontrar la palanca sobre la que empujar con poca fuerza para obtener grandes efectos.

*Caso 3. Anorexia deliberada:  
prohibir para obtener*

Como suele suceder, llegan a nuestro Centro los padres de una joven anoréxica que, desde hacía años, se hallaba diez kilos por debajo de su peso ideal. Declaran que están allí porque la hija no quiere ir a terapia y que siempre que han intentado llevarla se ha rebelado brutalmente, hasta el punto de producirse situaciones de violencia en la familia. Venían porque habían oído que en este Centro se hacían también terapias indirectas, es decir, se guiaba a los padres, por medio de indicaciones concretas, para producir cambios en la hija.

Como de costumbre, en lugar de preguntarles por la historia clínica de la paciente, les pido que me digan qué habían intentado hacer hasta ese momento para resolver el problema de la hija y, como de costumbre,

ellos me responden con toda una relación de intentos de terapia y contactos con diferentes psiquiatras y psicólogos. Algunos de ellos llegaron incluso a ir a su casa para ver a la hija, que se negó a recibir ayuda.

Les pregunto a los padres qué habían hecho para desbloquear la situación de su hija en el seno familiar: me cuentan que insisten en hacerle comer, se esfuerzan para que se siente a la mesa, que coma con ellos, pero la mayoría de las veces se sienta y come poquísimo, o bien hace lo que sea por no presentarse en la mesa, encontrando cosas que hacer precisamente a las horas de la comida.

La madre dice que incluso intentó ponerle azúcar en el té, que es lo único que toma en abundancia, pero la hija se dio cuenta y se enfadó muchísimo. Ahora ya no se fía y no se deja preparar nada.

La chica se cocina sus cosas sola, come sólo verdura y fruta; últimamente ha empezado a limitar también estos alimentos, tanto que en los últimos meses ha adelgazado todavía más. Se niega a pesarse y los padres están francamente preocupados.

Por otra parte, se intentó también una recuperación en una clínica especializada, pero la hija, como sucede a menudo cuando a estas chicas se les obliga a alimentarse de forma forzada, aceptó dura y silenciosamente la recuperación y, en cuanto salió de la clínica, hizo algo peor: se puso todavía más a dieta hasta perder más kilos de los que había ganado en su recuperación.

Los padres están desesperados y aseguran que están dispuestos a hacer cualquier cosa. Yo les advierto de que, en estos casos, lo que les pido es algo excesivamente complicado para ellos, extremadamente la-

borioso, y me reiteran que están dispuestos a hacer cualquier cosa por ayudar a su hija.

En este momento y utilizando una forma de comunicación habitual cuando tenemos que trabajar con padres que tienen como rasgo fundamental la lógica del sacrificio y la actitud de protección, como lo tienen la mayoría de los padres de chicas jóvenes con anorexia u otros síntomas alimentarios graves, les digo: «Bueno, como lo han hecho muy bien hasta aquí intentando ayudar a su hija, tratando de que comiera algo, procurando que no llegase a una situación aún más grave, creo que podrán hacer perfectamente lo que yo les diga. Sé que lo que voy a pedirles será un sacrificio aún más grande y muy arduo a la hora de ponerlo ustedes en práctica». Los padres me miraron esperando quién sabe qué prescripción o indicación difícil y yo les continué explicando: «Desde ahora hasta que volvamos a vernos, dentro de dos semanas, deben evitar hablar del problema de su hija. Tienen que asumir lo que nosotros llamamos la “conjura del silencio”, es decir, deben tener miedo de hablar del problema, porque cuanto más se habla de él más se le alimenta. Y además, quiero que, de aquí al próximo día, piensen que cada vez que intenten hacer comer a su hija, aunque sea con alguna estratagema, en realidad obtendrán lo contrario, como, por otra parte, han obtenido hasta ahora. Por lo tanto, tendrán que tener miedo de pedirle que coma; al contrario, tienen que poner en práctica una estratagema que nos permita colocarla en una posición de frustración de su síntoma, es decir, no sólo tienen que evitar pedirle que coma, sino descalificar directamente su problema. Por ejemplo, no le pongan plato en la mesa y si

dice: “¿Por qué no me habéis puesto un plato a mí?”, contesten: “Como tú no comes”. Hay que evitar completamente cualquier situación que tenga que ver con la comida y, si por un casual, ven que come algo, les pido que intervengan rápidamente y le recuerden que esto le hará caer después en la desesperación, porque se arrepentirá de haberlo hecho».

Después, me dirijo a la madre: «Usted, al menos una vez al día, dígame a su hija que por fin ha entendido verdaderamente la situación. Que hasta ahora no había comprendido lo importante que es para ella no comer y que, por tanto, ahora sabe que debe respetarla e incluso que tiene que colaborar, y que si la ve comer estará preparada para intervenir, recordándole que después estará mal precisamente por eso».

Los padres, como de costumbre, después de esta maniobra me miraron desconcertados y preguntaron: «Pero ¿tenemos que hacer esto?, ¿y si deja de comer aún más?, ¿y si así no come nada?».

Entonces yo les miro y ratifico: «Si todo lo que han hecho hasta ahora hubiese funcionado no habrían tenido necesidad de venir aquí. Ya les he dicho que lo que necesitaba que hicieran les parecería duro, pero les pido que hagan este experimento dos semanas, sólo dos semanas, y dentro de una semana, en cualquier caso, me llaman por teléfono y, si acaso, podremos ajustar la estrategia».

Los padres se fueron bastante estupefactos. Después de una semana, me llama por teléfono la madre, que me dice que estaba sucediendo algo extraño. La hija no come con ellos, ha aceptado esta orden de no sentarse a la mesa mirándoles mal, pero la madre se

ha dado cuenta de que la hija se levanta por las noches a escondidas y va a comer.

En ese momento le digo a la señora: «Bien, simplemente deben insistir en la estrategia que hemos acordado». A la semana siguiente, los padres llegan y me dicen: «¿Sabe?, las cosas comienzan a funcionar. Nuestra hija, el otro día, se sentó a la mesa y nos dijo: “¿Puedo probar yo también lo que has hecho para comer, mamá?”. Y desde entonces ha seguido sentándose a la mesa. No come grandes cosas, pero ha comido algunas que hasta ahora no había querido nunca: ha comido pasta, ha comido arroz, aunque ha pedido que por favor no se le condimentara mucho, pero ha comido con nosotros. No ha vuelto a hacer ninguna escena, incluso ha preguntado si era posible venir a hablar con usted porque se ha dado cuenta de que quiere resolver su problema».

En este momento, comenzó la terapia con la hija, aunque en realidad lo que tenía que suceder había sucedido ya. La hija se había desbloqueado y, en este caso, como en muchos otros de anorexia, tratados a través de las prescripciones dadas a los padres, la hija llega a terapia cuando ya no existe necesidad de tratamiento individual. En esta situación, se procede a dejar claro y presente al sujeto todo lo que le lleva al síntoma alimentario, intentando conducirlo a la superación de esas dinámicas personales e interpersonales que hacen que el trastorno sea necesario.

A veces la paciente no va nunca a terapia. En la investigación sobre trastornos alimentarios de los que se ha ocupado nuestro Centro en los últimos años, más del 20 % de los casos, tratados con protocolos específicos de tratamiento para estos trastornos, no ha veni-

do nunca a terapia. Es decir, hemos tratado al paciente identificado interviniendo sólo en su familia, sin llegar a verlo directamente, y, a pesar de esto, el resultado se ha producido.

En todos estos casos de tratamiento indirecto, la lógica que guía la terapia es la de la estratagema «sacudir la hierba para espantar a las serpientes» o bien, cuando la paciente llega a terapia, «enturbiar las aguas para sacar a flote los peces».

#### *Caso 4. Anorexia juvenil: anular una patología con otra patología<sup>1</sup>*

Llega al Centro di Terapia Strategica (C.T.S.) de Arezzo una familia compuesta por una madre médico, el padre ingeniero y la hija de 14 años, derivada por un psiquiatra que decidió pedir nuestra intervención al encontrar graves dificultades en el tratamiento del trastorno alimentario de la joven.

La familia se mostró, desde el comienzo de nuestra interacción, como la típica familia de postal, es decir, una bonita pareja de padres, en armonía entre ellos, y una hija que, aun estando por debajo de los 40 kilos, presentaba rasgos físicos de considerable belleza. Los padres, al describir la situación que les había llevado hasta nosotros, destacaron que lo que hasta entonces habían intentado hacer, con la ayuda de los conocimientos médicos de la madre y con el apoyo de un com-

1. Este caso ha sido extraído del volumen de G. Nardone, E. Giannotti y R. Rocchi, *Modelli di famiglia*, Milán, Ponte alle Grazie, 2001 (trad. cast.: *Modelos de familia: conocer y resolver los problemas entre padres e hijos*, Barcelona, Herder, 2003).

pañero nutricionista y de un psiquiatra, no había producido ningún efecto; por el contrario, la hija había seguido bajando peso, restringiendo su alimentación y aislándose completamente del mundo exterior. La madre, vista la situación, cogió una excedencia y ahora se pasaba el día completo con la hija, que le solicitaba atención continua y que le asegurara que la comida que tomaba no le engordaría. El progenitor médico había entrado en una condición real de complementariedad patológica con el trastorno de la hija, puesto que sus cuidados, cada vez mayores, se correspondían a las cada vez mayores demandas de la hija, hasta el extremo de que al marido se le había quitado su sitio en la cama, al lado de la madre, porque la hija le había pedido que estuviera cerca de ella por las noches para protegerla de las pesadillas que no la dejaban dormir.

Con gran sacrificio, el padre había aceptado esta situación porque creía que así ayudaría a la hija, pero, como sucede a menudo en estos casos, los intentos de solución complican el problema en lugar de resolverlo. La actitud cálida, acogedora y protectora de los padres en realidad estaba alimentando la patología de la hija más que reducirla.

Se hacía necesario romper esta situación de complementariedad patológica. Se decidió que saliera la hija para hablar sólo con los padres, pero se hizo anunciándole que estábamos observando algo extraño en su madre que queríamos examinar a fondo. Esta maniobra se hizo, como se verá a continuación, para crear en la hija una expectante preocupación por la madre. Una vez a solas con los padres, que parecían personas abiertamente colaboradoras, se les explicó

que habíamos observado que, con las mejores intenciones, se estaban produciendo los peores efectos.

Después les prescribimos que pusieran en marcha una estrategia aparentemente extravagante. Se le pidió a la madre que le expresara a la hija su estado de malestar profundo y que los doctores habían diagnosticado como un estado depresivo agudo. Le subrayamos que estábamos convencidos de que esto no le sería muy difícil porque ella, efectivamente, se hallaba en un estado acusado de malestar emocional. Nos dijo que lo haría porque era lo que realmente sentía. A continuación, le indicamos que representara, al menos una vez al día y hasta el siguiente encuentro, una escena de agresión verbal contra la hija, en la que tendría que lanzarle diatribas, y que, después, mantuviera una posición indiferente hacia a ella. La madre, nuevamente de acuerdo, afirmó que era verdad que estaba sintiendo mucha rabia hacia la hija, ya que les había puesto contra las cuerdas como padres, a pesar de todo lo que estaban haciendo por ella. Al padre, sin embargo, se le sugirió que cogiera aparte a su hija y le dijera: «Siento decirte que, desgraciadamente, mamá ha entrado en un estado patológico y, por lo tanto, tengo que advertirte que, muy probablemente, reaccione con agresividad y te rechace porque cree que eres la responsable de su estado».

Después de las indicaciones hechas a los padres, hicimos que volviera a entrar la hija, que, desde el principio, manifestó un estado de preocupación porque la madre, que había llorado durante el encuentro, al salir del estudio sorprendentemente la había evitado con frialdad. Le explicamos a la joven, en línea con la estrategia adoptada, que por desgracia pa-

ra ella la madre estaba atravesando un período de crisis depresiva, debido a que se había «emparanoiado» con que su hija se pudiera volver anoréxica. Continuamos diciéndole que para ayudar a su madre necesitaríamos su ayuda y que ésta consistiría en tranquilizarla respecto a sus «paranoias» y aceptar el hecho de que, en los días siguientes, la rechazaría y que quizá también la agrediría verbalmente. La joven, con los ojos llenos de lágrimas, dijo que estaba dispuesta a hacer cualquier cosa para ayudar a su madre a condición de que no se alejase definitivamente de ella.

Después de quince días vimos de nuevo a la familia. Hicimos entrar primero a los padres, que con una sonrisa radiante expresaron toda su satisfacción: la hija había engordado dos kilos, había vuelto a comer regularmente, sin lamentarse ni pedir garantías de que no engordaría. Además, había comenzado a contactar otra vez con los amigos, a los que había abandonado anteriormente, y hasta había asistido a la fiesta de cumpleaños de una amiga. El padre, divertido, dijo que su mujer había sido muy buena representando el papel de «depresiva desatada» y que cuando cada día había procedido a realizar la escena de agresión verbal contra la hija, parecía que no actuaba. La madre, por su parte, aseguró que todo esto le había venido muy bien y que incluso se había sentido liberada de tensiones. Los padres siguieron con la descripción de otros cambios, diciendo que la hija, en esas dos semanas, se había acercado mucho al padre pidiéndole sobre todo noticias acerca de los problemas de la madre. Ella misma le dijo a su padre que volviera a la cama con su madre, puesto que era ahora la que tenía más necesidades.

Después de los padres vimos de nuevo a la hija, a la que felicitamos especialmente por su capacidad manifiesta y por su habilidad a la hora de soportar las agresiones maternas y, sobre todo, por haber colaborado, gracias a su comportamiento, a ayudar a su madre, a la que, según le dijimos a la hija, habíamos encontrado en mejores condiciones. Por lo tanto, le indicamos que siguiera en ese camino; ella, sonriente, dijo que estaba muy contenta y que sin duda seguiría adelante en esa dirección. En el transcurso de dos meses, la joven recuperó por completo su peso y su vida interpersonal fuera de la familia, estableciendo a la vez una relación nueva con los padres, basada ahora no en una complementariedad patológica, sino en una complementariedad que hacía funcionar la relación.

Como queda claro, la intervención estratégica efectuada por nosotros ha sido la de volver sobre sí mismo un modelo de interacción patógeno, transformándolo en terapéutico. De una situación de sobreprotección morbosa de la madre hacia la hija se ha pasado, gracias a la intervención, a una situación de protección de la hija hacia la madre. Esto ha destruido por completo el sistema de interacción anterior, hasta llegar, en el momento último de la intervención, a una dimensión relacional de la familia basada en una sana complicidad, en la que se distinguen claramente los roles: el de la pareja, por un lado, y el de la hija, por otro.

*Caso 5. Anorexia crónica:  
de la abstinencia a la transgresión*

Me asomé desde la puerta de mi despacho a la sala de espera para que entrara el siguiente paciente y vi venir hacia mí a una joven que parecía caminar sobre nubes, como si no fuese una persona, sino algo etéreo en movimiento. Era una anoréxica de las llamadas crónicas, puesto que estaba en ese estado desde hacía muchos años. Se sentó, en actitud humilde, con una mirada que parecía la de un cervatillo asustado ante su depredador. Intentando ser lo más suave posible, como si estuviese caminando sobre un suelo de sutil cristal, comencé a hacerle la serie de preguntas habituales, encaminadas a la comprensión de su problema. La joven me contó que estaba en los 40 kilos desde hacía ya ocho años, que había hecho otras recuperaciones en hospitales y clínicas especializadas, que se había sometido a tratamientos de alimentación forzada, así como a diferentes formas de tratamiento psicológico, y que, además, durante aproximadamente dos años, había sido hospitalizada en una comunidad junto a otras «compañeras». Ninguno de los anteriores tratamientos le había dado un resultado positivo: en el mejor de los casos, se había observado una mejoría en lo físico, es decir, un aumento de peso, pero ningún cambio desde un punto de vista mental, permaneciendo invariables su fijación por la delgadez y su miedo a la comida. Como consecuencia de todo esto, después de algunos meses, la mejoría fisiológica decrecía hasta volver de nuevo a la situación de partida. Me refirió que sus padres se habían resignado a su situación y su decisión de venir a mi con-

sulta la habían acogido con gusto, pero con gran escepticismo. En ese momento, le pregunté qué era lo que le había inducido a dirigirse a mí después de tantos fracasos de ilustres colegas con su caso. Su respuesta creo que completa el cuadro de la situación que tenía enfrente.

La paciente me comunicó que decidió dirigirse a mí por el consejo de una ex compañera suya anoréxica que conoció dentro de una de las clínicas especializadas en la que se había recuperado, durante un largo período, y que le contó que había conseguido hacer frente con éxito a su problema con mi ayuda. La ex compañera contactó con ella después del tratamiento del mismo modo que lo intentó con las otras siete pacientes anoréxicas que formaban parte del grupo de sujetos sometidos al mismo tratamiento dentro de la clínica y que, después de los encuentros de grupo y de «las afinidades electivas», establecieron una fuerte unión entre ellas. La amiga llegó a su casa llorando, ya que ellas dos eran las únicas supervivientes: las otras siete se habían muerto. Esta noticia le perturbó de tal manera que, unida a la imagen de su amiga desolada, implorándole que intentara algo que a ella le había funcionado, le acabó decidiendo.

Creo que el lector comprenderá el *pathos* que se creó en el diálogo con la paciente y cuál fue la seriedad de la situación. Para este caso, como para todos los de trastorno anoréxico estructurado, fue importante intentar establecer, durante el primer encuentro, una relación muy emotiva, en la que la paciente no se sintiera ni juzgada, ni rechazada, ni empujada directamente a comer. Como expresa Blaise Pascal claramente en *Pensamientos*, cuando se quiere corregir

eficazmente a alguien respecto a un comportamiento irracional, antes de nada hay que tener su mismo punto de vista hasta percibir que lo que siente es lógico y razonable y, después, evitando cualquier crítica, añadir algo que la persona crea que no es peligroso y contrario a sus convicciones. Esto que se añade sin eliminar nada, si está bien pensado, dirigirá la evolución de los eventos hacia el cambio «espontáneo» del comportamiento anterior.

Hace muchos siglos, Lao zi, citado a su vez por François Jullien (1999), en su *Tratado de la eficacia*, afirmaba respecto al cambio de las situaciones más difíciles que: «Lo ideal es que el efecto pase inadvertido y el cambio ocurra como una inclinación casual de los acontecimientos».

La sesión culminó con la siguiente prescripción: «De aquí a cuando nos volvamos a ver quisiera que hicieras sólo una cosa por mí, una cosa que me ayudará a conocerte mucho más que tantas charlas. Por las noches, cuando te vayas a la cama, sobre la almohada y como última acción del día, coge papel y escribe una carta que me dirigirás a mí. Me gustaría que la comenzaras con “querido doctor”, y después quisiera que me escribieras todo lo que se te pasara por la mente, pasado, presente o futuro, memoria, fantasía o realidad, todo lo que se te pase por la cabeza. Cuando la hayas terminado de escribir, firma la carta, la metes en un sobre y la cierras sin releerla, y la próxima semana me las traes todas».

Esta prescripción contempla dos efectos: el primero es consolidar la relación terapéutica establecida en la sesión, creando un contexto de exclusividad de la relación misma; el segundo, mucho más importante,

es provocar en la persona abstinentemente la agradable sensación de comunicarse íntimamente con alguien. Este último efecto, si se obtiene, representa una primera hendidura en la armadura, forjada con la abstinencia de cualquier sensación, dentro de la que la anoréxica se ha aprisionado. Todo dentro de una comunicación, dirigida por el terapeuta, en el ámbito de la terapia.

La joven, en el encuentro siguiente, llevó las siete cartas y manifestó que al principio esta tarea le había parecido molesta y banal, pero después, una vez que comenzó, se soltó incluso contándome cosas que le habría avergonzado decírmelas personalmente. Le agradecí efusivamente que me diera esta confianza y procedimos a examinar lo que me había escrito. Luego, valorando lo que le había sucedido en esa semana, me dijo que, después de mucho tiempo, había sentido la necesidad de tener contactos sociales que hasta entonces había evitado completamente. Me contó que se puso en contacto con la amiga que le sugirió que viniera a mi consulta y le expresó su satisfacción tras nuestro primer encuentro, y también que llamó por teléfono a una prima de la misma edad para organizar una salida juntas. Así fue como después de mucho tiempo pasó varias horas paseando por el centro con su prima, sin inquietarse. Es más, se divirtió.

Aproveché la ocasión para sugerirle que cultivara estas situaciones y que procediera, cuando estuviera fuera de casa, entre la gente, a poner en práctica un pequeño experimento: «Cada vez que te encuentres en un sitio con gente, compórtate como si fueras una mujer seductora, de las que están seguras de sus en-

cantos. Por ejemplo, lanza alguna mirada y quizás alguna sonrisa, tengo curiosidad por comprobar qué efecto te producirá».

A esta prescripción la paciente respondió con una leve y maliciosa sonrisa y una mirada más iluminada de lo habitual. Le indiqué que, además, siguiera escribiéndome las cartas nocturnas.

En el tercer encuentro me dijo, después de haberme entregado los sobres con las cartas, que en esa semana, además de gustarle escribirme, se divirtió al poner en práctica mi segunda prescripción. De hecho, me contó que para ella fue francamente agradable representar el papel de una mujer llena de encanto y que las miradas y sonrisas que lanzaba la mayoría de las veces eran correspondidas con otras tantas sonrisas y miradas de complicidad, lo que le resultó verdaderamente placentero. El clima de nuestro diálogo comenzó a estar menos cargado de *pathos* y más lleno de sutil satisfacción y, sobre todo, nuestra conversación se orientaba, cada vez más, a los pequeños pero precisos cambios que estaba experimentando.

En este momento, además de mantener las dos anteriores prescripciones, le sugerí un tercer experimento: «Como lo has hecho muy bien hasta ahora siguiendo mis indicaciones y experimentando novedades agradables, pero no peligrosas, quisiera que hicieras otro experimento, aunque tengo que advertirte que éste te parecerá más peligroso. Quisiera que de aquí a la próxima vez que nos veamos te concedas, cada día, una pequeñísima transgresión a tu rígido orden de alimentación. Te pido algo pequeño, por ejemplo una chocolatina, un trocito pequeño de un dulce o de pastel salado; en definitiva, una de esas cosas que tú sabes

que te gustan pero a las que les tienes tanto miedo. En otras palabras, quisiera que, sin modificar de ninguna otra manera tu dieta compuesta de fruta y verdura, añadieses una pequeñísima transgresión diaria. Te pido que lo hagas a escondidas, sin que los tuyos lo sepan; será nuestro pequeño secreto».

La paciente, algo inquieta, aceptó el experimento, aunque me dijo que no sabía si lo llegaría a hacer.

En el encuentro siguiente la joven se presentó con un look mucho más femenino, un nuevo corte de pelo y una expresión francamente más abierta. Me contó que había salido todos los días con su prima, que había conocido a muchas personas y que ya no se sentía en peligro entre la gente; es más, todo esto se había vuelto para ella un placer diario necesario. Además, al compararse con otras chicas, decidió revisar su look demasiado retocado, y por último, me contó que también había realizado la temida prescripción. A este respecto me dijo que tras el miedo de las primeras veces esta costumbre se había vuelto agradable y que cada día se había concedido una pequeña, pero sabrosa, transgresión alimentaria. Por último, dijo que no había escrito más cartas nocturnas, ya que no había sentido ni necesidad ni deseo, y por eso se sentía algo culpable conmigo. Le aseguré que esto estaba previsto en mi guión terapéutico y que estaba contento de que ahora su atención estuviera más centrada en la relación con los demás que en la relación conmigo. Le sugerí, además, que aumentara un poco la dosis de lo que ahora no le parecía espantoso, sino agradable. En resumen, que intentara incrementar su habilidad al relacionarse con los demás, representando el papel de mujer fascinante y seductora, y que

añadiera a la pequeña transgresión alimentaria una segunda transgresión.

Una semana después, la paciente me contó un suceso que le impresionó. Una tarde se dio el gusto de ir a una pizzería con unos amigos, permitiéndose comer una buena parte de una pizza. Lo que a ella verdaderamente le admiró fue que la situación no le asustó, es más: le gustó. Me explicó que le había resultado natural, que no tuvo que esforzarse y que eso a ella le resultó verdaderamente sorprendente. Tras aquella experiencia emotiva correctiva, la joven incluyó en las comidas, además de la verdura, un poco de pizza. Los padres celebraron esta especie de milagro después de muchos años de alimentación rígida y abstinentes.

Desde este momento, la terapia continuó simplemente siguiendo el curso de la corriente producida. A lo largo de aproximadamente tres meses, la joven incluyó en sus comidas lo que más le gustaba y su peso se recuperó completamente; también su estética había evolucionado a la vez que representaba el papel de mujer seductora. Había vuelto a ser, como antes de su trastorno, una mujer muy atractiva y con mucho encanto. Como diría Pascal, «compórtate como si te lo creyeras, la fe no tardará en llegar» o, como se afirma en el *Suttapitaka*, «todo lo que es es el resultado de lo que hemos pensado». De este modo, a ella, representar el papel «como si» le había llevado a concretar esta realidad. En otros términos, esta terapia representa la construcción de una realidad inventada que ha producido efectos específicos.

La prueba final del cambio radical por parte de la ahora ex anoréxica fue, además de la recuperación de

las funciones fisiológicas femeninas, establecer una relación amorosa.

Creo que la mejor manera de comentar lo que es el trabajo sutil y delicado que hay que realizar con los pacientes anoréxicos es que debemos proceder como cuando se talla un diamante: dando golpecitos precisos en el sitio justo, sin que éstos sean ni demasiado fuertes ni demasiado suaves, porque si no, el diamante o no se talla o se rompe. De la misma manera, no hay que olvidar que los grandes cambios se obtienen a través de pequeñas transformaciones y alteraciones del rígido equilibrio patológico, que hacen que surja en la paciente lo que de forma natural posee. Como dice el *Bhagavad Gita*, «el abstigente huye de lo que desea, pero se lleva su deseo consigo».

#### *Caso 6. Bulimia yoyó:*

*si quieres darte un atracón, ¡hazlo bien!*

Se presenta ante mí una joven con aproximadamente 40 kilos de sobrepeso pidiendo ayuda para lograr frenar su compulsión por la comida. De hecho, devora enormes cantidades de alimento durante todo el día, no sólo en las comidas, sino también mediante atracones repetidos que, a menudo, no tienen interrupción. Le pregunto qué es lo que ha intentado hacer para controlar esta irrefrenable compulsión, y me dice que lo ha intentado todo: mantenerse alejada de la comida, evitar los encuentros casuales con ésta, pedirle a los padres que tengan la comida bajo llave. En otras palabras, pone en marcha los intentos de solución que, frecuentemente, son los que mantienen y empeoran este tipo de problema.

Tras la primera sesión, en la que induzco a la joven a imaginarse sus peores fantasías respecto a su situación, como si realmente lo estuviese viviendo, procedí en la segunda entrevista a aplicar la citada maniobra específica para este tipo de trastorno, es decir: «Elija una de las mil dietas que conoce, puesto que con todas las que ha hecho sabe seguro más que yo sobre este asunto, con la condición de que no sea demasiado restrictiva. De cualquier cosa que se coma fuera de la dieta tiene que comerse cinco raciones; si se come un trozo de chocolate, se come cinco; si es una porción de tarta, cinco porciones, y así sucesivamente: cinco raciones o nada».

Después de dos semanas, la paciente me dijo que no había tenido que comer nunca de la forma prescrita, evitando cualquier cosa que no estuviera en la dieta elegida, puesto que la idea de tener que comerse cinco veces algo no incluido en las comidas le parecía espantosa. La mujer me aseguró, además, que había perdido cuatro kilos en dos semanas y que había sido capaz de seguir, sin ningún sacrificio, la dieta disociada que había elegido.

Sin pestañear y sin ninguna piedad, mantuve la «punitiva» prescripción aumentando el «riesgo»; en otras palabras, le prescribí que en caso de transgresión fuera de las comidas se comiera siete veces la cantidad transgredida. Después de dos semanas, la paciente me informó de que había perdido tres kilos y medio sin ningún sacrificio. La terapia continuó en este sentido hasta llegar, seis meses después, al peso ideal de la mujer. La espada de Damocles de tenerse que castigar en caso de transgresión acompañó todo el proceso terapéutico hasta el momento en el que ella aseguró que

no tenía necesidad de esta regla, ya que había llegado a un equilibrio estable en su relación con la comida y su cuerpo.

En su *Tratado de la eficacia* (págs. 181-182) Jullien afirma, parafraseando a Lao zi: «Al situarse a sí mismo en un extremo, uno tiende y carga la propensión que lo llevará al otro extremo: al elegir situarse a sí mismo en el extremo de lo negativo, uno se ve llevado, como a su pesar, arrastrado por la tensión reguladora de lo real, a la plenitud contraria».

*Caso 7. El síndrome del vómito satisfecho:*  
«el límite de un placer es un placer más grande»

Llega a mi consulta una mujer joven, profesional de prestigio, de brillante carrera, de unos 35 años, manifestándome que tiene el problema de comer y vomitar después. Describe con detalle su situación, sin mucho recato, y me explica que lo hace repetidamente, todos los días, en las comidas y fuera de ellas, y que no consigue evitarlo. También cree que ni siquiera este autor conseguirá ayudarla, puesto que ya ha tenido experiencias terapéuticas y ninguno de los profesionales anteriores ha conseguido que supere su trastorno, ni con terapias farmacológicas ni con la psicoterapia; por esta razón, duda que yo pueda hacer algo por ella.

Con frecuencia, este tipo de pacientes desafía al terapeuta, provocándole con su desconfianza manifiesta. En estos casos, hay que utilizar la resistencia expresa, prescribiéndola como elemento necesario de la terapia: «¿Sabe?, necesito toda su desconfianza, ya que ésta me valdrá para ayudarla mucho más que su colaboración voluntaria».

De este modo, la resistencia se transforma en colaboración. Después le pregunto si está dispuesta a hacer cualquier cosa para superar su problema y ella me dice: «Sí, con la condición de que no me pida que deje de comer y vomitar porque no lo lograría. Haré cualquier cosa, pero no me pida que haga nada de esto, porque es algo que (como dicen habitualmente los sujetos con muchos intentos de terapia a sus espaldas) me gusta demasiado y no puedo dejar de hacerlo por completo».

En este caso, como en otros parecidos, que presentan esta demanda paradójica del tipo «hágame cambiar sin cambiar», insisto diciéndole: «De acuerdo, soy plenamente consciente del hecho de que al síntoma no se le puede tocar porque es demasiado agradable, es su "amante secreto", no le puedo pedir que renuncie a él. Usted, que es una experta en el placer, sabe que es lo mejor que hay en la vida; por lo tanto, creo firmemente que el placer tiene que ser cultivado e, incluso, incrementado. Descríbame cómo lo consigue. ¿Cómo hace para conseguirlo?».

Ella me describe, de forma exhibicionista, las agradables porquerías que hace con la comida. Ahorro al lector este relato. Entonces le digo: «Bien, pero ¿no cree que podría especializarse y hacerlo aún mejor? Quisiera que de aquí hasta nuestro próximo encuentro, una vez al día, se comprometiera a hacerlo de la manera más placentera posible, es decir, intente hacerlo de la forma más maravillosa, elija el sitio más cómodo, la mejor hora: piense, por ejemplo, después de las 12 de la noche, cuando todos duermen, piense en el gusto de hacerlo a escondidas, por la noche, con la tensión de que los demás se despierten. Prepare toda

la comida con la que le gusta tener sus encuentros "eróticos" y seleccione la forma más agradable de comer y vomitar después. En definitiva, ¡busque lo mejor y goce todo lo que pueda!».

La joven, sorprendida, me dijo: «Es una persona extraña, ¿acaso usted come y vomita también?; si no es así, ¿cómo logra comprenderme tan bien?». Yo le insistí: «Quiero hacerle una sugerencia más para hacerlo mejor. Piense si en realidad distribuir el placer en tantos episodios a lo largo del día no será reducirlo. ¿No cree que, una vez descubierta la mejor manera, hacerlo sólo una vez sería mucho más placentero, puesto que el placer estaría concentrado?».

En el siguiente encuentro, relató que había seleccionado lo mejor y que había intentado tener un único atracón/vomitona al día, en lugar de los cinco o seis de antes, ya que así era mucho más excitante. No notó la falta de los otros episodios puesto que aquel único rito había sido tan agradable que no sentía la necesidad de más.

En ese momento le sugerí que después de esta experiencia reflexionara sobre dos cosas: 1) cómo emplear ahora todo el tiempo ocupado antes por los atracones/vomitonas; 2) cómo podría hacer aún más agradables sus momentos rituales, retrasándolos para aumentar la carga de placer.

Ella me dijo que lo había pensado, pero que el tiempo ganado lo emplearía en su trabajo, como ya había hecho en las semanas anteriores. A lo que yo repliqué pidiéndole que pensara que quizá podría haber alguna otra cosa agradable que hacer en la vida.

En la sesión siguiente, después de una semana, me comunicó que era mucho más agradable «retrasar», ci-

tándome incluso a Freud, que hablaba de «diferir» como retrasar para aumentar el placer. Haciéndolo así, se dio cuenta de que comiendo/vomitando después de haberlo «diferido» algún día se incrementaba con mucho el placer del acto. De esta forma, después de dos semanas, de cinco o seis ritos al día se pasó a dos o tres ritos a la semana, sin ningún sacrificio, incluso con el incremento del placer por parte de la paciente. En otras palabras, reducir produjo aumentar.

La mujer, además, comenzó a notar mayores atenciones por parte de los demás, así como el deseo apremiante de una mayor vida social. La terapia siguió en este sentido, con una reducción constante de la frecuencia del trastorno, ya que éste se concentraba y destilaba en su perverso agrado una vez a la semana. Durante todo este tiempo su vida relacional se llenaba de nuevas experiencias personales y, sobre todo, interpersonales.

Aproximadamente tres meses después, estableció una relación amorosa muy pasional, que fue el golpe definitivo a su patología, puesto que empezó a olvidarse de su «rito de placer». Quizá descubrió otro aún más agradable: el placer natural de una pasión amorosa a la que ahora tenía la capacidad y valentía de entregarse. El límite de un placer es un placer más grande. Como escribe Jullien (1999, págs. 97-98), «el cambio emana entonces por sí mismo, como consecuencia, por simple prolongación del proceso, sin que haya que ejercer presión alguna sobre la situación ni que esforzarse», es decir, aprovechar la inclinación natural de un fenómeno apoyándolo, tomando posesión, y reorientándolo. La realidad inclinada de este modo cambiará sin oponer resistencia.

*Caso 8. Síndrome del vómito:  
perfeccionar el trastorno para anularlo*

Llega a mi consulta una pareja, porque la hija se negaba a venir, diciendo que no tenía necesidad, que eran los padres los que tenían que ir porque eran los que necesitaban la terapia, y no ella. En efecto, la hija, afectada por el «síndrome del vómito», no quiere saber de terapias, ya que está bien así.

Los padres describen el caso y cuentan que han intentado todas las formas de minimizar los daños, guardándole la comida, limitándole el dinero a la hija para que no pudiera consumir grandes cantidades de alimento. Todo esto no ha servido para nada porque la hija, si no tiene dinero, roba en los supermercados, por lo tanto han preferido dárselo y, en cualquier caso, si le esconden la comida, ella consigue encontrarla.

Por lo tanto, han llegado a una posición de resignación completa. La hija no quiere que la curen, sino seguir adelante con su trastorno y, en los últimos tiempos, no hace otra cosa que comer y vomitar; ya casi no sale, tenía una pareja a la que ha dejado y un grupo de amigos a los que casi no ve, porque se ha encerrado en casa para comer y vomitar.

Además, los padres describen a la hija en la actualidad como una persona que se ha vuelto horrible: se lava poco, ya no se peina, vive sólo para comer y vomitar.

Después de escuchar todo esto y de considerar que me encontraba frente a un caso de «transgresora consciente y satisfecha», procedí con la estrategia habitual para estos casos resistentes.

«Muy bien, creo que existe un modo de intervenir en su hija sin que ella venga, pero será algo que les costará un poco de sacrificio, aunque considero que estarán dispuestos a hacerlo porque veo que ya han hecho de todo. Lo que les pediré no será más difícil, sino algo singular. Les ruego que se tomen en serio lo que les voy a pedir.»

Los padres me miran y responden: «Estamos dispuestos a hacer todo lo que usted nos pida porque nos han dicho que ha resuelto muchos casos de este tipo y por tanto le tenemos confianza».

La prescripción es la siguiente: «De aquí a la próxima semana le pido que usted (dirigiéndome a la madre) todas las mañanas despierte a su hija, ni demasiado pronto ni demasiado tarde, antes de marcharse a trabajar, y le pregunte: “¿Qué quieres hoy para comer y vomitar?”».

La señora me mira y dice: «Pero ¿tengo que hacer esto?, ¿esa pregunta en concreto?». «Sí, precisamente esa pregunta. Tiene que preguntarle a su hija qué quiere hoy para comer y vomitar. Además, quiero que haga una especie de menú, es decir, aquello que su hija le diga que se tomará, y vaya a comprar todo lo que ella le indique. Si se niega a hacer el menú, como creo que usted sabe perfectamente lo que ella come habitualmente para vomitarlo después, compre cantidades abundantes de todo eso y después vuelva a casa y póngalo encima de la mesa de la sala. Le pido que no sea en la cocina, sino en la sala, que se vea bien. Después coja un post-it y escriba en él: “comida para comer y vomitar de” con el nombre de su hija. Les pido que ninguno toque esa comida, es únicamente para ella, sólo para el rito de su hija.»

Los padres me miraron y sonrieron estupefactos, como si les hubiera propuesto algo aún más loco que el comportamiento de su hija. El padre me dice: «¡Pero así se va a poner muy contenta!».

Yo le miro y le digo: «Ya veremos».

Los padres a la semana siguiente me contaron que la hija se rebeló violentamente al ver la comida en la mesa y se negó a comerla. Incluso la cogió y la escondió en los armarios. Y la madre continúa: «Para seguir con la tarea prescrita, siempre que hacía esto yo se la sacaba de nuevo y le añadía más. Hemos llegado a tener una montaña de comida».

Yo, sonriendo, la miro y le contesto: «Mire, la comida que sobre se la mandaremos a los niños que se mueren de hambre, a Bosnia o a cualquier otra parte».

Y ella me dice: «Pero lo verdaderamente interesante es que sus atracones se han reducido muchísimo, no han desaparecido, pero sí se han reducido mucho».

A lo que le digo a los padres: «Bueno, esto es lo que nos anima y hay que seguir así; por lo tanto, señora, le pido una cosa más: tiene que recordarle a su hija más veces al día, y usted también señor, que puede comer y vomitar, que la comida está toda allí y que, como ustedes han comprendido que para ella es muy importante, quieren ayudarla a hacerlo mejor».

«¿Cómo?», me responden. «¿Tenemos que pedirle que lo haga, precisamente ahora que lo está haciendo menos? ¿Y si vuelve a hacerlo más?»

Les miro y les digo de nuevo: «Ya veremos. Les pido que al menos cuatro o cinco veces al día animen a su hija a comer y vomitar, ya que han comprado toda esa comida para su disfrute».

Los padres se fueron aún más estupefactos que la vez anterior.

A la semana siguiente vuelven y me dicen que el síntoma de su hija se había reducido más y que, incluso, se enfada siempre que le dicen que se vaya a comer y a vomitar. Normalmente a estas órdenes responde molesta: «Pero ¿por qué me lo decís?».

«Es más, ¿sabe lo que me ha dicho mi hija, doctor?», me dice la madre. «Que se lo he estropeado todo, que ahora ya no es como antes, que si antes le gustaba, ahora ya no y que no va a hacerlo más. Incluso me ha preguntado si puede venir aquí porque quiere dejarlo del todo.»

En esta ocasión, cuando la hija llegó a terapia, aunque la sintomatología no se había desbloqueado por completo, se había reducido mucho. Por lo tanto, fue bastante fácil proceder hasta extinguir del todo el trastorno, guiándola para que actuara en las fases habituales del tratamiento elaborado para este tipo de patología alimentaria.

En este caso, la estratagema utilizada es «apagar el fuego añadiéndole leña»: añadir para reducir, amplificar para disminuir, prescribir para que cese.

*Caso 9. La vomitadora seductora:  
del placer a la tortura*

Era francamente atractiva y sensual, con un porte elegante, y cada mínimo gesto suyo parecía que estaba estudiado para impresionar a su interlocutor. La mujer llegó a mi despacho después de una «peregrinación» por muchas terapias que habían fracasado. Me expuso el problema, del que no conseguía librarse, como algo

de lo que ya se lo sabía todo, porque los profesionales que me habían precedido le habían explicado las causas y el funcionamiento de su trastorno, pero ninguno había conseguido un cambio real de su situación. Además, la fascinante mujer declaró que, después de un tiempo, todos los que intentaron curarla se hicieron sus «amigos particulares», manifestando abiertamente que temía que esto mismo le sucediera conmigo.

Como se observa, esta persona, literalmente, había «hechizado a sus terapeutas» y precisamente por eso fueron incapaces de ayudarla. Le respondí utilizando su misma seductora provocación: «Veo que es usted muy buena seduciendo y volviendo inocuos a mis colegas; tengo que felicitarla, porque para esto es necesario un auténtico arte. A mí los retos me excitan, ya veremos quién será el más rápido de los dos en desarmar al otro. Ahora explíqueme cuál es el problema que la ha traído aquí, a mi consulta».

La mujer, francamente sorprendida y desconcertada por mi ágil respuesta, ya con una actitud humilde, comenzó a describirme su decenal trastorno. Comía y vomitaba dos veces al día desde hacía once años sin haber tenido un período, aunque fuera breve, sin esta sintomatología. Como en la mayoría de los casos, el trastorno había comenzado como una forma eficaz de comer y no engordar, ya que, por su profesión, esto último habría sido desastroso. Acto seguido, la «buena solución» se había transformado en un «pequeño vicio» ineludible. En ese momento, la paciente manifestó que estaba sorprendida de que no la hubiese reconocido. Con ironía, le respondí que estaba tan acostumbrado a entrevistarme con muchas personas, muchas de ellas personajes famosos, que ya no me in-

mutaba. Efectivamente, había reconocido a la famosísima top model, pero habérselo dicho habría sido un error estratégico en la fase de inicio de la relación terapéutica, puesto que le habría hecho asumir la posición, habitual para ella, de ser alguien especial, incluso para quien debería de tener el poder de llevarla a superar sus limitaciones. Como sucedió anteriormente, se quedó sorprendida y atónita con mi irónica y cortante respuesta.

Continuamos analizando su problema y sus intentos fracasados de resolverlo, en una situación relacional caracterizada por estar yo por encima de ella. No se trataba de una exhibición de poder, sino de gestionar estratégicamente la relación con una mujer muy capaz de «manipular» a sus interlocutores del otro sexo. Una vez que tuve toda la información necesaria, pasé a la fase descriptiva de mi trabajo diciéndole: «Bueno, bueno, bueno, creo que he comprendido lo suficiente para decirle que puedo ayudarla y que puedo hacerlo más rápido de lo que puede imaginarse, pero no sé si será capaz de seguirme».

La respuesta inmediata a lo que le dije fue: «Haré cualquier cosa que me pida. ¿Qué significa que si soy capaz? ¿Piensa que no tengo capacidad para hacerlo?».

«Al contrario», le respondí. «Creo que tiene tantos recursos que a veces pueden volvérselo en su contra. De todos modos, ya veremos si es capaz de realizar todo lo que le pediré que haga por su problema.»

Mediante esta maniobra comunicativa, a la paciente se le pone en situación de tener que demostrar su capacidad, reto que se acopla perfectamente a sus características de «mujer triunfadora»; así su resistencia se transformó en colaboración terapéutica. De este

modo, se le prescribió la tarea más laboriosa que tienen que realizar las personas afectadas por el «síndrome del vómito», pero que al mismo tiempo, si se realiza, es la maniobra terapéutica más eficaz y rápida.

«De aquí a la próxima vez que nos veamos, dentro de dos semanas, usted podrá seguir tranquilamente comiendo y vomitando, siempre que quiera, pero deberá hacerlo de la manera siguiente: coma lo que le apetezca libremente hasta que se sienta tan llena que crea que va a reventar y esté preparada para vomitar. En ese momento, párese, mire su reloj y espere una hora. Cuando haya pasado una hora, ni un minuto antes ni uno después, corra a vomitar.»

A esta prescripción, la espléndida mujer abrió totalmente sus ojos verde mar y me respondió: «¡Pero, esto será una tortura, y además podría engordar!».

Yo le respondí rápidamente: «Le he dicho antes que tenía algunas dudas sobre su capacidad a la hora de seguirme».

Ante esto, ella me respondió que lo intentaría.

Al siguiente encuentro, la top model llegó sin maquillar y vestida de manera sobria (tengo que decirle al lector que desde mi punto de vista estaba todavía más guapa), y con una sonrisa encantadora me explicó que había seguido perfectamente mi «cruel» prescripción, pero que le había sucedido algo imprevisto. En efecto, después de los primeros días en los que había respetado por completo la consigna de vomitar una hora después del final de la comilona, su deseo de vomitar, como por arte de magia, había desaparecido y lo había dejado de hacer. Además, al interrumpir el vómito, su apetito famélico se había reducido y, desde aproximadamente una semana, por primera

vez después de muchos años había consumido comidas sanas y agradables sin pánico a engordar.

Toda la sesión estuvo dedicada a que la paciente se diera cuenta de que mi prescripción, seguida por ella correctamente, la había llevado a descubrir una nueva realidad. Todo a través de una estratagema del tipo «hacer subir al enemigo a la buhardilla y quitar la escalera», que había desbloqueado sus recursos, atrapados en el círculo vicioso de la patología.

La sesión se cerró manteniendo la prescripción: en caso de deseo de vómito, aumentaría a dos horas el intervalo entre comida y vómito. La mujer aceptó la prescripción, puntualizando que, en su opinión, no sería necesaria. Y así fue.

Continué viendo a la mujer en sesiones cada vez más distanciadas en el tiempo para seguir su evolución. Ella también, como la mayoría de estas personas, llegó a ser consciente de que la relación con la comida podía ser agradable y al mismo tiempo no peligrosa para su línea y, sobre todo, que la liberación del ritual perverso de comer/vomitarse había dejado espacio a muchas otras formas de placer más naturales.

Como resulta claro en este caso, transformar el «placer» en «tortura», alterando la secuencia temporal del ritual, estructurado en fases consecutivas, que lo hacen tan agradable, ha sido lo que lo ha llevado a su extinción y ha permitido eliminar la compulsión irrefrenable. Este tipo de intervención, con algunas variantes, representa la técnica principal para afrontar con éxito el tratamiento del síndrome del vómito y ha sido aplicada a centenares de casos, la mayoría de los cuales ha conseguido superar el resistente trastorno en el intervalo de algunos meses.

Por lo tanto, parece claro que un estudio tecnológico de soluciones que se adapten a un problema lleva a efectos aparentemente mágicos. Una vez más, el problema profana un misterio y la solución profana el problema.

## EPÍLOGO

Al llegar a las últimas líneas de nuestra exposición, aflora en mí el sentimiento típico de un autor que desearía, dicho con las palabras de Voltaire, «que los pensamientos entraran en el alma como la luz en los ojos, con placer y sin esfuerzo; y las metáforas fueran como un vaso, que cubre los objetos pero deja verlos».

Por otra parte, ningún autor puede creer que ha sido el primero en pensar algo, puesto que, como nos recuerda Goethe, «todos los pensamientos inteligentes ya se han pensado antes, sólo es preciso volver a pensarlos nuevamente».

Considero que todo lo que aquí se ha expuesto no es sólo el fruto de mi trabajo personal, sino el efecto de la acumulación de conocimientos ya sabidos, ordenados de manera que produzcan efectos concretos para los objetivos prefijados. En este caso, llevar a las personas afectadas por patologías alimentarias a una recuperación efectiva y rápida y evitar, en este trabajo, ser víctima de dos excesos habituales del pensamiento

humano, indicados por Blaise Pascal, «exclure la raison, no admitir más que la razón». «Puesto que, cuanto más inteligente es una persona menos debe desconfiar de lo absurdo.» Con estas palabras, Joseph Conrad ofrece la imagen apropiada de la elasticidad que es necesaria al trabajar con fenómenos aparentemente ilógicos y absurdos. Sólo nuestra capacidad de sintonizar con lógicas no ordinarias, de desarrollarlas, nos puede llevar al conocimiento: gestionar lo ilógico conduciéndolo a lo lógico. Ninguno de nosotros debería olvidarse de la indicación de Sartre: «No se hace lo que se quiere y sin embargo se es responsable de lo que se es».

## BIBLIOGRAFÍA

- Bateson, G., *Verso un'ecologia della mente*, Milán, Adelphi, 1976 (trad. cast.: *Hacia una ecología de la mente*, Buenos Aires, Lohlé-Lumen, 1999).
- , *Mente e natura*, Milán, Adelphi, 1984.
- Bateson, G. y D. D. Jackson, «Some varieties of pathogenic organization», en D. McK. Rioch (comp.), *Disorders of Communication*, Association for Research in Nervous and Mental Disease, Research Publications, vol. 42, 1964, págs. 270-283.
- Bateson, G., D. D. Jackson, J. Haley y J. H. Weakland, «Verso una teoria della schizofrenia», en G. Bateson, *Verso un'ecologia della mente*, Milán, Adelphi, 1976, págs. 244-274.
- Cioran, E., *Esercizi di ammirazione*, Milán, Adelphi, 1988 (trad. cast.: *Ejercicios de admiración y otros textos*, Barcelona, Tusquets, 1992).
- , *Sillogismi dell'amarezza*, Milán, Adelphi, 1993 (trad. cast.: *Silogismos de la amargura*, Barcelona, Tusquets, 1990).
- Constin, C., *The eating disorder sourcebook*, Los Ángeles, California, Lowell House, 1996.

- Epicuro, *Massime*, Roma, Newton Compton, 1993 (trad. cast.: *Máximas para una vida feliz*, Madrid, Temas de Hoy, 1995).
- Goethe, J. W., *Opere Complete*, Turín, Einaudi, 1973 (trad. cast.: *Obras completas*, Madrid, Aguilar, 1950-1951).
- Jackson, D. D., *Communication, family and marriage*, Science and Behaviour Books, vols. I y II, 1968.
- Jullien, F., *Il trattato dell'efficacia*, Turín, Einaudi, 1999 (trad. cast.: *Tratado de la eficacia*, Madrid, Siruela, 1999).
- Laborit, H., *Elogio della fuga*, Milán, Mondadori, 1988.
- Lichtenberg, G. C., *Libretto di Consolazione*, Milán, Rizzoli, 1975.
- Loriedo, C., G. Nardone, P. Watzlawick y J. Zeig, *Strategie e stratagemmi della Psicoterapia*, Milán, Franco Angeli, 2002.
- Nardone, G., *Suggestione → Ristrutturazione = Cambiamento. L'approccio strategico e costruttivista alla psicoterapia breve*, Milán, Giuffrè, 1991.
- , *Paura, Panico, Fobie*, Milán, Ponte alle Grazie, 1993 (trad. cast.: *Miedo, pánico, fobias: la terapia breve*, Barcelona, Herder, 1997).
- , *Manuale di sopravvivenza per psicopazienti*, Milán, Ponte alle Grazie, 1994.
- , *Psicosoluzioni*, Milán, Rizzoli, 1998 (trad. cast.: *Psicosoluciones: cómo resolver rápidamente problemas humanos complicados*, Barcelona, Herder, 2002).
- , *Oltre i limiti della paura*, Milán, Rizzoli, 2000 (trad. cast.: *Más allá del miedo*, Barcelona, Paidós, 2003).
- Nardone, G., E. Giannotti y R. Rocchi, *Modelli di famiglia*, Milán, Ponte alle Grazie, 2001 (trad. cast.: *Modelos de familia: conocer y resolver los problemas entre padres e hijos*, Barcelona, Herder, 2003).
- Nardone, G., T. Verbitz y R. Milanese, *Le prigionieri del ci-*

- bo: anoressia, bulimia, vomiting, la terapia in tempi brevi*, Milán, Ponte alle Grazie, 1999 (trad. cast.: *Las prisiones de la comida*, Barcelona, Herder, 2002).
- Nardone, G. y P. Watzlawick, *L'Arte del Cambiamento: manuale di terapia strategica e ipnoterapia senza trance*, Milán, Ponte alle Grazie, 1990 (trad. cast.: *El arte del cambio: trastornos fóbicos y obsesivos*, Barcelona, Herder, 1995).
- , *Brief Strategic therapy*, New Jersey, Aronson, 2003.
- Pascal, B., *Pensieri*, Turín, Einaudi, 1962 (trad. cast.: *Pensamientos*, Madrid, Espasa-Calpe, 1999).
- Plutarco, *I Memorabili*.
- Popper, K. R., *Objective Knowledge*, Londres, Oxford University Press, 1972 (trad. cast.: *Conocimiento objetivo*, Madrid, Tecnos, 2001).
- Rampin, M. y G. Nardone, *Terapie apparentemente magiche*, Milán, McGraw-Hill, 2002.
- Shakespeare, W., *Sonetti*, Bari, Laterza, 1996 (trad. cast.: *Sonetos*, Madrid, Hiperión, 1999).
- Voltaire, *Il superfluo è necessario*, Roma, Editori Riuniti, 1996.
- , *Diccionario filosófico*, Madrid, Temas de Hoy, 1999.
- Watzlawick, P., *La realtà della realtà: confusione, disinformazione, comunicazione*, Roma, Astrolabio, 1976 (trad. cast.: *¿Es real la realidad?: confusión, desinformación, comunicación*, Barcelona, Herder, 2001).
- , *Il linguaggio del cambiamento: elementi di comunicazione terapeutica*, Milán, Feltrinelli, 1980 (trad. cast.: *El lenguaje del cambio*, Barcelona, Herder, 1994).
- (comp.), *La realtà inventata*, Milán, Feltrinelli, 1988 (trad. cast.: *La realidad inventada*, Barcelona, Gedisa, 1990).
- Watzlawick, P., J. H. Beavin y D. D. Jackson, *Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi*, Roma, Astrolabio, 1971.

- Watzlawick, P. y P. Nardone (comps.), *Terapia breve strategica*, Milán, Raffaello Cortina Editore, 1997 (trad. cast.: *Terapia breve estratégica*, Barcelona, Paidós, 2000).
- Watzlawick, P., J. H. Weakland y R. Fisch, *Change: la formazione e la soluzione dei problemi*, Roma, Astrolabio, 1974 (trad. cast.: *Cambio*, Barcelona, Herder, 1999).
- Wilde, O., *Aforismi*, Milán, Mondadori, 1986 (trad. cast.: *Encantos: Aforismos, paradojas y digresiones*, Barcelona, Península, 1997).