

# ANOREXIA Y BULIMIA

## UNA PERSPECTIVA COGNITIVO-EVOLUCIONISTA

Cecilia La Rosa

Istituto Terapia Cognitiva. Roma

*The author describes a cognitive-developmental point of view of eating disorders. According to this model, eating disorders with a comorbidity with personality disorders show a D-disorganized-disoriented attachment pattern in the therapeutic relationship, that may become very unstable and turn into an agonistic system with elements of competition, anger, decrease of metacognitive abilities, acting out and, finally, lead to drop out.*

*The author proposes a model of intervention based on increasing cooperation and empathy and, if necessary, structuring a double-setting with colleagues following the same intervention perspective.*

*Key words: cognitive therapy, evolutionism, eating disorders, agonistic behaviour, double-setting.*

---

### INTRODUCCIÓN

El fenómeno de los trastornos de la conducta alimentaria se ha estudiado de forma extensa desde varias perspectivas teóricas. En el presente artículo se describe un modelo de intervención cognitivo-evolucionista que tiene en cuenta las contribuciones recientes de la investigación empírica sobre la infancia, los estudios sobre la Teoría del Apego y los estudios sobre los Sistemas Motivacionales Interpersonales. A estas aportaciones teóricas se añade una reflexión acerca de la comorbilidad entre trastornos de la conducta alimentaria propiamente dichos y trastornos de la personalidad, con el objetivo de formular una visión “dimensional” del fenómeno. La aproximación dimensional permite plantear una hipótesis de “cura” basada en la correlación entre niveles de gravedad y distintos niveles de “desregulación” de la experiencia emocional en las relaciones interpersonales y en la relación terapéutica.

Sigue una breve introducción nosográfica y epidemiológica que contribuye a comprender la amplitud del fenómeno “trastorno de la conducta alimentaria” y resalta su lectura “dimensional”.

## NOSOGRAFÍA Y EPIDEMIOLOGÍA

La nosografía de referencia corriente, la más reciente y utilizada en el ámbito de los trastornos de la conducta alimentaria, es la del DSM IV TR (APS 2000), que contempla los diagnósticos principales de “anorexia nerviosa”, “bulimia nerviosa”, “trastorno de la conducta alimentaria no especificado”. En la práctica clínica, es este último diagnóstico el que presenta más frecuentemente comorbilidad con algún trastorno de la personalidad. En el diagnóstico de “trastorno de la conducta alimentaria no especificado” confluyen los criterios descritos en el apéndice B del DSM IV para el diagnóstico del “trastorno por atracón”, en el cual se recogen todas las nuevas descripciones fenomenológicas aparecidas durante la última década que no cumplen por completo los criterios para la anorexia y la bulimia. Entre ellas, nos referimos al “*binge eating disorder*” (Spitzer, 1992), sujetos que realizan de forma intermitente atracones alimentarios excepcionales (comilonas), vividos egodistómicamente, sin poner en marcha conductas compensatorias para reducir o controlar el peso, y, además, el reciente diagnóstico de “*night eat syndrome*” que se podría traducir como “síndrome de las comidas nocturnas”, sujetos con una alteración de los ritmos vigilia-sueño que emprenden “atracones” nocturnos periódicos seguidos por trastornos del sueño y por restricción alimentaria durante el día.

La necesidad de definir el fenómeno del “trastorno alimentario” ha impulsado la utilización de diversos instrumentos de evaluación, desde sencillas fichas para la recogida de la información como, por ejemplo, el DSED, Diagnostic Survey for Eating Disorders (Johnson, 1985), hasta la muy utilizada EDE Eating Disorder Examination (Fairburn y Cooper, 1993), una escala clínica propiamente dicha que ha alcanzado ya la 12ª edición. La primera, la DSED, tiene el formato de una entrevista semi-estructurada de 12 secciones, y explora los aspectos demográficos, la historia del peso, la imagen corporal, el control de la dieta, los “atracones”, las conductas purgativas, el ejercicio físico, los comportamientos asociados, la historia sexual y menstrual, la historia médica y psiquiátrica y la historia social y familiar. Su objetivo es el diagnóstico y la formulación de un proyecto terapéutico adecuado.

La segunda, la EDE de Fairburn, es una escala de valoración de las más utilizadas, y evalúa la gravedad y la frecuencia de dos conductas fundamentales de los trastornos de la conducta alimentaria, es decir, los excesos alimentarios y el control del peso. La escala se ha revelado un instrumento interesante para las investigaciones científicas sobre este fenómeno, y ha demostrado su validez desde el punto de vista discriminante y estadístico. Se ha desarrollado especialmente en relación a la evaluación de la bulimia, proporcionando hasta cuatro descripciones de excesos alimentarios, en base a la cantidad de la comida ingerida tanto objetiva, como subjetivamente, y a la sensación de pérdida de control, ofreciendo al clínico informaciones útiles sobre el fenómeno del “binge eating”.

Tanto más amplio se hace el fenómeno como más complejos se vuelven los intentos de encuadrarlos desde el punto de vista nosográfico y el fenomenológico,

manteniendo una visión tipológica de la patología, que a pesar de ser necesaria para la vertiente científica y descriptiva, crea unos límites que no se corresponden con la realidad polifacética de este tipo de trastornos.

Estimar la incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria es bastante arduo, tanto por la variedad y la multiplicidad de niveles de gravedad del fenómeno como por la dificultad de evaluar las conductas “sumergidas”, es decir todas las situaciones límite no diagnosticables o no referidas que permiten vislumbrar una amplitud del problema superior a la demostrable por la investigación científica. Un estudio conjunto de los institutos de psiquiatría de Londres y de Boston, en que se examinan las bases de datos de 1988 a 1994, ha demostrado un incremento relevante de la detección de casos de bulimia nerviosa. La incidencia de casos en 1993 era de 12,2 por cien mil para la bulimia nerviosa y de 4,2 por cien mil para la anorexia nerviosa. El estudio muestra que la edad de mayor riesgo para desarrollar anorexia nerviosa es entre los 10 y los 19 años, donde la incidencia de la enfermedad alcanza un pico máximo de 34,1 casos por cien mil. La bulimia, en cambio, afecta mayormente a las edades comprendidas entre los 20 y los 39 años, en las cuales alcanza un máximo de 56,7 casos por cien mil personas. Entre los 10 y los 19 años la incidencia de la bulimia es también muy elevada, alcanzando un pico de 41 casos por cien mil (Turnbull et al., 1998). Una revisión de los estudios epidemiológicos italianos sobre trastornos de la conducta alimentaria entre pre-adolescentes, adolescentes y jóvenes adultos (11-20 años), realizados entre 1988 y 1998, muestra una prevalencia del 0,5 por ciento para la anorexia nerviosa, del 1,0 por ciento para la bulimia nerviosa y del 3-14 por ciento para los trastornos de la conducta alimentaria atípicos, subclínicos o parciales (Di Pietro y Sorge, 2000).

## **COMORBILIDAD Y DIMENSIONES DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

Son muy frecuentes los estudios que asocian un trastorno de la personalidad a los trastornos alimentarios. La comorbilidad se refiere de forma variable a uno u otro diagnóstico en términos de gravedad y de inicio, y, a menudo es difícil establecer el predominio de un diagnóstico sobre el otro.

Los estudios examinados han mostrado predominantemente estas asociaciones:

Trastorno de la personalidad por evitación y diagnóstico de anorexia restrictiva (Díaz Marsà y cols., 2000).

Trastorno límite de la personalidad y diagnóstico de bulimia (Díaz Marsà y cols., 2000; Rosenvige y cols., 2000; Matsunaga y cols., 2000).

Trastorno límite de la personalidad y aumento del peso corporal, distorsión de la imagen corporal, obesidad (Sansone y cols., 2001).

Doble diagnóstico de trastorno límite de la personalidad y trastorno alimentario (Zimmermann y Mattia, 1999).

Rosenvige y cols. (2000) han realizado una extensa investigación, utilizando los criterios diagnósticos del DSM IV para la revisión de 28 artículos sobre la comorbilidad entre trastornos alimentarios y trastornos de la personalidad, publicados entre 1983 y 1998. Los resultados ponen en evidencia una mayor asociación entre trastornos alimentarios y trastornos de la personalidad con respecto a los grupos control con otro tipo de patología; el diagnóstico de bulimia se asocia más a menudo con trastornos de la personalidad del grupo B (antisocial, límite, histriónico y narcisista) y especialmente con trastornos límite de la personalidad; no se muestra, en cambio, ninguna diferencia entre anorexia y bulimia en relación a los trastornos de la personalidad del grupo C (por evitación, por dependencia, obsesivo-compulsivo).

En definitiva, y aún quedándonos sencillamente con los diagnósticos efectuados con el DSM IV, asistimos a un mayor número de asociaciones diagnósticas entre trastornos de la personalidad y trastornos alimentarios, que indica la presencia de un contínuum entre el diagnóstico simple de anorexia y bulimia, las asociaciones entre trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos de la personalidad en el eje I y el eje II respectivamente, el diagnóstico principal de ambos en el eje I como síndromes establecidos y que se manifiestan simultáneamente, y, por último, el diagnóstico principal de “trastorno de la personalidad” en el cual los trastornos de la conducta alimentaria se consideran síntomas asociados.

Los diagnósticos y los síntomas varían desde formas menos graves de conducta alimentaria no adecuada hasta la real afectación de la personalidad del individuo, de manera que nos sugiere la posibilidad de una aproximación “dimensional” al trastorno, en contraposición a las anteriores aproximaciones tipológicas.

Liotti (2001) ya propone la aproximación dimensional y Davis y cols. (1997) proponen la dimensionalidad más en general como clave para entender la comorbilidad en los trastornos alimentarios, sugiriendo un contínuum entre factores de personalidad y preocupación por el peso y la imagen corporal.

En la aproximación cognitivo-evolucionista la dimensionalidad de la patología se entiende como variaciones del sistema motivacional del apego en cuanto a su “ubicación” en el eje “organización-desorganización”. En el ámbito de las relaciones interpersonales, el fracaso de las estrategias para activar el sistema de apego tendría funciones vicarias para la activación de otros sistemas motivacionales, como por ejemplo el agonístico. Para comprender la aplicación de este modelo a los trastornos de la conducta alimentaria se necesita una digresión sobre el modelo cognitivo-evolutivo.

## **EL MODELO COGNITIVO-EVOLUTIVO APLICADO A LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

La teoría cognitivo-evolutiva de los Sistemas Motivacionales Interpersonales (Liotti, 1994; véase también Liotti y Intreccialagli, 1992), junto al estudio de los

estilos (o *patterns*) de apego en los primeros años de vida (Ammanniti y Stern, 1992; Liotti, 1991) ofrece a muchos terapeutas las bases para la comprensión del comportamiento interpersonal.

Según la teoría cognitivo-evolutiva la conducta interpersonal humana se guía constantemente por un conjunto innato de Sistemas Motivacionales Interpersonales. A pesar de su base evolutiva, y por ello, innata, los Sistemas Motivacionales Interpersonales se plasman constantemente por medio de la experiencia tanto en su vertiente operativa como en cuanto a su mecanismo de activación y de desactivación. La mediación para la influencia de la experiencia sobre la base innata de los Sistemas Motivacionales Interpersonales la constituyen los “Modelos Operativos Internos” (M.O.I.), estructuras cognitivas referidas al sí mismo y a los otros.

De entre los Sistemas Motivacionales Interpersonales se distinguen de forma independiente: el “Sistema de Apego”, sistema que controla la conducta de demanda de cuidados, consuelo y protección; el “Sistema de Cuidados” recíprocos, que regula la conducta de ofrecimiento de cuidados; el sistema que gobierna la formación de la pareja sexual, “Sistema Sexual”; el sistema que regula la competencia por el poder en la relación, es decir, el que rige las “conductas agonísticas ritualizadas” dirigidas a definir los roles de dominio y de subordinación en los grupos sociales: “Sistema Agonístico”, según la terminología de muchos etólogos; el “Sistema Cooperativo”, que controla las conductas de consecución de un objetivo común. En cuanto a este último sistema, quisiéramos resaltar que se basa en una percepción interpersonal paritética: el sí mismo y el otro trabajan codo a codo para alcanzar una meta, enfatizando el interés común y compartido, mientras que las diferencias de competencias, de habilidades y de roles quedan en el “trasfondo” de la percepción interpersonal.

A cada uno de los Sistemas Motivacionales Interpersonales se asocian emociones específicas: la ansiedad de separación y la seguridad del consuelo recibido se asocian al sistema de apego; la ternura protectora, al sistema de cuidados; la ira competitiva, la vergüenza de la humillación y de la derrota, y el triunfo de la victoria, al sistema agonístico.

Es posible estudiar cómo estos Sistemas Motivacionales Interpersonales se alternan en la regulación de la conducta interpersonal, en función de señales activadoras específicas prevalentemente relacionados con la comunicación no verbal; por ejemplo, las lágrimas del niño activan el sistema de cuidados de la madre, el tono de voz elevado y hostil, el fruncir el ceño y la postura amenazante activan el sistema agonístico del interlocutor, etcétera.

Cada individuo va estructurando las relaciones recíprocas de activación de los propios Sistemas Motivacionales Interpersonales en base a los eventos personales que caracterizan el desarrollo de la personalidad: para unos, se desarrollará una propensión para la activación rápida del sistema agonístico (personalidades “agresivas”); para otros, en cambio, será el sistema de apego el que se active más

fácilmente en los distintos contextos interpersonales (personalidades dependientes); para un tercer grupo, el sistema de cuidados tenderá a regir gran parte de la vida relacional (personalidades “oblativas”); y así sucesivamente.

Cualquiera que sea la organización de las prioridades para la activación individual de los distintos sistemas motivacionales interpersonales, ningún ser humano podrá evitar la activación de cada uno de ellos cuando se encuentre en las situaciones que puedan desencadenarla.

La forma específica que adopte la activación de cada sistema motivacional interpersonal dependerá de la experiencia acumulada con anterioridad. Por ejemplo, la activación del sistema agonístico puede adoptar la forma del dominio imperioso (subrutina del dominio dentro del sistema) o la de la subordinación temerosa al otro (subrutina de sumisión). Es muy posible que al activarse el sistema agonístico la tendencia de una persona a percibirse como “destinada a la victoria” o “destinada a la derrota”, sea fruto de la experiencia vivida a partir de las primeras situaciones competitivas, más que de variables genéticas. Del mismo modo, en investigaciones ya conocidas, se ha demostrado que la forma de expresión del sistema de apego depende, incluso en el adulto, de las experiencias tempranas del niño con los padres, más que de cualquier factor innato (véase Ammanniti y Stern, 1992).

En el ámbito del sistema motivacional de apego, a través de importantes investigaciones sobre la reacción a la separación de la madre se han identificado cuatro modelos fundamentales llamados A, B, C, D (Ainsworth y cols., 1978). El modelo A también es llamado “inseguro-evitante”, el modelo C es llamado “resistente” en la terminología originaria de Ainsworth (1978), el modelo B, “seguro” y el modelo D, “desorientado-desorganizado”.

Para comprender los modelos A, C y D de apego “inseguro” hay que compararlos con el modelo de apego seguro (también llamado B). El niño B (es decir, con apego seguro), a los dos años de vida, puede protestar intensamente y de forma clara al ser separado de la madre, y también calmarse rápidamente cuando la madre vuelve y le ofrece consuelo. El niño A (inseguro-evitante) no protesta al ser separado de la madre y evita activamente una nueva aproximación. El niño C (inseguro ambivalente o resistente) sigue llorando y protestando cuando la madre, después de una separación, vuelve y se acerca para reconfortarlo, como si efectivamente mantuviera sentimientos opuestos de deseo y de rechazo del consuelo materno. Por último, el niño D, frente a la posibilidad de ser reconfortado por la madre al cabo de una breve separación, reacciona con un comportamiento falto de orientación y de organización, es decir, de manera incoherente y polivalente, por ejemplo, muestra al mismo tiempo actitudes de acercamiento y de alejamiento, o se bloquea como si estuviera bajo una especie de “trance”. (Véase Ammanniti y Stern, 1992; Liotti, 1994).

A estos estilos de apego del niño durante los dos primeros años de vida

corresponden unas actitudes determinadas y distintas por parte de las madres que les han cuidado: las madres de niños seguros pueden comprender rápidamente el significado de las señales emocionales del niño, así como sintonizar con ellos y responderles de forma adecuada; las madres de niños A (inseguros-evitantes) tienden permanentemente a rechazar o a ignorar las demandas de cercanía de los hijos; las madres de niños C (resistentes), en cambio, son imprevisibles y a menudo hipercontroladoras e invasivas en sus respuestas a las peticiones del niño de ser reconfortado; por último, las madres de niños D resultan excesivamente espantadas y/o atemorizantes para el niño para que les sea posible conectar con sus demandas de ser atendido y reconfortado (Liotti, 1994).

La transición de esta muy útil categorización tipológica hacia una aproximación dimensional pasa por la variación de la conducta del niño en relación a la figura de apego-cuidado a lo largo de dos dimensiones de la actividad mental. La primera es la de “seguridad-inseguridad”, que permite identificar los tres modelos de comportamiento B seguro, A inseguro y C inseguro resistente. La segunda dimensión está representada por el eje “organización-desorganización” del apego, que permite diferenciar los tres tipos organizados (A, B y C) del apego desorganizado o D. A la luz de los estudios efectuados en los últimos años y de la experiencia clínica, la presencia de un apego tipo D en un trastorno alimentario da lugar a una patología tanto más grave como más afectado esté el paciente en el eje “organización-desorganización”, dado que el apego desorganizado-desorientado es un precursor específico del trastorno de personalidad.

La secuencia diagnóstica comentada arriba se puede representar a lo largo de un eje imaginario que constituye la dimensión de la desorganización del apego, donde al diagnóstico simple de anorexia o de bulimia en el eje I corresponde un apego tipo C o A, inseguro resistente o inseguro evitante, y donde, aumentando la gravedad, el modelo D determina niveles crecientes de desorganización. A nivel de hipótesis, al diagnóstico de anorexia restrictiva con trastorno de personalidad por evitación (modelo de apego DA) seguiría el diagnóstico de bulimia con trastorno límite de personalidad (modelo DC) hasta llegar a niveles de desorganización del apego más intensos donde los trastornos de la personalidad con sus síntomas configuran el diagnóstico primario, y los síntomas alimentarios forman parte del conjunto de síntomas asociados a la patología principal.

La progresión de la desorganización del apego corresponde también a un cambio sustancial de los temas organizativos y de los Modelos Operativos Internos del paciente, que se vuelven cada vez más difuminados y menos claros, y, al mismo tiempo, las emociones relativas se hacen cada vez más incomprensibles para el paciente mismo. Los trastornos de la conducta alimentaria con una desorganización del apego ausente o de grado leve se manejan con temas organizativos bastante bien definidos: idealización-devaluación, crítica-juicio, y las emociones correspondientes de rabia, vergüenza, decepción y, secundariamente, tristeza. Los Trastornos de

la Conducta Alimentaria con una desorganización del apego paulatinamente más grave y una consecuente comorbilidad con trastornos de la personalidad, muestran una tendencia gradual a la multiplicidad de los temas organizativos, que, además de moverse entre la idealización, la decepción y la devaluación típicas de los trastornos alimentarios, se desplazarán hacia los temas más típicos de los trastornos de la personalidad como, por ejemplo, el miedo a ser abandonados, y aparecerán cada vez más difuminados y menos organizados. Todo ello provocará unos cambios emocionales muy rápidos entre la rabia intensa y la felicidad, y dificultades en el control de los impulsos.

El incremento progresivo del déficit de la capacidad para regular las emociones conlleva su emergencia imperiosa, y se caracteriza por una fuerte intensidad emocional tanto en la experiencia subjetiva como en la dimensión interpersonal. El paso sucesivo a estas experiencias emocionales dolorosas para el paciente con trastorno de la conducta alimentaria consiste en la puesta en marcha de intentos por manejarse a través, por ejemplo, de crisis bulímicas repetidas y vómito continuado o restricción de la alimentación llevada al extremo.

## **LA RELACIÓN TERAPÉUTICA CON PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

En la formación de una relación interpersonal, y en particular de la terapéutica, se producen varios tipos de interacciones que confluyen no sólo en el sistema motivacional de apego, sino también en otros sistemas motivacionales específicos como el agonístico, el cooperativo y el sexual.

Manteniendo la visión “dimensional” propuesta anteriormente, sujetos con trastornos de la conducta alimentaria pueden haber estructurado en sus vidas modelos de apego a la madre del tipo C inseguro-resistente o A inseguro-evitante, con o sin asociación del modelo D desorientado-desorganizado. Como ya hemos comentado, un modelo D desorientado-desorganizado se asociará más fácilmente a un trastorno de la personalidad, y especialmente a un trastorno límite de la personalidad. La desorganización del apego temprano se convierte en un obstáculo para la organización de una visión unitaria de sí mismo con el otro, por lo tanto estos pacientes mantienen relaciones inconstantes y contradictorias, y en la relación terapéutica pasan fácilmente a otros sistemas motivacionales con funciones vicarias al sistema de apego.

Entre los otros Sistemas Motivacionales Interpersonales, el que más a menudo aparece en la relación con pacientes con trastornos de la conducta alimentaria es el “Sistema Agonístico”, es decir el sistema que regula las interacciones competitivas (La Rosa y Iannucci, 2000; Iannucci y La Rosa, 2001).

Al conceptualizar un apego inseguro y desorganizado en el desarrollo del niño como un problema para resolver, se identifica la activación de unas estrategias específicas para reducir el daño, a través de dos posibles modelos de solución: a)

seguir en la búsqueda de una base segura rigidificando la construcción ya por sí misma desadaptativa del sistema de apego, e incrementando las demandas incoherentes de cuidados, desvinculándolas progresivamente del contexto, y con repercusiones en el desarrollo de los demás Sistemas Motivacionales Interpersonales; o b) sustituir al modelo de apego el funcionamiento vicario de un sistema motivacional menos dañado, que se desarrolla precozmente y del que se espera resultados alternativos.

Las dos soluciones, que no se excluyen mutuamente, sino que, en parte, se superponen, llevan en todo caso a una rigidez constructiva de las habilidades sociales y afectivas y a un déficit metacognitivo. La experiencia clínica muestra que el sistema agonístico, el segundo sistema motivacional en desarrollarse de forma completa hacia el segundo año de vida, queda fácilmente involucrado en el desarrollo defectuoso del sistema de apego. De manera que, tanto si el sistema agonístico es vicario del sistema de apego, como si sencillamente precede la aparición del sistema de apego en terapia, la interacción principal entre terapeuta y paciente resultará agonística en las primeras fases de toma de contacto y vinculación, además de en las sucesivas de apertura y desvelamiento de temas y de memorias.

Desde el punto de vista clínico es interesante notar la marcada cualidad agonística de las relaciones con los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria y con trastornos de la personalidad, en los cuales, como ya hemos mencionado, se detecta fácilmente la dimensión de inseguridad y/o de desorganización del sistema de apego.

Siguiendo la visión dimensional se podría decir que en los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria el incremento de la afectación del sistema de apego en dirección de la desorganización corresponde a una cada vez mayor comorbilidad con trastornos de la personalidad y a un aumento progresivo de la activación del sistema motivacional agonístico con funciones sustitutivas y vicarias en las relaciones interpersonales. Es decir, de forma más sencilla, que cuanto más se desorganiza el apego, tanto más se activa la competitividad.

El inadecuado predominio agonístico presente en las relaciones con estos pacientes tiene, por supuesto, consecuencias en la relación terapéutica, e influye en las variaciones de la técnica psicoterapéutica, que se orientará automáticamente hacia la necesidad de prever, manejar y reducir la intensidad agonística activada en la terapia. El sistema agonístico, con sus correlatos de rabia, vergüenza, humillación, rencor, triunfo, recriminación, huida, ruborización, confusión, desafío, críticas y enjuiciamientos, se convierte en un componente ineludible de la relación terapéutica con pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. La atención del terapeuta de orientación evolutiva se dirige a identificar la insurgencia de una transacción agonística, decodificando señales no verbales, relacionales, de contenido y de su propia reacción interior.

Esta visión dinámica de las interdependencias entre apego y agonismo parece mantener alguna analogía formal con la teoría de la cura psicoterapéutica de Weiss y de su grupo de investigación (Weiss et al., 1986). La teoría de Weiss sostiene que “los pacientes trabajan durante todo el curso de la terapia para desconfirmar las creencias patógenas, intentando inconscientemente ponerlas en tela de juicio en la relación con el terapeuta...” (Sampson, 1993). Según esta perspectiva, nuestros pacientes tienen un plan, y durante la terapia verifican sus creencias patógenas poniendo a prueba el terapeuta en la relación, a través de unos *tests*. Estos *tests* al terapeuta, bien ejemplificados por Weiss, pertenecen a menudo a categorías agonísticas de interacción, por ejemplo, provocación, amenaza de concluir la terapia, exageración, actividad repentina... Análogamente, el paciente con trastornos alimentarios con actitudes relacionales agonísticas acentuadas tiende con facilidad a imaginarse a sí mismo involucrado en una competición con el terapeuta, o siendo inevitablemente su víctima, activando comportamientos verbales y no verbales tales que le permitan ganar el desafío o, más a menudo, evitar la derrota, de la cual procederían desprecio, críticas o rechazo.

Por ejemplo, pensar de poder ser objeto de un intercambio agonístico con el terapeuta, interpretando sus indagaciones iniciales como una voluntad inquisitoria, sobre todo en la primera fase de la terapia, puede desencadenar conductas de evitación de los contenidos, dificultades para la revelación emocional, abandono, reticencia o protestas. Cada vez que el paciente se sienta a punto de hacer una revelación importante, cuyo relato es especialmente costoso porque el contenido “le da vergüenza” etcétera, es posible que, activando el sistema agonístico, realice un *test*, a fin de entender si el terapeuta le criticará y le juzgará o podrá acoger de modo neutral la comunicación y utilizarla de forma conjunta para entender sus dinámicas.

*Dana es una mujer de 42 años, directora de una empresa, divorciada y sin hijos. Hace una demanda de psicoterapia dirigida a aclararse en su vida sentimental y especialmente en todo lo relativo a su dificultad para establecer relaciones duraderas y significativas. En el curso de la psicoterapia, al cabo de al menos dos meses, se pondrá en evidencia la existencia de un grave trastorno de la conducta alimentaria, caracterizado por bulimia y vómito autoinducido, que se manifiesta desde la adolescencia.*

*Dana es una mujer guapa, muy cuidada, hasta en los mínimos detalles, casi exageradamente. Además, por motivos de trabajo, debido a su imagen pública, tiene que cuidar notablemente su figura y la manera de vestir.*

*Desde la primera sesión no muestra ansiedad al hablar de su vida, y su manera de comunicar se caracteriza por la cordialidad, la simpatía, las habilidades sociales, la seducción y una distinción femenina. En el conjunto, la sensación es la de estar delante de una mujer muy competente y preparada, simpática y comunicativa, guapa y elegante.*

*La terapeuta desde un buen comienzo siente simpatía, curiosidad y un fuerte sentimiento de distancia emocional. La terapeuta se da cuenta de que los días en que tiene que ver a la paciente empieza a cuidar algo más su manera de vestir, y toma nota mentalmente.*

*Durante los primeros meses de la terapia se desarrollan los relatos de la historia de vida de la paciente y de sus difíciles y numerosas relaciones sentimentales. Se percibe una tensión creciente en la relación y la intensa exigencia de apertura por parte de la paciente, que, sin embargo, se encuentra bloqueada por un fuerte sentimiento de vergüenza y de miedo de ser juzgada. Al señalar con cuidado estas emociones, se abre la posibilidad para una revelación de la patología alimentaria, precedentemente negada y vivida en absoluta soledad. Declara que come desmesuradamente y que vomita desde hace años, sin embargo no se puede trabajar más allá sobre el trastorno de la conducta alimentaria porque la paciente es reticente, bosteza y lleva al fracaso cualquier exploración, tanto histórica como autorreflexiva. No recuerda el exordio de la sintomatología, no parece poder ponerla en relación con ningún evento, fracasa o ignora cualquier intervención del tipo del método cognitivo estándar (ABC), no sabe conectar ningún tipo de emoción con el síntoma: simplemente, cada vez que come, calcula racionalmente si atracarse o no, en función de las posibilidades posteriores de vomitar. Cómo y dónde vomitar son los únicos pensamientos que acompañan la conducta alimentaria. Hablar de ello le provoca manifestaciones de fastidio y genera estados disociativos caracterizados por distracción, fragmentación del discurso y somnolencia.*

*Al ser preguntada por su incomodidad responde negándola y justificándose, afirmando que no sabe en absoluto qué decir. Los estados disociativos y tipo trance de la paciente son tan intensos que contagian a la terapeuta, y ésta pierde el hilo del discurso, las intervenciones, la secuenciación lógica y el sentido, experimentando un fuerte sentimiento de ineficacia personal y de somnolencia que acompañarán a la terapia por más de dos años.*

*Sin embargo, la paciente parece mucho más tranquila al hablar de su vida sentimental, que mientras tanto se ha complicado a causa del inicio de una tormentosa historia sentimental con un hombre casado.*

*La situación sentimental la absorbe totalmente y la terapeuta no puede que seguirla, dada la imposibilidad de acceder a otras temáticas. La relación con este hombre se revela enseguida muy difícil: él, a pesar de su vínculo familiar, instauro con la paciente una relación exclusiva y controladora, al borde de la violencia y de la persecución. Mantiene una relación muy pasional y satisfactoria en el plan erótico, pero absolutamente tempestuosa: él está celosísimo, le controla los teléfonos y los desplazamientos, le*

*impide cualquier relación social, la insulta y la agrede verbalmente, y, a veces, incluso físicamente. Las principales acusaciones hacia la paciente son de infidelidad física y psíquica, y también intenta controlar sus pensamientos.*

*Durante la terapia la paciente habla exclusivamente de esta relación, que critica y condena, de este hombre al que también critica y de quien se queja constantemente, aun declarando una absoluta y para ella también incomprendible imposibilidad de separarse de él.*

*Los márgenes de intervención terapéutica son escasos, se perfila una analogía evidente entre este hombre y el padre de ella, posesivo y perseguidor, analogía patente también para la misma paciente, que, sin embargo, no aprovecha esta toma de conciencia, que se demuestra inútil y vacía de significado.*

*Las intervenciones empáticas y de soporte se aceptan, pero básicamente no surten efectos apreciables.*

*Durante los períodos en que la frustración procedente de la relación afectiva alcanza el máximo de intensidad, la paciente ataca la terapia y manifiesta su perplejidad acerca de la ausencia de cambio, lo que la terapeuta avala y señala como problema interpersonal, mostrando a la paciente su propia dificultad y el fuerte sentido de ineficacia experimentado en terapia.*

*Pasan más de dos años con márgenes de intervención aparentemente muy reducidos: la paciente lo decide todo: temas por tratar, retrasos, ausencias, quejas, críticas, desprecio; en consecuencia, actúa desde una posición absolutamente dominante. La terapeuta ofrece una participación intensa sobre todo en su dolor por las humillaciones continuadas perpetradas por el compañero.*

*La relación con este hombre se convierte en una extraña experiencia emocional correctiva, al interno de la cual la paciente experimenta emociones intensas de rabia, frustración, pasión, dolor y humillación, pero también univocidad de los sentimientos y adherencia, e inicia una revisión crítica de su propio comportamiento sexual anterior. La relación con este hombre, aunque violenta e hirpecrítica, se convierte en una especie de apoyo que la obliga a verse a sí misma, y ella empieza a experimentar y a contemplar la posibilidad de no mentir y de no esconderse incluso delante de sus aspectos negativos.*

*En terapia se señala y se refuerza este aspecto, también en términos de modelado por medio de frecuentes admisiones de ineficacia por parte de la terapeuta: la idea que se intenta transmitir a la paciente es que se pueden decir también las cosas negativas, las cosas que no se consigue hacer, las que no nos gustan de nosotros mismos.*

*El clima de terapia se vuelve más distendido y de colaboración, y para intentar incrementar la intimidad la terapeuta propone cambiar la forma de trato en tercera persona, usted, por el “tu” de la segunda persona, lo que es recibido en un primer momento con ambivalencia, luego aceptado con serenidad. Después de una de las muchas crisis con el compañero, Dana llega de repente a la consulta y empieza a contar que vomita más de tres o cuatro veces al día: no puede más, y por primera vez pide ayuda a la terapeuta sobre el síntoma. Empieza a confiar y a superar el sentimiento de vergüenza.*

En el ámbito de las relaciones interpersonales, esta paciente pone en marcha casi exclusivamente el sistema agonístico: lo activa con la terapeuta con la resistencia a hablar del síntoma, poniéndola constantemente a prueba, con críticas y ataques hacia la terapia, etcétera. La larga respuesta de la terapeuta consiste en poner de relieve la dificultad de la paciente para confiar, en mostrarle el predominio de la crítica sobre otros temas, y en proponerle constantemente una relación de colaboración y un trabajo de análisis acompañados por una intensa empatía. Además de la propuesta de colaboración, la terapeuta le ofrece participar y cuidarla en los momentos de crisis y de dolor intenso. Sin embargo, estos movimientos que se alejan del modelo competitivo y agresivo generan desorganización, confusión y alteración del estado de la conciencia, como si los demás sistemas motivacionales (apego, cooperación) se hubieran dañado masivamente y en edad temprana. La relación afectiva que la paciente establece también se organiza alrededor de una fuerte motivación agonística, en cuyo contexto experimenta, al igual que en la relación con el padre, la activación constante de una subrutina de sumisión. Cualquier forma de cooperación se invalida seguidamente, produciendo distancia y síntomas de tipo disociativo o respuestas agonísticas. La única alternativa vislumbrada por la terapeuta es la adopción de una posición agonística especular de sumisión, con sus relativos síntomas (sentimiento de ineficacia, somnolencia), la comunicación a la paciente de este sentimiento de incapacidad y la propuesta de la alternativa de cooperación en el seno de la relación, es decir, la lenta construcción de un clima de confianza por medio de la activación de los sistemas de cuidado y de cooperación, cuando la paciente lo permita. Muy lentamente la paciente va experimentando otro tipo de relación interpersonal en la cual las críticas no tienen peso ni influencia, sólo poseen una dimensión de dolor y de estancamiento. Al contrario, es un contexto en el cual se puede hablar de lo que se siente sin temor a reprensiones. Con gran lentitud la paciente se encariña con la terapeuta y con el uso del “tu”, de forma repentina se da cuenta de un vínculo y de la posibilidad de compartir, con lo cual puede por fin abrirse a la cooperación.

Toda la terapia se centra exclusivamente en la construcción de una relación cooperativa. El planteamiento agonístico inicial hace que los intentos por incrementar las capacidades metacognitivas de la paciente acerca del síntoma sean infructuo-

sos. La dificultad agonística de la paciente se ve relacionada con una desorganización del sistema de apego, que genera una puesta en marcha del sistema motivacional agonístico cada vez que se activa una relación interpersonal. Este modelo relacional desactiva fuertemente las capacidades metacognitivas de la paciente, que no puede reflexionar sobre sus síntomas y sobre su significado, dado que está demasiado implicada en el eje de la competitividad, y vive cualquier intervención de la terapeuta como una posible crítica. Una aproximación de este tipo a las relaciones interpersonales es característica, en diversos grados, tanto de los desórdenes de la conducta alimentaria como de los trastornos de la personalidad. Los trastornos alimentarios, son a mi manera de ver, la patología que más se aproxima y se interrelaciona con los trastornos de la personalidad, especialmente con las formas de relación interpersonal típicas de los trastornos límite, tanto es así que precisan primariamente y fundamentalmente una intervención terapéutica centrada, desde el principio y por largo tiempo, de forma exclusiva en la relación terapéutica y en su construcción.

### **TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, SISTEMA AGONÍSTICO Y METACOGNICIÓN**

¿Qué ocurre cuando se desarrolla una relación terapéutica con una fuerte activación del sistema motivacional agonístico? La sensación primera y más importante, como en el caso de Dana, es que la terapia no avanza, se detiene y entra en una fase de estancamiento.

De hecho, si un paciente está ocupado en decodificar las señales que provienen del terapeuta en clave de crítica, de definición de los roles, de jerarquía o de poder en la relación, no podrá reflexionar sobre los significados de su sufrimiento personal, ni recibir las sugerencias del terapeuta como estímulos para incrementar la conciencia del síntoma. Todo ello se reflejará en una incapacidad generalizada por manejar las experiencias emocionales, que actualizarán ulteriormente los sentimientos de fracaso, típicos de una subrutina agonística de sumisión. El contexto emotivo aquí explicado se deriva de un déficit de las “capacidades metacognitivas”. Al hablar de capacidades metacognitivas nos referimos a la descripción de Semerari, es decir, a la presencia de capacidades autorreflexivas, a la capacidad de comprensión de la mente del otro –o descentración- y a la capacidad de *mastery* o dominio (Semerari, 1999).

Por otra parte, las capacidades metacognitivas se incrementan en el seno de una relación terapéutica cálida y de colaboración, así que el trabajo para construirla se vuelve prioritario en pacientes que presentan a la vez un trastorno de la conducta alimentaria y una patología *borderline*.

En el marco de la relación terapéutica el paciente vuelve a activar esquemas interpersonales típicos de sus experiencias tempranas y los dirige hacia el terapeuta. La ritualización de los esquemas en un contexto cálido y de colaboración, que no

valide el potencial patógeno de los esquemas mismos, favorece la toma de conciencia y la distancia crítica (metacognición).

La experiencia misma de una relación de colaboración determina una experiencia emocional correctiva que favorezca la toma de conciencia y el desarrollo de capacidades autorreflexivas (metacognición).

Estas dos afirmaciones presentan unos puntos de coincidencia fundamentales: para curar hace falta un clima cálido y de colaboración que genere un incremento de conciencia, lo que se traduce en un aumento de las capacidades metacognitivas.

Así, un proceso que altere la constitución de un clima paritético y de colaboración, desde el principio o en cualquier fase de la terapia, imposibilita automáticamente la construcción o la progresión de las funciones metacognitivas del paciente, y probablemente también las del terapeuta, cuyas capacidades de decodificación se podrían alterar.

Las capacidades metacognitivas aumentan con la activación del sistema cooperativo y ciertamente aumentan en una condición de apego seguro, como descrito por Fonagy, Main y otros estudiosos de la Infant Research (Fonagy, 1995; Main, 1990). Estos autores sostienen que existe una relación directa y una influencia recíproca entre apego y metacognición a lo largo de la vida: la metacognición se desarrolla en una condición de apego seguro, el apego a su vez se beneficia por las capacidades metacognitivas de los padres, especialmente por su capacidad por pensar el niño como ser pensante. Se puede entonces afirmar que las capacidades metacognitivas se incrementan por la activación del sistema de apego en la medida en que esta activación es capaz de evocar una respuesta de cuidado válida y reconfortante.

Al contrario, los sistemas que no favorecen y hasta detienen las capacidades metacognitivas son, sin lugar a dudas, el sistema agonístico y, en cierta medida, el sistema sexual.

Podemos entonces suponer una conexión entre sistema agonístico y metacognición según la cual a la activación del sistema agonístico sigue una ineficiencia de las capacidades metacognitivas, como sucede a menudo en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, para los cuales el tema de la crítica, dominante en las relaciones interpersonales, genera un estado de activación defensiva que impide pensar el otro como alguien distinto de un antagonista que juzga.

Lo mismo podría ocurrirle al terapeuta, que bajo la presión agonística activada por el paciente detiene temporalmente sus capacidades metacognitivas, al menos hasta que las señales de malestar personal se hagan suficientemente fuertes como para activar una autorreflexión que conduzca a decodificar el estado de la relación y, consecuentemente, a intentos de comunicación sobre los estados emocionales y sobre la relación, a fin de aumentar la conciencia propia y del paciente acerca de estos temas.

El constante monitoreo del “estado motivacional” de la relación terapéutica podría ser un factor clave para no perder demasiado frecuentemente los efectos benéficos de las funciones metacognitivas de la pareja terapéutica. Por ejemplo, en una pareja terapéutica bien coordinada, las “bajadas” de sintonía y la activación de otros sistemas motivacionales se convierten fácilmente en señales percibidas por ambos y son dirigidas hacia la identificación de áreas problemáticas aún no resueltas.

## **ABANDONO Y DOBLE ENCUADRE EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

En el contexto cognitivo-evolutivo que hemos esbozado, el sistema motivacional agonístico facilita interacciones de enfrentamiento, desafío o puesta a prueba entre paciente y terapeuta. Se trata de lo que desde otros paradigmas se puede describir como lucha por el poder en la relación, conquistar una posición *up* en el sistema, controlar temas y tiempos de la terapia, operar con una transferencia especular narcisista, volver simétrica la relación... Estas descripciones suponen una dimensión conflictiva que no favorece la psicoterapia, y que, sin embargo, a menudo constituye el terreno principal, o al menos inicial, de encuentro y de cura. Es importante salir de ese terreno cuanto antes, controlando atentamente el curso motivacional de la relación terapéutica. El riesgo técnico de mantener por largo tiempo e inconscientemente una relación agonística se paga no sólo con la validación de esquemas interpersonales desadaptativos para el paciente, sino también con la reducción de las capacidades metacognitivas en el ámbito de esa relación específica, es decir, con una pérdida de eficacia de la terapia. Además, la persistencia de un clima agonístico en la sesión obstaculizará las posibilidades de negociación de la alianza terapéutica, entendida como expresión de empatía y como proceso continuado de definición de unos objetivos compartidos y cada vez más significativos (Safran y Muran, 2000). Tanto es así, que la posibilidad de renegociar metas cada vez más razonables y menos elusivas es una actividad importante en la terapia con pacientes de trastornos alimentarios y de trastornos de la personalidad, cuyas capacidades de autorreflexión y de metacognición están mayormente dañadas.

Aceptar la configuración agonística inicial de la relación contribuye a construir el objetivo cooperativo en psicoterapia, pasando por su identificación y negociación.

Mucho más frecuentemente, sin embargo, la activación de un Modelo Operativo Interno desorganizado en el contexto de la relación terapéutica y la transición consecutiva a otros sistemas como el agonístico o el sexual puede llevar a consecuencias dramáticas, incluso a la interrupción de la terapia.

Los pacientes con anorexia y/o bulimia grave, trastornos de la personalidad y síntomas disociativos evidentes, durante la construcción de una relación terapéutica

vuelven a activar hacia el terapeuta los modelos operativos internos que han caracterizado su historia de apego. Cuando el modelo que se reactiva es un modelo desorganizado, el paciente inicia un proceso de elaboración de las informaciones y de la relación igualmente desorganizado, con las dimensiones emocionales relativas, es decir, caóticas, intensas y contrastantes. Todo puede contribuir a un rápido abandono de la misma terapia con fines defensivos: alternancia rápida de emociones positivas y negativas hacia el terapeuta, exasperación de los síntomas, experiencias disociativas desestructurantes.

Las interrupciones de la terapia con pacientes graves con trastornos de la conducta alimentaria son frecuentes, y a menudo están motivadas por la imposibilidad del paciente para reflexionar sobre y verbalizar el estado emocional en que precipita con tanta rapidez.

En otras palabras, existe una correlación entre activación del sistema de apego desorganizado y frecuencia de abandono de la terapia, todo ello motivado por el incremento del estado de angustia del paciente y, a la vez, por la disminución de sus capacidades metacognitivas.

Linehan (1993) ha recientemente propuesto una posibilidad de prevención de los abandonos de la terapia con estos pacientes graves. La “terapia dialéctica conductual” de Linehan persigue el cambio terapéutico por medio de la construcción de un contexto altamente “validante” para el individuo, a través de una serie de estrategias dialécticas y de una fuerte alianza terapéutica. El encuadre prevé el uso de una co-terapia de grupo e individual con una supervisión constante de los terapeutas, que adhieren al mismo modelo de intervención, y por ello pueden mantener una comunicación eficaz entre sí.

Acerca de los trastornos de la conducta alimentaria el desarrollo paralelo de una terapia individual y de otra relación terapéutica con un compañero de la misma orientación, que se ocupa por ejemplo de los aspectos nutricionales, dietéticos, farmacológicos y psicoeducativos (diario de ingestas, etcétera) genera notables sinergias e incrementa más rápidamente las capacidades metacognitivas del paciente. La posibilidad de experimentar un diálogo cooperativo de varias voces donde la invitación a la autorreflexión sobre los síntomas y sobre el significado de las emociones interpersonales se lleva a cabo de forma continuada y unívoca contribuye a la integración más rápida de los elementos disociados de la vida psíquica del paciente y disminuye el riesgo de abandono de la terapia.

La autora aplica el modelo teórico-clínico cognitivo-evolutivo a los trastornos de la conducta alimentaria. Según esta perspectiva, los trastornos de la conducta alimentaria comórbidos con trastornos de la personalidad presentan una mayor prevalencia entre el modelo de apego D desorientado-desorganizado. La puesta en marcha del sistema apego en la relación terapéutica genera una reactivación del modelo desorganizado y da paso a la aparición del sistema agonístico como forma vicaria de la relación terapéutica, que se vuelve compleja, fragmentaria y, a menudo, se plantea de manera competitiva, dando lugar a acting outs e incluso a frecuentes abandonos de la terapia. La autora propone un modelo de intervención que tiene en cuenta estas dinámicas y sugiere la necesidad, en casos especialmente graves, de utilizar un doble encuadre terapéutico estructurado en función del paciente.

Palabras clave: evolucionismo, cognitivismo, trastornos alimentarios, agonismo, apego desorganizado, co-terapias.

Traducción: Maria Monini

**Nota Editorial:** El presente artículo apareció publicado en la Revista *Psicobiettivo*, 3, 13-29 (2201), con el título “Anorexia Bulimia: Una prospettiva cognitivo-evoluzionista” Agradecemos el permiso para su publicación.

### Referencias bibliográficas

- AINSWORTH, M., BLEHAR, M., WATERS, E. & WALL, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of Strange Situation*. Hillsdale (NY): Erlbaum.
- AMMANNITI, M. & STERN, D. (1992). *Attaccamento e psicoanalisi*. Bari: Laterza.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2000). *DSMIV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Masson.
- DAVIS, C., CLARIDGE, G. & CERULLO, D. (1997). Personality factors and weight preoccupation: a continuum approach to the association between eating disorders and personality disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 31 (4), 467-480.
- DÍAZ MARSÀ, M. & CARRASCO, J.L. (2000). A study of temperament and personality in anorexia and bulimia. *Journal of Personality Disorders*, 14 (4), 352-359.
- DI PIETRO, G. & SORGE, F. (2000). Disturbi del comportamento alimentare in Italia: revisione degli studi epidemiologici. *Minerva Psichiatrica*, 41 (3), 145-153.
- FAIRBURN, C.J. & COOPER, Z. (1993). The eating disorders examination (12<sup>th</sup> edition). En: Fairburn, C.G. & Wilson, G.T. (Eds.), *Binge eating: nature, assessment and treatment* (pp.3-14). Nueva York: The Guilford Press.
- IANNUCCI, C. & LA ROSA, C. (2001). Rapporti tra Sistema Motivazionale Agonistico e Relazione Terapeutica. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 4 (8), 8-42.
- LA ROSA, C. & IANNUCCI, C. (2000). *Il sistema motivazionale agonistico*. Roma: APC.
- LA ROSA, C. & LIOTTI, G. (1995). La diagnosi e la terapia dell'obesità sulla base dei sistemi motivazionali interpersonali. *Psicobiettivo*, 15 (1), 11-24.
- LINEHAN, M.M. (2001). *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*. Milán: Raffaello Cortina.
- LIOTTI, G. (1991). Patterns of attachment and the assessment of the interpersonal schemata. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 5 (2), 105-114.
- LIOTTI, G. (1994). *La dimensione interpersonale della coscienza*. Roma: la Nuova Italia.
- LIOTTI, G. (2001). *Le opere della coscienza. Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista*. Milán: Raffaello Cortina.

- LIOTTI, G. & INTRECCIALAGLI, B. (1992). I sistemi comportamentali interpersonali nella relazione terapeutica. En Sacco, G. & Isola, L. (Eds.). *La relazione terapeutica nelle terapie cognitive*. Roma: La Melusina.
- MATSUNAGA, H., KAYE, W.H., McCONAHA, C., PLOTNICOV, K., POLLICE, C. & RAO, R. (2000). Personality disorders among subjects recovered from eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 27 (3), 353-357.
- SAFRAN, J.D. & MURAN, J.C. (2000). *Negotiating the Therapeutic Alliance*. Nueva York: The Guilford Press.
- SAMPSON, S. (1993). Prefación en Weiss, J. *How psychotherapy works*. Nueva York: The Guilford Press. (Trad. italiana: *Come funziona la psicoterapia*. Turin, 1999, Bollati Boringhieri).
- SANSONE, R.A., WIEDERMAN, M.W. & MONTEITH, D. (2001). Obesity, brderline personality symptomatology and body image among women in a psychiatric outpatient setting. *International Journal of Eating Disorders*, 29 (1), 76-79.
- SEMERARI, A. (1996). La relazione terapeutica. En Bara, B. *Manuale di Psicoterapia Cognitiva*. Milán: Boringhieri.
- SEMERARI, A. (1999) (Ed.). *Psicoterapia cognitiva del paziente grave*. Milán: Raffaello Cortina.
- ROSENVIGE, J.H., MARTINUSSEN, M. & OSTENSEN, E. (2000). The comorbidity of esting disorders and personality disorders: a meta-analytic review of studies published between 1983 and 1998. *Eat Weight Disorders*, 5 (2), 52-61.
- SPITZER, R.L., DEVLIN, M.J., WALSH, B.T., HASING, D., WING, R., MARCUS, M.D., STUNKARD, A., YANOVSKY, S., WADDEN, T., AGRAS, S., MITCHELL, J. & NONAS, C. (1992). Binge eating disorders: a multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 191-203.
- WEISS, J. & SIMPSON, H. (1986) (Eds.). *The psychoanalytic process: theory, clinical observation and empirical research*. Nueva York: The Guilford Press.
- ZIMMERMAN, M. & MATTIA, J.I. (1999). Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. *Journal of Comprehensive Psychiatry*, 40 (4), 245-252.