

TERAPIA DIALÉCTICO CONDUCTUAL RADICALMENTE ABIERTA PARA LA ANOREXIA NERVIOSA

RADICALLY OPEN -DIALECTICAL BEHAVIOR THERAPY FOR ANOREXIA NERVOSA

Irene de la Vega Rodríguez

Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0066-1277>

Teresa Montalvo Calahorra

Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1645-9233>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

de la Vega Rodríguez, I. y Montalvo Calahorra, T. (2020). Terapia Dialéctico Conductual Radicalmente Abierta para la Anorexia Nerviosa. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 147-162. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.314>

Resumen

La Terapia Dialéctico Conductual Radicalmente Abierta (TDC RA) es una terapia transdiagnóstica desarrollada para abordar el exceso de control (over-control) presente en trastornos graves como la Anorexia Nerviosa. El exceso de control es un modo afrontamiento desadaptativo que emerge de factores temperamentales y factores sociales y que se asocia con aislamiento social, déficit relacional, hiperperfeccionismo, rigidez, evitación del riesgo e inhibición emocional. La TDC RA tiene como objetivos la apertura a la experiencia y al feedback negativo como oportunidad de aprendizaje, la flexibilidad para adaptarse a un entorno en permanente cambio, y el establecimiento de vínculos sociales. En el tratamiento se prioriza el placer, la relajación y la unión, tomando como diana principal los déficit en señalización social que perpetúan el aislamiento. El objetivo de este trabajo es presentar una visión general de los principios teóricos y las estrategias terapéuticas de la TDC RA, haciendo hincapié en su aplicación y utilidad en la Anorexia Nerviosa.

Palabras Clave: Anorexia Nerviosa, Apertura Radical, Exceso de Control, Terapia Dialéctico Conductual.

Abstract

Radically Open-Dialectical Behavioral Therapy (RO-DBT) is a transdiagnostic therapy designed to address the over-control which is present in serious disorders such as Anorexia Nervosa. Over-control is a maladaptive coping mode that emerges from temperamental and social factors and has been linked to social isolation, relational deficits, hyper-perfectionism, cognitive rigidity, risk aversion and emotional inhibition. RO-DBT aims for open-experience and negative feedback as a learning chance, for the flexibility to adapt to a constantly changing environment, and for the formation of close social bonds. In this treatment pleasure, relaxation and bonding are prioritized, being the main target social-signaling deficits that perpetuate isolation. The aim of this paper is to provide an overview of the core theoretical principles and therapeutic strategies of RO-DBT and the application and usefulness in Anorexia Nervosa.

Keywords: Anorexia Nervosa, Radical Openness, Over-Control, Dialectical Behavioral Therapy.



Introducción

La anorexia nerviosa (AN) es un trastorno mental grave de curso crónico, que afecta principalmente a mujeres y está asociado a una importante mortalidad. Existen pocos tratamientos psicológicos específicos para la AN, ninguno ha mostrado una clara superioridad y la calidad y cantidad de la investigación al respecto es escasa. (Hay, Claudino, Touyz y Abd Elbaky, 2015; Byrne et al., 2017; Hartmann, Weber, Herpertz, Zeeck y German Treatment Guideline Group for Anorexia Nervosa, 2011). Por otro lado, el porcentaje de pacientes que renuncian a seguir tratándose es alto, especialmente en aquellos abordajes que se centran en el síntoma principal: la ingesta. Así, los abandonos asociados al llamado “consejo dietético” son prácticamente el cien por cien (Dejong, Broadbent y Schmidt, 2012). Sabemos, por tanto, que es necesario un tratamiento psicológico para estas pacientes, y que debemos centrarnos en lo subyacente, probablemente transdiagnóstico, pero pese algunos acercamientos prometedores, los psicoterapeutas apenas tenemos herramientas útiles para la AN (Thibault et al., 2017). Esto es especialmente cierto en los casos severos: mujeres adultas con varios años de evolución y con historia de fracasos terapéuticos previos. En estos casos el margen de utilidad de los tratamientos psicológicos es muy limitado (Zeeck et al., 2018).

La terapia dialéctico conductual (TDC) (Linehan, 1993a, 1993b) es un tratamiento psicológico desarrollado específicamente para tratar los aspectos nucleares de Trastorno Límite de Personalidad (TLP). El TLP, que también se consideró en su día un trastorno crónico e inasequible a la psicoterapia, cuenta en la actualidad con una considerable variedad de tratamientos psicológicos empíricamente validados (Font-Domènech, 2019). La TDC tiene el mérito de ser la primera psicoterapia en verter a la comunidad científica datos de eficacia para el TLP, reduciendo los gestos suicidas y parasuicidas, y mejorando la regulación emocional. Además en la actualidad su uso se ha extendido otras patologías (De la Vega-Rodríguez y Sánchez-Quintero, 2013).

La Terapia Dialéctico Conductual Radicalmente Abierta (TDC RA, Radically Open Dialectical Behaviour Therapy en el original, Lynch, 2018a, 2018b) es una adaptación de la TDC para aquellos trastornos caracterizados por un exceso de control inhibitorio, frente al descontrol impulsivo y la desregulación emocional que es la principal diana terapéutica de la TDC estándar. Se concibe como una psicoterapia transdiagnóstica porque propone un factor común, el exceso de control (EC) (*overcontrol* en el original), que estaría presente en diversos trastornos psicopatológicos graves y de difícil remisión como la depresión crónica, el trastorno de personalidad obsesivo, el trastorno de personalidad por evitación, la AN, los trastornos del espectro autista o la ansiedad refractaria al tratamiento.

Según el autor (Lynch, 2018a) el EC se caracteriza por cuatro déficit principales:

- 1. Poca apertura y receptividad a la novedad:** menor tolerancia al feedback novedoso, inesperado o desconcertante, evitación de la incertidumbre y el riesgo, suspicacia, vigilancia extrema de posibles amenazas, y tendencia a

desestimar la retroalimentación crítica.

2. **Escasa flexibilidad:** necesidades compulsivas de estructura, planificación y cumplimiento de las obligaciones, perfeccionismo, compulsiones de orden y repetición, normas de conducta rigurosas y rigidez moral.
3. **Inhibición y pobre conciencia emocional:** supresión no adecuada al contexto de la expresión emocional, expresiones emocionales poco auténticas o incongruentes, déficit de comunicación del malestar y poca conciencia de las sensaciones corporales.
4. **Déficit de intimidad y relaciones:** aislamiento, sensación de ser diferente a los demás, frecuentes comparaciones, envidia, rencor y poca empatía.

La AN restrictiva es el subtipo de trastorno de la conducta alimentaria (TCA) más relacionado con el control en su extremo desadaptativo, con su característico estilo obsesivo, controlador, evitativo, rígido, perfeccionista y su tendencia al aislamiento. La teoría de la AN como un trastorno por EC encaja con las teorías del déficit de coherencia central (Hamatani et al., 2018), con aquellas que relacionan AN y autismo (Westwood y Tchanturia, 2017), con los estudios sobre la expresión emocional (Geller, Cockell, Hewitt, Goldner y Flett, 2000), y con trabajos sobre personalidad y TCA (Cassin y Vonranson, 2005), entre otros hallazgos bien establecidos. Las personas con AN pueden manifestar varios o todos los aspectos patológicos relacionados con este control desadaptativo. La restricción alimentaria sería, de hecho, una forma de afrontamiento relacionada con este estilo, consecuencia a su vez del EC. El control restrictivo de la ingesta sirve a las pacientes para disminuir la culpa y aumentar la sensación de logro (Haynos et al., 2017).

La TDC RA toma como objetivo terapéutico disminuir el EC de la AN y el aislamiento emocional consecuente, y trata de cambiarlo incidiendo en la señalización social y la activación del sistema neurobiológico de seguridad interpersonal. El modelo neurobiosocial en el que se apoya, la filosofía, el estilo terapéutico, y las dianas del tratamiento son los aspectos novedosos y diferenciales.

Fundamentos de la TDC RA

Principios y filosofía

La TDC RA tiene influencias múltiples y una aspiración integradora. Se apoya en aspectos teóricos de psicología básica sobre las emociones, la personalidad y la evolución, así como en la neurociencia y en la filosofía dialéctica. En cuanto a técnicas, combina elementos de mindfulness, terapia Gestalt, TDC, terapia cognitivo conductual, y espiritualidad sufista Malamati (Lynch, 2018a).

La TDC RA entiende que las diferencias fenotípicas y genotípicas entre grupos de trastornos requieren de abordajes específicos, por lo que centra sus esfuerzos en el aislamiento emocional (*emotional loneliness*) de los pacientes con EC, que

no se benefician de las estrategias de tolerancia y autocontrol de la TDC estándar. En la TCD RA el foco de la intervención no es la experiencia interna del paciente, sino cómo esta experiencia se comunica, y este es un aspecto diferencial de esta psicoterapia. Se entiende que el aislamiento y la soledad son consecuencia del déficit en la emisión de señales sociales genuinas, por lo que la TDC RA incide en ello por medio de estrategias conductuales y dialécticas que pondrán énfasis en la apertura, la flexibilidad, la señalización social, la micro mímica y la modificación de arousal neuropsicológico.

El principio filosófico fundamental del tratamiento es la **apertura radical**, que además constituye la habilidad principal que se desarrolla durante una terapia exitosa. La apertura radical supone la confluencia de tres factores que se postulan necesarios para el bienestar psicológico: apertura (receptividad), flexibilidad y vinculación social. Como forma de pensamiento, supone la voluntad de renunciar a ideas preconcebidas sobre cómo debe ser el mundo, para adaptarse a un entorno cambiante. En el extremo, supone buscar lo que se está evitando, para aprender de ello. Mas que aceptar la realidad, como en la TDC estándar, aquí se trata (y este es el aspecto sufista) de buscar el fallo en uno mismo y cuestionar nuestros deseos de poder, reconocimiento o grandiosidad (Lynch, Hempel y Dunkley, 2015). La TDC RA asume que no vemos las cosas tal como son, sino como somos, desafiando nuestra percepción de la realidad, e invitando al paciente a aprender de la novedad, el desafío y el feedback desconfirmatorio.

Por ello, el **autocuestionamiento** (self-enquiry) es la herramienta principal. Implica la voluntad de desafiar nuestras creencias nucleares y cultivar la duda saludable para aprender y orientarse a valores. En resumen, cuestionarse, más que defenderse, afrontar en lugar de evitar. Es especialmente útil en los momentos de malestar, en los que se instruye al paciente a preguntarse “¿*Qué puedo aprender de esto?*” en lugar de asumir la postura personal como correcta o tratar de regular la emoción evitando. Esto no implica rumiar, porque el objetivo no es tanto encontrar una respuesta o la solución, o reducir el malestar, sino, en palabras del autor, “encontrar una buena pregunta”. Por último, se invita a revelar los descubrimientos a alguien, y así se enlaza con otro aspecto filosófico fundamental de la TDC RA: **la creencia en nuestra naturaleza tribal**. El terapeuta se concibe como un embajador, que ayuda a los pacientes a (re)unirse con la tribu. Solo por medio de la conexión social podemos sentirnos a salvo y sobrevivir. El objetivo final del tratamiento es: *construir una vida que merezca la pena compartir* (Lynch, 2018a, 2018b).

Teoría neurobiosocial del exceso de control

La TDC RA presenta un modelo de vulnerabilidad-estrés para explicar el desarrollo y mantenimiento del EC, y su impacto en las relaciones sociales, que se apoya en parte en los hallazgos de la teoría polivagal (Porges, 2009; Porges, 1995). Los interesados pueden leer una descripción somera en el artículo original (Lynch et al., 2015) y profundizar en las bases en el texto de referencia (Lynch, 2018a).

Se resumen a continuación los aspectos principales.

La etiopatogenia propuesta para el EC se basa en tres factores interrelacionados:

- a. Predisposición genética y biotemperamental (el componente “herencia”).
- b. Las influencias ambientales y familiares (el componente “crianza”).
- c. La tendencia al autocontrol (el componente “enfrentamiento”).

Las predisposiciones biotemperamentales se manifiestan como una mayor sensibilidad a la amenaza, mayor insensibilidad a la recompensa, alta capacidad de control inhibitorio y procesamiento atencional centrado en los detalles. Diferencias temperamentales respecto al autocontrol y la inhibición se observan en niños desde la primera infancia (Kochanska, Murray y Harlan, 2000). Estas predisposiciones se insertan en un ambiente familiar, social y cultural que promueve valores de perfeccionismo e invulnerabilidad. Como resultado, tenemos un individuo con un estilo de afrontamiento excesivamente autocontrolador, tendente a enmascarar las expresiones emocionales, a evitar los riesgos y a mantener las distancias, lo que limita la oportunidad de establecer nuevos aprendizajes y de vincularse de forma íntima y significativa (Lynch et al., 2015).

Un aspecto central de la teoría es que estos individuos, de forma no intencional, se sienten y comportan de tal forma que promueven su aislamiento social. La alta sensibilidad a la amenaza dificulta la activación del sistema de seguridad interpersonal. Cuando una persona no se siente a salvo, el sistema nervioso autónomo se activa en modo de arousal defensivo (sistema de lucha/huida). Las expresiones emocionales se paralizan y perdemos la capacidad de adaptarnos flexiblemente a las interacciones con otros (Porges, 2003). Las personas con EC muestran a menudo este arousal defensivo: expresiones “congeladas”, planas (“flat face”) o bien gestos prosociales estereotipados y no sinceros (por ejemplo, sonrisa permanente, poco auténtica o inadecuada). Su modo de interacción es el control y la evitación del riesgo. Desafortunadamente, muchas veces generan rechazo social debido a que los demás los perciben como poco sinceros, constreñidos, y restringidos. La inexpresividad facial dificulta los procesos sociales de cooperación y confianza (Boone y Buck, 2003). En consecuencia, las personas con EC sienten y sufren aislamiento creciente.

La teoría que sustenta la TDC RA da mucha importancia a los vínculos sociales y a sus déficits. Las emociones sirven, según el autor (Lynch, 2018a) no sólo para motivar acciones y comunicarse con otros, sino para facilitar la formación de relaciones sociales necesarias para la supervivencia de la especie. Esta vinculación social se consigue a través de la capacidad humana, evolutivamente conservada, de usar el feedback propioceptivo y la micro mímica facial referente a estados emocionales para favorecer la conexión social. Las micro expresiones faciales comunican y facilitan la sensibilidad necesaria para relacionarnos de forma eficaz (Schneider, Hempel y Lynch, 2013). Las personas con EC tendrían importantes déficits de lo que los autores denominan “*señalización social*”, mostrando una inhibición emocional extrema, o bien expresiones emocionales incongruentes, y dificultades

para comunicar apertura, cooperación, calidez y vulnerabilidad. Además, evitan el feedback desagradable y toda posible retroalimentación social correctiva, cerrando así la comunicación de forma bidireccional.

Teoría neurobiosocial de la AN

Se hipotetiza que el EC presente en pacientes con AN se debería, por tanto, a una alta sensibilidad al castigo, de origen neurobiológico, que hace que estas pacientes movilicen con mucha dificultad su sensación de seguridad interpersonal. Sentirse a salvo activa parte del sistema nervioso parasimpático, algo que se experimenta como satisfacción, cordialidad y compromiso social. El sistema vagal ventral modula así el tono de voz, la expresión facial, y el contacto ocular. Cuando nos sentimos a salvo, experimentamos el deseo de unirnos, afiliarnos, cooperar (Porges, 2009). Pero estas pacientes tienen muchas dificultades para sentirse de esa forma, se sienten rechazadas, solas, aisladas, que “no encajan”, con un miedo intenso al castigo. Activan su sistema de lucha y huida con facilidad y tienen a enmascarar las emociones como una respuesta al de afrontamiento sobreaprendida (Lynch et al., 2013).

La restricción alimentaria y los rituales de alimentación se conciben como una forma de control inhibitorio desadaptativo más, que ha sido reforzado de forma intermitente. Tras un periodo de intensa restricción, el sistema metabólico se agota, lo que es considerado como amenazante por el sistema de neuroregulación corporal. En respuesta a esto, el sistema nervioso parasimpático se activa, y el complejo dorsovagal inhibe el agotamiento. El resultado es una disminución de la sensibilidad al dolor y el embotamiento afectivo. Así, los ayunos y la restricción se ven reforzados porque reducen el arousal defensivo, es decir, la activación ansiosa, por medio de la enervación del sistema dorsovagal. La expresión facial plana que frecuentemente se observa en la AN refleja, por tanto, una respuesta condicionada al ayuno prolongado. Esto interfiere de forma notable en la señalización social e incrementa el aislamiento, contribuyendo a cronificar el problema (Lynch, 2018a; Lynch et al., 2013).

Tratamiento

La terapia se concibe como un tratamiento ambulatorio intensivo de unas 30 semanas de duración que incluye terapias semanales individuales y grupales. Como la TDC estándar, la TDC RA se estructura en un entrenamiento en habilidades semanal, psicoterapia individual semanal, consulta telefónica y supervisión para los profesionales. Se describen a continuación breves pinceladas sobre la terapia individual y el entrenamiento en habilidades, que se consideran los ejes principales de la intervención. El tratamiento detallado puede consultarse en los manuales de referencia (Lynch, 2018a, 2018b).

Terapia individual: fase de orientación y compromiso

La primera fase del tratamiento consiste en cuatro sesiones individuales centradas en la psicoeducación y el establecimiento de la alianza. En ellas, se reformula el problema del paciente como un problema de EC. El terapeuta explica la teoría neurobiosocial del EC, y el principal mecanismo de cambio: la apertura expresiva, el aumento de confianza y la conexión social. El terapeuta trata en esta fase de obtener el compromiso del paciente de comunicar en persona los deseos de abandonar el tratamiento, algo que se hipotetiza que sucederá en algún momento a lo largo de la terapia. Estos deseos de abandono son una ruptura terapéutica que se trabaja como una forma más de mejorar la expresión y la conexión social del paciente. El tratamiento se individualiza identificando los valores del paciente, y sus objetivos, y fomentando la toma de conciencia de cómo sus conductas desadaptativas de control le impiden vivir una vida satisfactoria.

En el caso de la AN, es especialmente relevante encontrar valores y objetivos que no tengan que ver con la comida, el peso, el cuerpo, el aspecto o la salud. Los terapeutas redirigen amable e indirectamente la búsqueda de objetivos y valores, sin confrontar de forma directa, solo “plantando semillas”, cultivando la idea de que la persona es mucho más que un trastorno de alimentación. Algunos valores no relacionados con los que se puede trabajar son: formar una familia, obtener un empleo satisfactorio, ser más autoconsciente, establecer una relación amorosa, mejorar en los estudios o tener más amigos (Lynch et al., 2013).

Terapia individual: objetivos, intervención y rupturas de la alianza

Las dianas de la terapia individual se organizan jerárquicamente en tres categorías generales:

1. Conductas que amenazan a vida de forma severa e inminente.
2. Rupturas de la alianza.
3. Señalización social no adaptativa, relacionada con patrones comunes de EC.

La **señalización social** se refiere a “cualquier acción, independientemente de la forma, intención, o conciencia, que ocurre en presencia de otras personas” (Lynch, 2018a, p. 234). Desde esta perspectiva, un bostezo o un sobresalto se consideran y trabajan como señales sociales. Así, en lugar de centrarse en variables intrapsíquicas (como por ejemplo la metacognición) la TDC RA incide en *lo que la persona comunica*. El tratamiento se basa en el análisis, modificación y moldeamiento de estas señales sociales para mejorar la vinculación, y paliar el sentimiento de soledad y el aislamiento. Siendo las señales sociales tan amplias (a veces incluso micro mímicas) el terapeuta elegirá para trabajar aquellas que más obstaculicen las relaciones sociales del paciente, las que impidan vivir acorde a sus valores, y las que el paciente considere relevantes.

Para trabajar con las señales sociales, el terapeuta las identifica, describe y muestra (modela) devolviéndoselo a paciente de forma marcada, en una suerte de

role playing. Se lleva a cabo un análisis funcional (“*chain analysis*”) para entender la función y facilitar el cambio. Además, para identificar y focalizarse en las señales sociales relevantes, y otras conductas objetivo, estas se agrupan en cinco amplios temas que el terapeuta va presentando paulatinamente a medida que avanza el tratamiento. Estos temas actúan como marco para facilitar la selección de dianas terapéuticas relevantes. Los temas y algunos ejemplos de conductas diana pueden consultarse en la Tabla 1.

Tabla 1. *Temas relacionados con el EC y señales sociales asociadas.*

Tema	Ejemplos de señales sociales asociadas
Inhibición de la expresión emocional.	<i>Decir “estoy bien” para encubrir un malestar, sonreír cuando se está enfadado.</i>
Conducta excesivamente precavida e hipervigilante.	<i>Planificar compulsivamente cada evento, ensayar obsesivamente que decir.</i>
Reglas rígidas de comportamiento.	<i>Disculparse en exceso siguiendo la norma “hay que ser siempre educado”. Decir a los demás como hacer las cosas siguiendo a regla “hay que ser perfecto”.</i>
Aislamiento y relaciones distantes.	<i>No revelar información personal ni debilidad a otros, abandonar relaciones cuando hay conflicto.</i>
Envidia y amargura.	<i>Criticar a otros, compararse frecuentemente.</i>

El paciente y el terapeuta trabajan para identificar cómo un tema particular afecta a un paciente, cómo se relaciona con sus valores, que tipo de señalización social se asocia, y los pensamientos y emociones generados. Para cada tema, se ofrecen estrategias concretas en forma de habilidades que se basan en el moldeamiento, la psicoeducación, la exposición, lo experiencial, y el mindfulness. Estas habilidades individuales complementan aquellas trabajadas en el grupo de entrenamiento en habilidades. El terapeuta instruye sobre qué habilidades se pueden poner en marcha con una diana relevante para cada paciente particular.

El paciente debe reflejar la presencia, intensidad y frecuencia de las conductas que se estén trabajando en unas **hojas de registro diario**, que se revisaran al inicio de cada sesión de psicoterapia individual. Las hojas de registro diario se consideran fundamentales. En ellas también se da cuenta del uso de estrategias y el resultado de las mismas, como una forma de monitorizar el avance.

Idealmente, la señalización social ocupará la mayor parte del tiempo de la sesión, si no se detectan o aparecen ideas de suicidio inminente, autolesión grave o rupturas de la alianza. Las conductas que ponen en riesgo la vida del paciente pasan a ser prioritarias en la agenda solo cuando son inminentes y severas.

Las **rupturas de la alianza** se consideran prioritarias: una oportunidad para practicar y aprender cómo los conflictos pueden mejorar la intimidad. Las rupturas de alianza en TDC RA se dan cuando el paciente se siente incomprendido o cuando siente que el tratamiento no es relevante para su problema. El paciente rara

vez comunicará este tipo de experiencia interna de forma directa, pero se infiere de algunos comportamientos tales como:

1. **Señales indirectas de desacuerdo:** ser poco específico (“supongo... podría ser”), negar el malestar (“estoy bien”), capitular de forma no sincera (“si tú crees...”) o corregir repetidamente al terapeuta (“no es así, estás equivocado”).
2. **Respuestas defensivas “pushback”:** contestar con otra pregunta (“¿por qué me preguntas eso?”), emitir comentarios sarcásticos (“claro que es mi culpa”) o atacar (“quizás tú deberías usar estas habilidades”).
3. **Respuestas de evitación del daño “dont hurt me”:** utilizar emociones dolorosas para evitar la responsabilidad (“es demasiado doloroso”) o echar la culpa fuera (“no es justo, si hago lo que dices me voy a hundir”).
4. **Respuestas enigmáticas:** Respuestas vagas (“no sé... depende...”), desacuerdo indirecto (“lo voy a intentar, pero...”) u orgullo secreto (“yo no soy como los demás”).

Existe un *protocolo terapéutico* diseñado para cuando se detectan rupturas en la alianza. El terapeuta deja de lado la agenda y el tema que se esté trabajando. Tras esto, para y aparta brevemente la mirada para dejar un espacio al paciente. Después, emite señales de cooperación, por ejemplo, por medio de una sonrisa cerrada acompañada de una inclinación hacia delante. Mostrando y señalando afecto, el terapeuta verbaliza la ruptura con una fórmula tipo: “*He notado que ha pasado algo*”. La conversación se pausa, el ritmo se aminora, y se permite al paciente responder. Se refuerza cualquier revelación de confianza, y se vuelve a la agenda cuando se comprueba que el paciente ha reenganchado, tratando de evitar largas conversaciones al respecto. Las rupturas se consideran una parte necesaria del proceso, buenos indicadores de la intimidad de la relación, se hacen explícitas y se continúa avanzando hacia los objetivos. Esta forma de afrontar los desacuerdos supone una potente fuente de aprendizaje y modelado.

La TDC RA prescinde de abordar de forma directa los síntomas alimentarios y la ganancia de peso. El infrapeso severo, las purgas y los ayunos, se entienden como parte del afrontamiento disfuncional propio del EC. Solo cuando el clínico detecta que el riesgo vital es apremiante se consideran tales síntomas como amenazas para la vida, y se priorizan en la agenda. Es más: los terapeutas deberían evitar en lo posible expresiones de inquietud acerca del riesgo médico del bajo peso o de las conductas restrictivas. Este tipo de comunicación de preocupación puede reforzar la conducta disfuncional de forma soterrada, otorgando al paciente un estatus especial que le excusa de las expectativas habituales y las responsabilidades (Lynch, et al., 2015). Los síntomas TCA ocupan muy poco tiempo en una sesión de terapia estándar, como mucho los últimos veinte minutos. Se transmite la idea dialéctica de que, aunque se esperan modificaciones del peso y la ingesta para la mejoría, estas no son el fin del tratamiento.

Entrenamiento en habilidades

El entrenamiento en habilidades se lleva en grupos de siete a nueve participantes, por medio de 30 sesiones semanales de dos horas y media de duración, aproximadamente (ver tabla 2). En ellas se explican y entrenan 20 nuevas habilidades, que se identifican con acrónimos para facilitar el aprendizaje. Dos terapeutas conducen las sesiones (Lynch, 2018b). El objetivo principal es transmitir nuevo conocimiento y motivar el auto descubrimiento. La metodología es la explicación, la experimentación experiencial, el uso de fichas y registros y las tareas para casa.

Una sesión estándar de entrenamiento en habilidades comienza puntualmente, con un breve ejercicio de mindfulness de menos de diez minutos, a ser posible relacionado con el tema a tratar. Durante los siguientes cuarenta minutos se revisan las tareas para casa. Tras una pausa, se ensayan las nuevas habilidades y se asignan los deberes para la semana. El terapeuta utiliza historias, ejemplos, material gráfico y metáforas para facilitar la exposición. Las sesiones grupales, al igual que las individuales, son altamente estructuradas. Esto pone a los terapeutas ante el desafío dialéctico de “modelar espontaneidad en sesiones de alta estructura y orden”.

La TDC RA implica los mismos grupos de habilidades que la TDC estándar, con diferentes objetivos y estrategias, y añade un componente más referido a las habilidades de apertura radical, específico de este tratamiento. A continuación, pueden consultarse los objetivos de cada grupo de habilidades tal como se detalla en los manuales de referencia (Lynch, 2018a, 2018b) y en Lynch et al. (2013).

En las **habilidades de apertura radical** el objetivo sintomático es la baja apertura, la evitación del riesgo y el feedback, la suspicacia, la poca empatía y validación y la deficiente capacidad de perdonar y mostrar compasión. Se psicoeduca sobre la apertura radical y se practica la toma de conciencia de estímulos desagradables, contrarios a nuestras creencias o inesperados. Se enseña a utilizar el autocuestionamiento en lugar de la evitación y a responder flexiblemente.

Las **habilidades de mindfulness** se dirigen a la adhesión rígida a normas, al imperativo de la corrección y a las compulsiones. Se practica el reconocimiento de los deseos sin juicio, la conciencia de las necesidades imperiosas de orden y control, y la observación de las mismas sin quedar atrapados. En las habilidades de mindfulness también se toma conciencia de los estados mentales para desarrollar la “mente flexible”. En AN, estas habilidades se pueden aplicar a la observación de las sensaciones rechazo a la comida sin pasar a la acción. Este es el único aspecto del entrenamiento en habilidades que se centra específicamente en la ingesta (Hempel, Vanderbleek y Lynch, 2018).

Las **habilidades de regulación emocional** se dirigen a la tendencia a enmascarar las emociones, y a la envidia y amargura provocada por las comparaciones sociales. Se enseña a identificar estas emociones, revelarlas y poner en marcha la acción opuesta para reducir la intensidad de las emociones desagradables a largo plazo.

Las **habilidades de tolerancia al malestar** apuntan al déficit de autocuidado y a las necesidades de estructura y orden. Las crisis de impulsividad potencialmente

dañinas son poco frecuentes en pacientes con EC, por lo que estas habilidades se reducen a breves habilidades para autocalmarse y técnicas de aceptación radical.

Las **habilidades de efectividad interpersonal** tienen como objetivo el aislamiento y el miedo a mostrar vulnerabilidad. Se instruye a identificar los deseos y objetivos, comunicarlos de forma adecuada, practicar la amabilidad, la empatía, la validación y la asertividad. Se pone un énfasis especial en la comunicación no verbal y en las respuestas de evitación social más comunes (“*dont hurt me*” y “*push back*”).

El entrenamiento en habilidades de la TDC RA está diseñado de tal forma que pueda adaptarse a un grupo abierto, es decir, los pacientes se pueden incorporar en cualquier momento del tratamiento, con lo que aumenta a flexibilidad del programa y las posibilidades de implantación en un contexto clínico.

Tabla 2. Sesiones del entrenamiento en habilidades TDC RA.

Sesión	Título de la sesión
1	Apertura Radical.
2	Entender las emociones.
3	Activar la seguridad interpersonal.
4	Mejorar la apertura y la conexión social por medio de amabilidad.
5	Comprometerse con comportamientos novedosos.
6	¿Cómo nos ayudan las emociones?
7	Entender el exceso de control.
8	Problemas con la tribu: entender el rechazo y las emociones sociales.
9	¡La señalización social importa!
10	Usar la señalización social para vivir acorde a valores.
11	Entrenamiento en Mindfulness: Estados de la mente.
12	Entrenamiento en Mindfulness parte 2: Habilidades “QUE”.
13	Entrenamiento en Mindfulness parte 3: La habilidad “CÓMO” principal: el autocuestionamiento.
14	Entrenamiento en Mindfulness parte 2: Habilidades “CÓMO”.
15	Integridad interpersonal: Expresar lo que queremos decir.
16	Integridad interpersonal, parte 2: La mente flexible revela.
17	Efectividad interpersonal: Amabilidad ante todo.
18	Siendo asertivo con una mente abierta.
19	Usar la validación para señalar inclusión social.
20	Mejorar la Conexión social, parte 1.
21	Mejorar la Conexión social, parte 2.
22	Aprender del feedback crítico.
23- 26	Repetición del entrenamiento en Mindfulness.

Sesión	Título de la sesión
27	Envidia y resentimiento.
28	Cinismo, amargura y resignación.
29	Aprender a perdonar.
30	Semana de integración.

Estilo Terapéutico

El terapeuta adquirirá un estilo que pueda modelar el comportamiento disfuncional de los pacientes, que tienden a la seriedad, la constricción, y a tomarse “la vida muy en serio”. Frente a esto, el terapeuta se mostrará bromista, cercano, relajado y flexible y “hará un poco el tonto” (Lynch, 2018a). El objetivo de este estilo es activar el sistema de seguridad interpersonal de los pacientes. Es el tipo de comunicación, informal y juguetona, que se adopta con los niños, con el objetivo inconsciente de que se sientan seguros y aprendan. Asimismo, se modelan la humildad, la amabilidad y el entusiasmo que se espera ver en ellos.

Los terapeutas también están muy atentos a cómo comunican, a sus propias señales sociales. Se potencian durante la terapia señales como el *levantamiento de cejas* para comunicar aceptación y apertura, y *sonrisas cooperativas*, con la boca cerrada y la expresión relajada, señal de conexión. La postura, el tono de voz y el contacto visual debe ser tranquilo, pero acompañado de una gesticulación suficientemente marcada. Las posturas de sumisión y no dominancia se utilizarán para hacer bromas o confrontaciones, especialmente al final del tratamiento.

En la TDC RA las estrategias conductuales (reforzamiento, moldeamiento, modelado, extinción...) se combinan con estrategias dialécticas, que suponen el equilibrio entre opuestos, la presencia simultánea de dos puntos de vista aparentemente enfrentados. El pensamiento dialéctico es útil en estos pacientes que tienden a la rigidez. La estrategia dialéctica principal es “*la irreverencia juguetona versus la seriedad compasiva*” y tiene que ver precisamente con el estilo. El terapeuta tendrá que acoger a sus pacientes, señalizando seriedad y compasión, pero también desafiarlos, con bromas y burlas cariñosas. El terapeuta hablará con su paciente sobre sus propias señales, estilo y comunicación, favoreciendo el autocuestionamiento con fórmulas tales como “¿*Por qué crees que he dicho eso?*”. Este tipo de comunicaciones y señales aumentan la intimidad y sirven al paciente para aprender formas de estar conectado y sentirse seguro en las relaciones. Un análisis detallado de las estrategias conductuales y dialécticas puede encontrarse en el texto de referencia (Lynch, 2018a). Los aspectos conductuales y dialécticos, además de formar parte del estilo, constituyen también pilares filosóficos del tratamiento, junto con la apertura radical y el autocuestionamiento. El terapeuta tendrá que implicarse y comprometerse a practicar él mismo aquello que instruye. No se puede aprender la apertura radical desde una posición meramente intelectual.

Estudios de Eficacia

La TDC RA cuenta con manuales detallados lo que está permitiendo la realización de estudios de eficacia en diversas poblaciones, sin embargo, la investigación en AN aún es escasa, con solo dos estudios al respecto publicados hasta la fecha.

El primero (Lynch et al., 2013) es un diseño pre-post en el contexto de hospitalización. Se aplicó TDC RA a 47 mujeres adultas (29 años de media) con AN Restrictiva y un índice de masa corporal (IMC) medio al ingreso de 14.43. La duración media del tratamiento fue de 21.7 semanas. Trece pacientes no finalizan el estudio. En los resultados, calculados por intención de tratar, se observa un aumento significativo en el IMC (media al alta 18.26) ($p < 0.001$). Se observa además mejoría en las puntuaciones globales del EDE-Q (*Eating Disorder Examination-Questionnaire*, Fairburn y Beglin, 1994) ($p < 0.001$), el EDQoL (*Eating Disorder Quality of Life*, Engel et al., 2006) ($p = 0.004$), y el cuestionario CORE (*Clinical Outcome in Routine Evaluation*, Evans et al., 2002) ($p < 0.001$) si bien no todas las subescalas de dichos cuestionarios resultan en cambios significativos. Aunque los resultados son prometedores, entre las limitaciones destacan la falta de grupo control y de seguimiento al alta.

El segundo (Chen et al., 2015) es una serie de casos, con un diseño pre- post y seguimiento a los seis y doce meses. En un contexto ambulatorio, los autores añaden a la TDC individual, un módulo de entrenamiento en habilidades de Apertura Radical de ocho semanas de duración. Las participantes son nueve mujeres adultas, con diagnóstico de AN e IMC medio de 18.67, que obtienen mejorías significativas en todos los índices estudiados. Los autores aportan los resultados en cuanto a tamaño del efecto, encontrando, en la entrevista LIFE (*Longitudinal Interview Follow-up Evaluation-Psychiatric Status Rating*, Keller et al., 1987): d post = 0.89; d 6 meses = 0.82; d 12 meses = 0.84, en el IMC d post = -1.12; d 6 meses = -0.87; d 12 meses = -1.21, en el GAF (*Global Assessment of Functioning*, 5.ª Ed.; DSM- V; American Psychiatric Association [APA], 2013): d post = -0.69; d 6 meses = -0.77; d 12 meses = -0.77 y en el EDE (*Eating Disorder Examination*, Fairburn y Cooper, 1993): d post = 0.53; d 6 meses = 0.49; d 12 meses = 0.39. En las medidas ad hoc, además, las pacientes puntuaron la terapia como adecuada y recomendable. Este estudio tiene la limitación de la escasa muestra y la carencia de grupo control, pero apunta la posibilidad de que algún componente de la TDC RA pueda ser eficaz por separado y en combinación con otros abordajes.

Conclusiones y discusión

Como la TDC, la TDC RA puede considerarse una terapia de tercera generación, en la línea de la de la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, Strosahl y Wilson, 2016) y la Terapia Focalizada en la Compasión (Gilbert, 2010), con las que comparte aspectos, y que tiene algunos elementos diferenciales y característicos entre los que destacan el énfasis en la apertura y en la señalización social.

Si bien se trata de un acercamiento novedoso, la TDC RA, y por tanto este

trabajo, tiene algunas limitaciones que cabe señalar. En primer lugar, merece más estudio el factor EC como elemento subyacente de tipo transdiagnóstico. En este sentido, no se han realizado estudios en autismo, trastorno de personalidad evitativo u otras patologías en las que se supone presente. También la señalización social como agente de cambio psicoterapéutico necesita más desarrollo experimental. La investigación en AN es escasa, no se han realizado ensayos controlados aleatorizados y las publicaciones al respecto corresponden al grupo promotor. La TDC RA aún está, por tanto, en el campo de las ideas, es un desarrollo teórico, una hipótesis clínica. Asumiendo que la TDC RA no deja de ser una propuesta, y tendrá que hacerse su sitio entre la multitud de opciones psicoterapéuticas, son varios los motivos por los que, consideramos, puede ser una propuesta prometedora, especialmente para trabajar con mujeres adultas, con AN restrictiva grave, para las que contamos con tan pocos recursos.

En primer lugar, sitúa el foco en la señalización social dejando de lado los síntomas alimentarios y la ganancia de peso. Esto puede ser bien recibido por los pacientes con AN crónica, que tienen una larga historia de fracasos y muestran escasísima motivación al cambio de su conducta alimentaria, así como un disminuido sentido de autoeficacia.

Por otro lado, dedica mucho tiempo a la psicoeducación, tanto en individual, como en grupo, y esto dota al paciente y al terapeuta de un amplio, complejo y funcional lenguaje común, reforzado además por el uso de acrónimos, como una suerte de código secreto. Así se favorece la alianza, que emerge de un paciente y un terapeuta que conceptualizan igual los problemas y hablan de ellos de una forma similar. Además, el terapeuta constantemente muestra (señaliza) cooperación y no dominancia, confrontando suavemente por medio del humor, ayudando a crear una relación significativa y de confianza, que sea modelo de otras y favoreciendo la adherencia, siempre complicada con esta población grave. Por último, se trabaja con registros, fichas, tareas, deberes y objetivos, lo que encaja con el estilo habitual, orientado a la acción y al logro, de las pacientes con AN.

Aunque se trata de un tratamiento intensivo y complejo, que exige formación (y casi inmersión) por parte de los terapeutas, parece lo bastante flexible como para poder ser adaptado con éxito para su aplicación en la sanidad pública española (dónde se tratan posiblemente los casos más graves de AN) en contextos hospitalarios y en ambulatorios. Quizás, igual que en la TDC estándar (Soler, Elices y Carmona, 2016), los componentes de la TDC RA sean eficaces por separado, o en conjunción con otros abordajes, lo que permitiría coser un traje a medida a la complejidad sintomática de cada TCA. Futuros estudios de eficacia tendrán que probar estas intuiciones.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013). *The diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Boone, R. T. y Buck, R. (2003). Emotional Expressivity and Trustworthiness: The Role of Nonverbal Behavior in the Evolution of Cooperation. *Journal of Nonverbal Behavior*, 27(3), 163-182. <https://doi.org/10.1023/A:1025341931128>
- Byrne, S., Wade, T., Hay, P., Touyz, S., Fairburn, C. G., Treasure, J., ... Crosby, R. D. (2017). A randomised controlled trial of three psychological treatments for anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 47(16), 2823-2833. <https://doi.org/10.1017/S0033291717001349>
- Cassin, S. y Vonnerson, K. (2005). Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review*, 25(7), 895-916. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.04.012>
- Chen, E. Y., Segal, K., Weissman, J., Zeffiro, T. A., Gallop, R., Linehan, M. M., ... Lynch, T. R. (2015). Adapting dialectical behavior therapy for outpatient adult anorexia nervosa-A pilot study: Adapting DBT For Outpatient Adult Anorexia. *International Journal of Eating Disorders*, 48(1), 123-132. <https://doi.org/10.1002/eat.22360>
- De la Vega-Rodríguez, I. y Sánchez-Quintero, S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite [Dialectical behavioral therapy in borderline personality disorder]. *Acción Psicológica*, 10(1), 45-55. <https://doi.org/10.5944/ap.10.1.7032>
- Dejong, H., Broadbent, H. y Schmidt, U. (2012). A systematic review of dropout from treatment in outpatients with anorexia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 45(5), 635-647. <https://doi.org/10.1002/eat.20956>
- Engel, S. G., Wittrock, D. A., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., Mitchell, J. E. y Kolotkin, R. L. (2006). Development and psychometric validation of an eating disorder-specific health-related quality of life instrument. *The International Journal of Eating Disorders*, 39(1), 62-71. <https://doi.org/10.1002/eat.20200>
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J. y Audin, K. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: Psychometric properties and utility of the CORE-OM. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 180, 51-60. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.1.51>
- Fairburn, C. G. y Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *The International Journal of Eating Disorders*, 16(4), 363-370. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199412\)16:4%3C363::AID-EAT2260160405%3E3.0.CO;2-%23](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199412)16:4%3C363::AID-EAT2260160405%3E3.0.CO;2-%23)
- Fairburn, C. G. y Cooper, Z. (1993). The Eating Disorder Examination. En C. G. Fairburn y G. T. Wilson (Eds.) *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 317-360). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Font-Domènech, E. (2019). Trastorno Límite de la Personalidad: Revisión Sistemática de las Intervenciones. *Revista de Psicoterapia*, 30(113), 197-212. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i113.274>
- Geller, J., Cockell, S. J., Hewitt, P. L., Goldner, E. M. y Flett, G. L. (2000). Inhibited expression of negative emotions and interpersonal orientation in anorexia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 28(1), 8-19. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(200007\)28:1%3C8::AID-EAT2%3E3.0.CO;2-U](https://doi.org/10.1002/1098-108X(200007)28:1%3C8::AID-EAT2%3E3.0.CO;2-U)
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: Distinctive features*. Nueva York, NY: Routledge.
- Hamatani, S., Tomotake, M., Takeda, T., Kameoka, N., Kawabata, M., Kubo, H., ... Ohmori, T. (2018). Impaired central coherence in patients with anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, 259, 77-80. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.086>
- Hartmann, A., Weber, S., Herpertz, S., Zeeck, A. y German Treatment Guideline Group for Anorexia Nervosa. (2011). Psychological treatment for anorexia nervosa: A meta-analysis of standardized mean change. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80(4), 216-226. <https://doi.org/10.1159/000322360>
- Hay, P. J., Claudino, A. M., Touyz, S. y Abd Elbaky, G. (2015). Individual psychological therapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, CD003909. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003909.pub2>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (2016). *Acceptance and Commitment Therapy, Second Edition: The Process and Practice of Mindful Change*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Haynos, A. F., Berg, K. C., Cao, L., Crosby, R. D., Lavender, J. M., Utzinger, L. M., ... Crow, S. J. (2017). Trajectories of higher- and lower-order dimensions of negative and positive affect relative to restrictive eating in anorexia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(5), 495-505. <https://doi.org/10.1037/abn0000202>
- Hempel, R., Vanderbleek, E. y Lynch, T. R. (2018). Radically open DBT: Targeting emotional loneliness in Anorexia Nervosa. *Eating Disorders*, 26(1), 92-104. <https://doi.org/10.1080/10640266.2018.1418268>

- Keller, M. B., Lavori, P. W., Friedman, B., Nielsen, E., Endicott, J., McDonald-Scott, P. y Andreasen, N. C. (1987). The Longitudinal Interval Follow-up Evaluation. A comprehensive method for assessing outcome in prospective longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry*, *44*(6), 540-548. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1987.01800180050009>
- Kochanska, G., Murray, K. T. y Harlan, E. T. (2000). Effortful control in early childhood: Continuity and change, antecedents, and implications for social development. *Developmental Psychology*, *36*(2), 220-232. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.36.2.220>
- Linehan, M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Linehan, M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Lynch, T. R. (2018a). *Radically open dialectical behavior therapy: Theory and practice for treating disorders of overcontrol*. Oakland, CA: Context Press/New Harbinger Publications.
- Lynch, T. R. (2018b). *The skills training manual for Radically open dialectical behavior therapy: A clinician's guide for treating disorders of overcontrol*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Lynch, T. R., Gray, K. L., Hempel, R. J., Titley, M., Chen, E. Y. y O'Mahen, H. A. (2013). Radically open-dialectical behavior therapy for adult anorexia nervosa: Feasibility and outcomes from an inpatient program. *BMC Psychiatry*, *13*(1), 293. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-293>
- Lynch, T. R., Hempel, R. J. y Dunkley, C. (2015). Radically Open-Dialectical Behavior Therapy for Disorders of Over-Control: Signaling Matters. *American Journal of Psychotherapy*, *69*(2), 141-162. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.141>
- Porges, S. W. (1995). Orienting in a defensive world: Mammalian modifications of our evolutionary heritage. A Polyvagal Theory. *Psychophysiology*, *32*(4), 301-318. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.1995.tb01213.x>
- Porges, S. W. (2003). Social Engagement and Attachment. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1008*(1), 31-47. <https://doi.org/10.1196/annals.1301.004>
- Porges, S. W. (2009). The polyvagal theory: New insights into adaptive reactions of the autonomic nervous system. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, *76*(Suppl_2), 86-90. <https://doi.org/10.3949/ccjm.76.s2.17>
- Schneider, K. G., Hempel, R. J. y Lynch, T. R. (2013). That "poker face" just might lose you the game! The impact of expressive suppression and mimicry on sensitivity to facial expressions of emotion. *Emotion*, *13*(5), 852-866. <https://doi.org/10.1037/a0032847>
- Soler, J., Eliges, M. y Carmona, C. (2016). Terapia Dialéctica Conductual: Aplicaciones clínicas y evidencia empírica. *Análisis y Modificación de Conducta*, *42*(165-66). <https://doi.org/10.33776/amc.v42i165-66.2793>
- Thibault, I., Pauzé, R., Lavoie, É., Mercier, M., Pesant, C., Monthuy-Blanc, J. y Gagnon-Girouard, M.-P. (2017). Identification of promising practices in the treatment of anorexia nervosa. *Sante Mentale Au Quebec*, *42*(1), 379-390. Recuperado de: <https://europepmc.org/article/med/28792578>
- Westwood, H. y Tchanturia, K. (2017). Autism Spectrum Disorder in Anorexia Nervosa: An Updated Literature Review. *Current Psychiatry Reports*, *19*(7), 41. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0791-9>
- Zeeck, A., Herpertz-Dahlmann, B., Friederich, H.-C., Brockmeyer, T., Resmark, G., Hagenah, U., ... Hartmann, A. (2018). Psychotherapeutic Treatment for Anorexia Nervosa: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, *9*, 158. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00158>