

ANOREXIA NERVIOSA EN EL VARON, ALEXITIMIA E HIPNOTERAPIA ERICKSONIANA.

Alberto Espina. Psiquiatra.

Prof. titular y director del Master de Terapia familiar y de Pareja de la Universidad del País Vasco. Facultad de Psicología
Avda. De Tolosa, 70. 20009 - San Sebastián (GUIPUZKOA)

In this article the author propose the use of ericksonian hypnotherapy in anorexia nervosa to approach the alexithymia and some difficulties in this cases. Finally describe the therapy of a case of anorexia nervosa in a male.

Key words: Anorexia nervosa, male, alexithymia, ericksonian hypnotherapy

ANOREXIA NERVIOSA EN EL VARÓN

Vamos a comentar brevemente algunos aspectos relacionados con la anorexia nerviosa en el varón, como son la tasa de prevalencia, las características clínicas y sociodemográficas, la orientación sexual, la identidad de género y los rasgos de la personalidad. En primer lugar destaca el hecho de que la anorexia nerviosa es menos frecuente en los varones que en las mujeres, el 95 % de los casos se dan en éstas últimas. Entre los factores que posiblemente influyen en ello está el que la presión social en relación al cuerpo es mucho más intensa en las mujeres; según Mickalide (1990) el 63 % de las mujeres con anorexia hacía ejercicio y reducía la ingesta frente al 16 % de los varones y el 54,3% de ellas deseaban estar por debajo del peso adecuado para su estatura, frente al 13,5% de los varones. Las mujeres son mucho más conscientes de su peso que los varones (Kleges *et al.*, (1987). Andersen (1990) señala que la menor probabilidad de padecer trastornos alimentarios los varones está asociada a la menor presión social en relación a la dieta en los varones y destacan que en los jockeys, en los que existe gran presión en relación al peso, hay una alta incidencia de trastornos de la alimentación.

Crisp y Burns (1990) comparando hombres y mujeres vieron que la clase social, la edad, las **características premórbidas y clínicas** eran similares en ambos

sexos. En una revisión sobre estos aspectos Woodside *et al.*, (1990) concluyen que los trastornos alimentarios son semejantes en varones y mujeres.

En relación con la **orientación sexual** en los trastornos alimentarios encontramos estudios que sugieren que hay más homosexuales en los varones (Crisp, 1967; Crisp y Toms, 1972; Dally, 1969; Herzog *et al.*, 1984; Schneider y Agras, 1987; Robison y Holden, 1986; Woodside *et al.*, 1990); mientras que otros autores no encontraron mayor porcentaje de varones homosexuales en los trastornos alimentarios (Hall *et al.*, 1985; Crisp *et al.*, 1986; Turnbull *et al.*, 1987). Según Herzog *et al.*, (1984) aparece homosexualidad en un 26% de los varones anoréxicos y bulímicos, mientras otros autores (Pope *et al.*, 1986) solo encuentran un 7%. Herzog *et al.*, (1984) destacan que la presión social hacia la delgadez es semejante en las mujeres y en los varones homosexuales; otros autores (Dally, 1969; Fitcher y Daser, 1987; Freund y Blanchard, 1988), investigando la relación entre homosexualidad y trastornos alimentarios en varones, afirman que en ambos casos el rol que ocupan en la familia es semejante, las relaciones padres-hijos son pobres, el padre suele ser distante u hostil y existen conflictos de pareja en los padres. En los homosexuales y en los anoréxicos se ha descrito una relación intensa con una madre sobreprotectora y dominante (Bieber *et al.*, 1962; Thompson *et al.*, 1973; Crisp y Toms, 1972).

Crisp (1967) señaló que los varones anoréxicos tenían problemas con la **identidad de género** y asociaban la gordura a ser femenino. Pero Crisp y Burns (1990) encontraron que en los varones anoréxicos existe ansiedad y aversión sexual y los intereses y experiencias sexuales antes de padecer un trastorno alimentarios son limitados; además, un buen pronóstico está asociado a una adecuada actividad sexual premórbida, destacando como variable de mal pronóstico la ausencia de actividad sexual premórbida, (general, masturbación y fantasías sexuales, especialmente este último aspecto).

Sours (1980), Dally (1969), Kearney-Cooke y Steichen-Asch (1990) sugirieron que los varones con trastornos alimentarios se sentían cercanos a sus madres y lejanos de sus padres, lo cual incrementaría la identificación con ella. Según Fitcher y Daser (1987) la relación cerrada e íntima entre el anoréxico y su madre se relaciona con una red familiar simbiótica en la que falta una fuerte figura paterna y ello puede estar asociado a un trastorno de la identidad de género. Desde el psicoanálisis, el desarrollo de la identidad de género está íntimamente ligado a la triangulación edípica, pues en esa relación el niño pasa de estar fusionado con la madre, a aceptar la ley que marca el padre y que impone la realidad de no ser uno con la madre (aceptar la castración) y pasar al orden simbólico y al mundo social. En esa relación también aprende qué es un hombre y qué es una mujer y a través de las identificaciones con esos modelos va conformando su propia identidad. Pero si las relaciones familiares dificultan ese proceso, nos podemos encontrar, desde que el niño quede fijado a la madre y vea al padre como el enemigo a evitar, hasta el que su modelo de identificación sea la madre. En terapia familiar Haley (1967) utilizó

el concepto de triangulación edípica e introdujo el concepto de “triángulo perverso” y Minuchin (1974) desarrolló el término de “tríada rígida” para referirse a un problema crónico de límites en el que un miembro de una generación se veía involucrado en el conflicto de dos personas de otra generación, por ej. un hijo en el conflicto de sus padres. Este tipo de interacción dificulta el desarrollo del hijo, su emancipación y añadiríamos que su identidad de género. Por ello estaremos muy atentos a este tipo de relación en la anorexia nerviosa.

En la pubertad el varón intenta integrar los cambios somáticos al mismo tiempo que trata de comprender el significado de ser hombre en nuestra cultura. Desde pequeños muchos varones aprenden que ser hombre implica ser fuerte, activo, valiente, independiente, agresivo, racional, no emotivo etc. En nuestra cultura el cuerpo musculado, la competencia, agresión, competitividad, independencia son generalmente deseables para los varones, mientras que la dependencia, pasividad, inhibición de la agresión física, se ofrecen como más adecuados para mujeres. Los varones que desarrollarán más tarde anorexia nerviosa no cumplen las expectativas culturales para la masculinidad y tienden a ser dependientes, pasivos, no atléticos, rasgos que pueden ir asociados a sentimientos de aislamiento y desvalorización del cuerpo. Por otro lado el que las mujeres vayan accediendo a ser competentes en áreas tradicionalmente ocupadas por los varones, hace que muchos hombres se sienten inseguros y no sepan como interactuar con ellas.

Prytula *et al.*, (1979) sugieren que tempranos feedbacks negativos de los pares y/o familiares sobre la apariencia corporal influyen en el desarrollo de la homosexualidad y la anorexia nerviosa. Fisher *et al.*, (1980) encontraron que los varones con trastornos alimentarios tenían malas relaciones con sus pares, lo cual estaba relacionado con sentimientos de debilidad e inferioridad de la apariencia de su cuerpo. El sentimiento de falta de atractivo e inadecuación puede ser fruto de humillaciones y dudas sobre sí mismo, todo lo cual lleva al aislamiento en el hogar y a intentar cambiar su cuerpo para ganar un sentimiento de poder y control. El no tener una identidad adecuadamente conformada puede contribuir a que se adhieran al modelo de delgadez valorado en nuestra cultura como una forma de encontrar aprobación social y conformar una identidad en base a ese modelo.

En resumen, los conflictos relacionados con la identidad de género y la orientación sexual podrían estar asociados al desarrollo de la anorexia nerviosa. El perfil de un varón con anorexia nerviosa se caracterizaría por una falta de sentimiento de autonomía, identidad y control sobre su vida. Parece existir como una extensión de los otros y debe actuar en base al deseo de los demás para sobrevivir emocionalmente. Tiene una historia de experiencias negativas en relación con su cuerpo que hace que lo viva como vulnerable. Tiende a identificarse con su madre (Sours, 1980) lo cual le crea una confusión con su identidad de género. La obesidad de su madre se convierte en una imagen de la que diferenciarse a toda costa para sentirse separado y diferente a ella con mayor intensidad que en las mujeres con

anorexia nerviosa, lo cual les lleva a controlar de un modo drástico la gordura; todo lo cual se refuerza si se percibe su identidad masculina como puesta en cuestión por la obesidad y vive en una cultura que da gran importancia a la apariencia física y valora en exceso la delgadez.

Respecto a la **personalidad**, los varones con trastornos alimentarios tienden a tener personalidades dependientes, evitativas y pasivo-agresivas (Kearney-Cooke y Steichen-Asch, 1990). La *personalidad dependiente* se distingue por la gran necesidad de aprobación social, lo cual lleva a actuar en base al deseo de los demás. El dependiente se siente paralizado cuando está solo, necesita continuamente ser valorado y para ello se dobliga a los demás para que no le abandonen y apoyen. La *personalidad evitativa* es muy sensible a los estímulos sociales e hiperreactiva a las actitudes de los demás, especialmente al rechazo y humillación. Ante ese peligro que suponen las relaciones interpersonales recurren a la evitación. La *personalidad pasiva agresiva* expresa su agresividad de una forma encubierta y tiende a pasar de agradable a negativo, siendo muy ambivalente en relación consigo mismo y los demás. La personalidad de los varones con trastornos de la alimentación sugiere que han tenido unas padres que dificultaban la autonomización, siendo sobreprotectores, lo cual les hace dependientes e inseguros y no pueden tomar conciencia de sus posibilidades y recursos personales (Andersen, 1990).

Al igual que en las mujeres, el desarrollo de la anorexia nerviosa conlleva lo que podríamos llamar una regresión somática, en el sentido de que el adelgazamiento bloquea los procesos hormonales que se dan en la pubertad, si bajan un 25% por debajo de su peso normal existe una baja concentración de gonadotrofinas y la producción espermática disminuye (Frisch, 1988), y el anoréxico vuelve a tener un cuerpo prepúber, es decir, que a través de no comer deja de ser un adolescente desarrollado sexualmente, que puede ser atractivo para el otro sexo y se evade de un mundo, el de la asunción del propia sexualidad y las relaciones sexuales, que es vivido como peligroso.

El adolescente con problemas de identidad y con dificultad en la asunción de su cuerpo sexuado adulto, junto con las exigencias sociales que implica, puede ser un sujeto con grandes probabilidades de desarrollar anorexia nerviosa como un método de bloquear su desarrollo y volver un estadio menos peligroso y allí detener el ciclo vital, detener el tiempo. Este proceso se da a nivel biológico, psicológico y social. En la familia pasa a ser un hijo dependiente que no sabe ni comer solo y del que tienen que estar pendientes todos y en las relaciones con los pares se quedan en la cuneta en dos áreas importantes: el campo deportivo y el de las relaciones con el otro sexo. Todo esto frena su autonomización y le aísla socialmente. Podemos decir que la anorexia nerviosa en el varón es un trastorno complejo en el que la identidad de género está en cuestión y el adelgazamiento se convierte en una solución fallida frente a un problema existencial.

ALEXITIMIA

En los pacientes anoréxicos, y en los psicossomáticos en general, encontramos una característica de la personalidad: la Alexitimia (del griego A=sin; Lexi=palabras; Thymos=emoción) (Sifneos, 1973, 1975) que hace referencia a la dificultad para discriminar y expresar emociones y al “pensamiento operatorio” (Marty y M’Uzan, 1963; Marty, 1980). El constructo consta de dos dimensiones: en la primera encontramos la dificultad para identificar y describir sentimientos y para discriminar los componentes somáticos y subjetivos de la activación emocional; todo lo cual se asocia a una atención selectiva, a la amplificación de los componentes fisiológicos de la respuesta emocional y a la consecuente disforia. La segunda dimensión hace referencia a la personalidad operatoria que se caracteriza por: un estilo de vida orientado a la acción, externalizado y un funcionamiento cognitivo orientado externamente (concreto, literal, utilitarista, referido a acontecimientos externos), con déficit de simbolización, de introspección y análisis psicológico de los hechos, conducta y sentimientos. La ausencia de vida fantasmática y la falta de simbolización, hace que recurran al lenguaje corporal o a la acción para expresar la agresión y la demanda de afecto. La vida afectiva se empobrece, así como los procesos del pensamiento.

Según Marty (1980), el pensamiento operatorio “está aferrado a cosas y no a conceptos abstractos, ni a productos de la imaginación o a expresiones simbólicas, lo cual sugiere la precariedad de la conexión con las palabras”; y la “vida operatoria” conlleva la disminución del pensamiento frente a la importancia que adquieren los comportamientos. “Las escasas representaciones son (como los sueños) pobres, repetitivas y llevan impreso el sello de lo actual y de lo fáctico” (Marty, 1980), lo cual se acompaña de una desorganización mental progresiva y los comportamientos ligados a los instintos y pulsiones: alimentación, sexo, agresividad.. se vuelven automáticos, sin deseo. Este tipo de funcionamiento mental está asociado a la “depresión esencial” en la que no existe la culpa sino una herida narcisista que determina la orientación hacia lo somático predominando la anhedonia, autodesvalorización y la precariedad del trabajo mental.

La alexitimia se caracteriza fundamentalmente por: a) dificultad para identificar y describir los sentimientos, b) dificultad para distinguir sentimientos de sensaciones corporales, c) una gran pobreza de fantasías, d) un estilo cognitivo externamente orientado (concreto, utilitarista, literal y referido a acontecimientos externos) y un estilo de vida orientado a la acción (Nemiah, 1977). Desde el modelo dinámico (Marty y M’ Uzan, 1963; McDougall, 1974, 1985; Krystal, 1982), el origen de la alexitimia ha sido atribuido a conflictos y/o déficits en las relaciones tempranas que impiden que el niño pueda desarrollar la capacidad de simbolizar las emociones, viéndose obligado a expresar somáticamente o a través de la acción lo que no puede verbalizar. Desde la teoría sistémica se han realizado aportaciones sobre las características de las familias con miembros con trastornos psicossomáticos,

planteando la hipótesis de que las relaciones familiares, entre otros factores, pueden estar en el origen y mantenimiento de estos trastornos (Espina, 1997a, 1997b).

Estas características, que muchas veces se dan en toda la familia, hacen difícil el abordaje de la anorexia nerviosa con terapias en las que el contacto con el mundo emocional y su expresión son la base para la resolución de los conflictos intrapsíquicos y relacionales. A nivel terapéutico es importante el desarrollo de un sentimiento más cohesivo del Yo que permita la expresión de todos los aspectos de su personalidad, no sólo los que su familias consideren aceptables. A los pacientes anoréxicos que padecen alexitimia, los viajes de fantasía en estado de relajación les ayudan a centrarse en su interior y la naturaleza simbólica de las imágenes les permite un alto grado de libertad para explorar su imagen corporal, lo cual ayuda a la reconstrucción de la imagen corporal, seriamente dañada en estos trastornos.

HIPNOTERAPIA ERICKSONIANA

Vamos a referirnos brevemente a algunos aspectos de la terapia ericksoniana y centrarnos más en detalle en el uso de las anécdotas; para un conocimiento más extenso de la hipnosis ericksoniana, remito al lector a los trabajos de Erickson y Rosi (1979, 1981), Haley, (1967, 1976), Rosi (1980), Zeig (1980), O' Hanlon (1987), Rosen, (1982) y al número 29 de la *Revista de Psicoterapia* dedicado a la hipnoterapia ericksoniana.

Erickson trabajaba ayudando al paciente a reorganizar su realidad interna basándose en que los cambios en los mapas asociativos internos favorecerían cambios conductuales al ayudar al paciente a echar mano de sus recursos internos para desarrollar nuevos modelos de acción. El terapeuta debía favorecer la creación de las condiciones que permitieran alterar las reglas de funcionamiento interior y acceder a un registro más amplio de pensamiento, sentimiento y acción. Daba gran importancia al ciclo vital, entendido la mayoría de los problemas humanos como fruto de la dificultad de pasar de un estadio a otro; en la terapia enfatizaba los aspectos positivos y las capacidades del paciente y favorecía el reordenamiento de la experiencia, bien dándole un nuevo sentido o cubriendo déficits pasados, pero siempre centrándose en el presente y en la proyección en el futuro.

Según Erickson, los pacientes tendrían limitaciones importantes en la vida debido a su sistema de creencias, la percepción de sí mismos, los estilos interaccionales, etc Con el trance hipnótico, la mayoría de las veces ligero, favorecía el establecimiento de un *rapport* intenso, ubicando al paciente en una posición de entrega para aceptar sus sugerencias, creando condiciones especiales de receptividad y apertura con el inconsciente del cual emergen las capacidades para resolver los problemas. El trance era usado por Erickson para modificar marcos de referencia rígidos, para inducir estados mentales alternativos y para activar y poner bajo el control del paciente habilidades características del trance que le sirvieran para producir cambios en su vida. Es decir, que con el trance hipnótico los pacientes

se liberan de su sistema de creencias limitado y aparecen capacidades poco usadas, sentimientos e ideas que estaban dormidos en su inconsciente, lo cual le hace receptivo a afrontar experiencias nuevas.

Según Tenebaun (1996), Erickson basaba su terapia en nueve principios básicos:

Cada individuo es único.

Todo comportamiento responde a un objetivo relacionado con la adaptación al medio, los comportamientos inadecuados han servido en algún momento y deben ser reactualizados y reajustados.

Todos poseemos recursos para cambiar.

La respuesta de nuestro interlocutor nos indica el sentido de nuestro discurso, para ello hay que estar atento al lenguaje analógico.

La comunicación tiene dos niveles: consciente e inconsciente.

No se puede dejar de influir en el otro.

Los obstáculos en la terapia deben ser tomados como información, indican que hay algo que no tenemos en cuenta.

Preservar la ecología, si el paciente se resiste, es porque el cambio entraña algún peligro para su ecosistema.

La verdad del sujeto es la única que cuenta, se le acepta tal y como es.

El uso de anécdotas en psicoterapia

Milton Erickson inducía un trance ligero y contaba anécdotas, historias, a través de las cuales intentaba ayudar a cambiar a las personas que solicitaban su ayuda. Podía contar alguna anécdota que tuviera que ver con el problema que planteaba el paciente y, a través de la narración, le sugería soluciones, posibilidades de funcionamiento diferentes, todo ello indirectamente, sin decirle al paciente que hiciera algo concreto, sino dándole ideas para que el propio paciente encontrara alternativas y las viviera como propias. Este planteamiento está asociado a la idea de que la posibilidad de cambio está en el paciente, no en el terapeuta; éste va a crear un marco, un escenario, en el que se puedan desarrollar historias de las que obtener recursos para cambiar. Usaba también las anécdotas para conseguir el fortalecimiento del Yo; si tratamos de ayudar a un sujeto con baja autoestima, podemos sugerirle a través de las anécdotas que él mismo va fortaleciéndose internamente, va conectándose con capacidades que hasta entonces estaban dormidas y que se pueden ir despertando y desarrollando.

Las anécdotas también son útiles para que el paciente pueda desarrollar la capacidad de fantasear. Al ofrecerle en estado de trance visualizaciones que no implican peligro, favorecemos que conecte con su mundo interno, piense y sienta.

Según Erickson, las anécdotas tienen una serie de características que las hace especialmente interesantes en terapia:

No implican una amenaza.

Captan el interés del oyente.

Fomentan la independencia del individuo y el sentimiento de un dominio de sí que él mismo determina.

Evitan la resistencia.

El sujeto tiene que darles sentido y sirve para controlar la relación con el oyente.

Son un modelo de flexibilidad y creatividad.

Crean confusión y promueven una buena respuesta hipnótica.

Imprimen una huella en el recuerdo, haciendo más memorable la idea expuesta.

Las anécdotas pueden ser usadas en la terapia ericksoniana con fines diagnósticos, para la inducción de la hipnosis, el establecimiento del rapport y en el proceso del tratamiento, (Zeig, 1980):

A. En el Diagnóstico. La anécdota es un estímulo que provoca respuestas y nos sirve para evaluar la sugestionabilidad en varias direcciones:

Absorción (más absorción, más sugestionable).

Estilo de respuesta, si responden mejor a un estilo directo o indirecto.

Detectar si la atención es focalizada o difusa, interna o externa.

Conocer la flexibilidad del paciente en el control de las relaciones personales.

B. Uso en la fase de inducción de la hipnosis. Las anécdotas y la hipnosis se asemejan en que el terapeuta se dirige a un sujeto pasivo, que se halla en una posición inferior, activando el poder que hay dentro de él para cambiar y en que se tienen muy en cuenta los mínimos gestos del paciente. Las anécdotas son especialmente útiles en hipnosis como desbaratamiento y pautamiento. 1. El *desbaratamiento* se produce de varias formas: con la técnica de la confusión se desequilibra al oyente, el cual debe conferir sentido a la anécdota y comprender la pertinencia del mensaje a su situación, por otro lado son ambiguas y tienen múltiples significados y, finalmente, pueden instalar una inducción distrayendo y anulando la predisposición consciente. 2. El *pautamiento* sirve para secuenciar el estado hipnótico, por ej., repaso de las cosas aprendidas en la escuela (abecedario). Las anécdotas provocan regresión, hiperamnesia, disociación y alucinación, fomentando la absorción y la fijación interior de la atención.

C. Para el **establecimiento del rapport**, empatizando con el inconsciente del paciente, a través de las anécdotas no hace falta que el paciente se entere conscientemente de que el terapeuta es empático.

En el proceso del tratamiento. Existen ocho categorías:

Formular o ejemplificar una opinión de un modo indirecto.

Sugerir soluciones: narrando una anécdota paralela o múltiples anécdotas con el mismo tema, por ej., trazando un paralelismo con el problema del paciente pero ofreciendo un nuevo punto de vista o una solución, mostrando una solución que el paciente había pasado por alto, hablando de personas que solucionaron un problema

semejante recurriendo a una idea determinada, etc. El paciente “tiene la idea” y se atribuye el cambio.

Ayudar a las personas a reconocerse tal cual son. El poder de cambiar permanece dormido en el paciente y debe ser despertado. El terapeuta crea el escenario en el cual se puede dar el cambio.

Sembrar ideas e intensificar motivaciones encadenando pasos que llevan al cambio, por ej., hablar de éxitos en casos parecidos, lo cual aumenta expectativas de éxito.

Controlar terapéuticamente la relación al estar el terapeuta en posición superior sin que el paciente se sienta incómodo en esa posición.

Insertar directivas: la formulación indirecta se hace concediendo a la frase menos importancia que la que tiene o modificando el tono de voz.

Reducir la resistencia: en cada anécdota se presentan muchas ideas y el paciente debe participar activamente seleccionando qué aplicarse a sí mismo, él es el agente de cambio. Cuanto más resistencia, más comunicación indirecta y/o más anécdotas para aburrir al paciente y bajarle la guardia, momento en el se le presentará la idea para el cambio.

Reencuadrar y redefinir un problema.

Como técnicas de edificación del Yo (emociones, pensamiento, conducta).

Sirven como modelo de una vida mejor. El terapeuta se muestra flexible y creativo, lo cual puede ser imitado por el paciente.

Pueden estimular y revitalizar sentimientos, pensamientos y acciones, ayudando al sujeto a tomar contacto con un recurso personal que antes le había pasado inadvertido y con éxitos pasados.

Sirven para desensibilizar a un paciente frente a sus temores.

Con las anécdotas “se despierta un poder curativo que estaba dormido. Lo mejor no es apartar con ellas al paciente de su síntoma, como si fuera una treta, sino conseguir que cambie por mérito propio y por obra de su propio poder. Además se le brinda al paciente un modelo creativo y flexible de estar en el mundo para oponerse a su hábitos rígidos” (Zeig, 1980). Quizás no se ha destacado suficientemente la influencia de Erickson en la corriente de las narrativas, tan en boga hoy día en el campo de las terapias sistémicas.

Este planteamiento terapéutico nos parece especialmente interesante para trabajar con anoréxicos pues, generalmente, son alexitímicos, tienen problemas de identidad íntimamente ligados a la imagen corporal, están aferrados a esquemas mentales rígidos y están frecuentemente involucrados en peleas simétricas con familiares y terapeutas. Además tienen gran dificultad para aceptar sugerencias directas y su incapacidad para conectar con los sentimientos y el mundo fantasmático les hace estar rígidamente empobrecidos y cerrados en su mundo sintomático, muchas veces de difícil acceso para el terapeuta. Vamos a ejemplificar el uso de la hipnosis ericksoniana en un caso de un varón con anorexia nerviosa.

CASO CLÍNICO

Abordaje terapéutico

A la hora de abordar la anorexia nerviosa tengo en cuenta las relaciones familiares y la problemática individual de los sujetos, por ello utilizo la terapia familiar simultaneándola con sesiones individuales. Si el paciente identificado es joven y no presenta trastornos de la personalidad, la terapia es fundamentalmente familiar, en caso contrario inicio la terapia familiar y realizo sesiones individuales periódicas para centrarme más adelante en la terapia individual con sesiones familiares esporádicas. Respecto a los modelos que sustentan las intervenciones, integro el modelo dinámico, en el que se analizan los conflictos intrapsíquicos y las construcciones que tienen lugar en la vida psíquica, con el sistémico, cuyo foco de atención se centra en las relaciones interpersonales. En la vertiente sistémica sigo un modelo integrado en el que recojo aportaciones de los modelos centrados en la estructura, proceso y visiones del mundo (Sluzki, 1983). En muchos casos de anorexia nerviosa sigo especialmente los modelos estructural y estratégico (Minuchin, 1974; Minuchin, Rosman y Baker, 1978; Haley, 1976, 1980; Madanes, 1981), aunque no dejo de lado las aportaciones realizadas en el campo de los trastornos alimentarios por Selvini y Viaro (1988), White, (1983, 1986) y la escuela de Palo Alto (Watzlawick, 1974, 1980; Fisch *et al.*, 1982; Nardone y Watzlawick, 1990; Crispo *et al.*, 1994) rescatando ya sea técnicas o “lecturas” de la problemática presentada que puedan ser de utilidad para el caso concreto que estoy tratando. Desde esta perspectiva, los conflictos presentados se relacionan con la propia historia, las vivencias interiores, la historia transgeneracional y la interacción actual que tienen los miembros de la familia.

Desde la perspectiva transgeneracional (Boszormenyi-Nagy y Sparks, 1973; Bowen, 1978; Stierlin, 1977; Stierlin y Weber, 1989; Andolfi, 1985; Canevaro, 1995) estudiaremos la historia de los padres con sus propios padres, el tipo de vínculo que establecieron, cómo fueron conformando su propia personalidad y más tarde cómo han aprendido a relacionarse con sus hijos, cómo se ha estructurado la personalidad de estos y cómo son las interacciones actuales. De manera que en este abordaje de la anorexia nerviosa van a ser tenidos en cuenta la historia trigeracional, la estructuración de la personalidad de cada uno de los que están interactuando y cómo son las relaciones actuales, integrando aportaciones tanto de la terapia familiar sistémica, como del psicoanálisis (Espina, 1995, 1996).

Entre los objetivos de la intervención están los síntomas, especialmente dramáticos en la anorexia nerviosa, la interacción familiar disfuncional, el optimizar los recursos que tiene la propia familia y el ayudar al crecimiento personal de todos sus miembros, favoreciendo la autonomización, la comprensión empática y el respeto mutuo. Vamos a intentar buscar sentido a los síntomas y conductas para abrir cuestiones que permitan hablar, comprender lo que puede estar sucediendo,

construir realidades alternativas y a partir de ahí resolver los conflictos interaccionales e individuales. Trabajaremos tanto sobre las figuras internalizadas como sobre las personas reales en interacción. El encuadre incluirá sesiones familiares conjuntas, con subsistemas, con díadas y sesiones individuales; la periodicidad de las sesiones será semanal, al principio, y posteriormente se van espaciando.

En este trabajo proponemos el uso puntual de técnicas de hipnosis ericksoniana para tratar la alexitimia, en un contexto de terapia familiar sistémica, un caso de anorexia nerviosa restrictiva en un varón.

Descripción del caso

Se trata de un varón al que llamaremos Juan, de 17 años de edad que padece un cuadro de anorexia nerviosa restrictiva, según criterios diagnósticos DSM-IV, desde los 14 años. Hasta la fecha había tenido 4 ingresos y su peso mínimo había sido de 39 Kgs. Midiendo 1,70 mts..

A nivel familiar destacaba la existencia de una pelea simétrica encubierta entre Juan y su padre, un conflicto de pareja y una coalición madre-hijo. El hermano mayor es el que cumple las expectativas del padre, deportista y triunfador. Juan se sentía menos valorado por el padre, era buen futbolista pero tuvo una lesión en la rodilla que le obligó a estar un año sin jugar, engordó y se burlaron de él; a partir de ahí desarrolló la anorexia. Tenía un trastorno alexitímico severo.

En este caso realicé 4 sesiones de hipnosis ericksoniana en un momento de la terapia en el que la dificultad de sentir, pensar y fantasear del paciente suponían una dificultad particularmente seria para avanzar en el proceso terapéutico.

Sesiones de hipnoterapia ericksoniana.

Voy a describir 4 sesiones en las que usé anécdotas en estado de trance. Los temas tratados fueron los siguientes:

Historia del roble (fortalecimiento del yo para incrementar esperanzas, el optimismo, la confianza y la percepción de control).

Experiencia de éxito: viajar en el tiempo (álbum de fotos) experimentar un éxito, traer la sensación al presente y que con ella encuentre soluciones.

Escalador: montaña fría, valle cálido. El objetivo era mostrar el precio que paga por el deseo de estar arriba.

Tirano-niño, David y Goliat, ciervo macho que pelea con el viejo. Trabajo con partes internas en lucha, luego lo paso a una lucha relacional y sugiero salidas.

En la inducción del trance utilizo técnicas de disociación, confusión, truismos, etc. usadas en la hipnosis ericksoniana para conseguir un trance ligero, pues el trance profundo induce regresiones innecesarias y no se ha demostrado que produzca mejores resultados.

Primera sesión: *“Respira profunda, suavemente y a medida que respiras, a medida que expulsas el aire vas a ir sintiendo una sensación de bienestar vas a*

ir sintiendo tus pies pesados tus brazos pesados una sensación de bienestar se va extendiendo por todo tu cuerpo.

Poco a poco vas a ir entrando dentro de ti y vas encontrando capacidades que están ahí, en tu interior tienes una mente consciente, que puede estar escuchando mi voz, una mente consciente que puede ir tomando conciencia de tu sensación corporal y una mente inconsciente que poco a poco puede ir entrando en trance... dentro de ti se va desarrollando una sensación de bienestar, de paz, de tranquilidad. Tu mente inconsciente sabe muchas cosas, tiene muchas capacidades y las va desarrollando poco a poco. Mientras escuchas mi voz, tú respiración ha cambiado, los pequeños movimientos de tu cuerpo han cambiado, tus manos están calientes poco a poco, si tú quieres, puedes ir entrando en un trance cada vez más y más profundo. El otro día me comentó un amigo que iba en coche por la calle y otro coche le adelantó por la derecha, le miró y al poco tiempo vio que el coche podía pasar por la izquierda, giró a la derecha y el coche también giró a la derecha, volvió a girar a la izquierda y el coche giró a la izquierda. Él intentaba saber qué era lo que estaba haciendo el otro coche, pero le entraba por un lado o le entraba por el otro. Llegó un momento en que no sabía si ir a la derecha o ir a la izquierda, pero de repente dejó la atención puesta en ese coche y se centró en una calle recta y fue suavemente, relajadamente discurriendo y no se fijaba en el otro coche sino en la sensación que él iba teniendo al ir por ese camino, suavemente

Tu mente consciente puede ir sintiendo y captando cosas diferentes. Tu respiración se hace cada vez más relajada y más pausada, tus pies están pesados, tu cabeza se va despejando. Puedes mirar detrás de tus ojos y vas a ver colores en una pantalla blanca van a ir apareciendo colores que cambian, colores que se mueven, puedes disfrutar de la visión de esos colores, van cambiando y tienes una sensación muy agradable. Puedes ir jugando con las formas, los tonos, las manchas de colores. Toda tu atención se va centrando en esa experiencia interesante, observar cómo se mueven esos colores, viendo a veces formas confusas otras veces más claras, pero siempre la misma sensación de tranquilidad.

*Mientras observas los colores puedes recordar, quizás, tu infancia, cuando aprendías a escribir, a veces te confundías entre la “a” y la “o”, o cuando a veces te confundías no sabiendo bien si la “n” tenía tres montañitas o tenía dos, si la “r” tenía que ser una o tenían que ser dos. También te parecía imposible andar en bici, poco a poco pudiste aprender todas esas capacidades estaban dentro de ti Mientras oyes mi voz tu respiración ha cambiado, tu cuerpo está muy bien, puedes escuchar mi voz. **Voy a contarte una historia.** Había una vez un roble magnífico, enorme. Un roble que en primavera daba sombra a mucha gente, un roble con un follaje enorme, inmenso, brillante. Era el orgullo de sí mismo y el orgullo de la gente que estaba bajo su sombra. Un invierno la temperatura bajó como nunca había bajado. Todo el mundo se refugió en sus casas y el roble quedó a la intemperie, se sentía solo, muy solo. Ese frío fue calándole cada vez más y más hondo. Cuando*

pasó el invierno, la primavera siguiente, el roble no floreció. Todo el mundo pensó que ese roble se había secado, no daba hojas, ya nadie podía cobijarse en él, nadie podía admirar su follaje. El roble parecía muerto. Pasaron las estaciones, la primavera siguiente no floreció y la siguiente tampoco. Pasó el tiempo y todo el mundo pensó que ese roble ya no vivía. Pero ese roble, en lo más hondo de sus raíces, guardaba algo de savia, ante el frío exterior había retirado su savia a lo más profundo y cálido de la tierra y ahí guardaba vida, guardaba energía. Un día, no recuerdo cuando, esa energía comenzó a subir poco a poco, a ascender y provocó cambios en el roble. Cuando pasó el tiempo ese roble volvió a estar lleno de savia, de energía, volvió a florecer, volvió a poder sentirse orgulloso de sí mismo y a dar sombra y belleza a los demás. Quizás en ti también está esa capacidad también hay una energía dentro de ti que te puede ayudar a solucionar los problemas que tienes. No sé cuando, pero esa energía se va a ir activando, quizás ya se está activando. Poco a poco vas a ir sintiendo cómo pequeños cambios se van produciendo dentro de ti. Quizás dentro de un tiempo te puedas sentir bien. Esa capacidad es tuya, tú la puedes llamar, tú la puedes despertar. Quizás tu mente consciente no se da cuenta de ello, pero tu mente inconsciente lo sabe, tu mente inconsciente quizás ya esté activando poco a poco esa energía que está dentro de ti”.

Al decir “yo no sé cuándo” el terapeuta no se pone en el lugar del que induce el cambio, la potencialidad está en el paciente y el terapeuta solo la constata. De esa forma vas dejándole al sujeto libre, la parte inconsciente tiene sus propias leyes, va a ir siguiendo su propio ritmo y le dejas a ella la capacidad. Esta actitud es muy útil con los pacientes anoréxicos, porque suelen establecer una pelea a través de la comida, con su padre, con su madre, con el terapeuta y todos le dicen: “tienes que comer”. Pero si la pelea es por la autoafirmación y el campo de batalla que han elegido es no comer, cuanto más les digan que coma más se van a resistir. Con este tipo de intervenciones, el terapeuta se zafa de la pelea simétrica, se muestra impotente para cambiarle pero afirma que sabe que en él existe la capacidad de cambiar. Con esta anécdota también se incrementa la expectativa de éxito y le das al paciente la capacidad de control, lo mismo que le pasaba al roble que sentía que tenía su savia escondida y que poco a poco la podía ir sacando, de la misma manera le das la capacidad de cambio y una expectativa de éxito. Todo eso va a ir fortaleciendo su Yo y construyendo su camino hacia el cambio.

En la **segunda sesión** le sugerí que imaginara alguna escena de su vida en la que tuvo una experiencia de éxito, en la que consiguió algo por sí mismo. Erickson sugería escenas de la infancia: el aprendizaje de las letras del abecedario, el aprender a andar en bici...con lo cual se induce una regresión y se pone al sujeto en una situación en la que podía aprender cosas que al principio eran muy complicadas y requerían mucho esfuerzo. Entonces se puede sugerir: “Toma conciencia de cómo te sentiste cuando pudiste escribir tu nombre. Te sentías bien, podías alcanzar el objetivo que te marcaste, con tu esfuerzo podías hacer cosas, empápate bien de esa

sensación de éxito, de sentirte capaz, y ahora, con esa sensación, te vas a trasladar al momento actual. Ya no eres aquel niño que tenía cinco o seis años y escribía, sino que eres tú, ahora, sintiéndote capaz”. Con esto estamos aumentando todas las capacidades que tienen el sujeto, le ponemos en una actitud de sentirse capaz de conseguir objetivos importantes en la vida, como es aprender a andar. Puedes contar, por ejemplo, una historia de un niño que quería alcanzar algo y no podía y que poco a poco fue viendo que podía poner una mano en un sitio y con la otra acercarse el objeto, luego vio que las podía coger, luego empezó a darse cuenta de que también podía mover la piernas y gateaba... vas contando un proceso por el cual todos hemos pasado y le vas sugiriendo de una forma teatralizada, escenificada, esas sensaciones de éxito, de orgullo.

En la **tercera sesión**, como vi que tenía una pelea simétrica brutal, sobre todo con su padre, le conté otra anécdota sobre un escalador que vio una montaña muy alta y se empeñó en que tenía que conseguir subir hasta allí. Entonces fui describiéndole, todo el esfuerzo que suponía escalar, todo lo que iba dejando en el camino, la mochila porque le pesaba mucho, el pico, la cantimplora luego se iba agarrando con las manos a la roca, pero las manos le sangraban, iba esforzándose, iba dejando pesos detrás (adelgazando). Al final llega desnudo arriba y dice: “he triunfado, estoy en la cima”. Pero entonces empieza a tomar conciencia de que hace mucho frío y de que está sólo, de que él ha conseguido algo que nadie ha conseguido, pero tiene una sensación de vacío, de frialdad. Pensaba que desde allí podría ver y dominar todo, pero se echó la niebla. Sintió soledad y empezó a pensar en el valle, donde había hierba, calor, luz, gente. Y empezó a pensar que quizá podía interesarle más estar en el valle. No ser el triunfador que está ahí arriba, solo y helado. En un momento determinado, yo no sé cuándo, decidió ese cambio y empezó a bajar al valle. Fue bajando y recuperando cosas, empezó a ver hierba, florecillas, que había vida más abajo, que podía llegar la valle y disfrutar de la luz del sol. Podía respirar mejor, encontró gente. Le vamos sugiriendo indirectamente el precio que paga perdiendo peso en esa pelea simétrica y lo que puede hacer por él mismo cuando quiera, bajando y disfrutando de otras cosas.

Con otra metáfora trasladé la pelea que él mantenía con los demás a una pelea entre dos partes de sí mismo: una parte que quiere vivir, ser un chaval normal, ser feliz, desarrollarse y otra parte que quiere tenerle débil, delgado, sufriendo, sin poder vivir bien. Le sugerí que se imaginara una balanza en la que se reparte el peso de cada parte. Él veía que tenía un 80% en el platillo de la enfermedad y un 20% en el de la salud, que quiere cambiar. Una vez visualizada la balanza se puede trabajar de varias maneras desde que simplemente visualice la balanza y decirle que en un momento -no sabes cuándo-, va a empezar a notar pequeños cambios, de manera que la parte que tenía un 20% poco a poco se va a ir cargando más y la parte que tenía el 80% va a ir perdiendo peso. Esto ayuda a potenciar la parte de él que quiere cambiar. En los trastornos de alimentación las metáforas de la balanza y la de ir

subiendo y dejando peso a medida que ascienden son particularmente útiles. Lo que me interesa no sólo es que personalice las dos partes en conflicto dentro de sí, sino que él pueda empezar a visualizar, a tomar conciencia de que pueden haber relaciones dentro de sí. Erickson planteaba que al sugerir anécdotas metafóricas de múltiples significados, no inducimos una idea concreta, ni desde luego decimos lo que tiene que hacer el paciente. Sugerimos imágenes metafóricas relacionadas con lo que le está pasando y su inconsciente va tomando lo que le interesa. En vez de destapar el conflicto, como haríamos en un planteamiento psicoanalítico, aquí se trata de favorecer que él mismo cree situaciones, ideas, imágenes que le puedan servir para orientarse. Lo que planteaba Erickson es que en el inconsciente está la capacidad de cambio, la capacidad de desarrollo del sujeto y que el terapeuta puede favorecer conexiones para que él se desarrolle.

En la **cuarta sesión** traslado esta lucha entre dos partes tuyas en conflicto a un escenario diferente; vamos a ver como favorecer, a través de visualizaciones, la simbolización de partes en conflicto y cómo encadenarlas con anécdotas que sugieren posibles salidas:

“A medida que respiras, a medida que expulsas el aire, te vas relajando, y aflojando, vas sintiendo tu cuerpo relajado, vas entrando en trance Tu mente consciente puede oír los sonidos que hay en la sala, en el exterior Mientras tu mente inconsciente puede poco a poco empezar a disfrutar del trance Mucha gente habla de la sensación de placer, de tranquilidad, que da el trance Mientras vas escuchando mi voz, tu respiración ha cambiado, tu tono muscular ha cambiado y poco a poco, vas entrando en trance Vas sintiendo tu cabeza ligera, tu mente despejada, tu cuerpo pesado, tus manos, tus pies... Poco a poco vas entrando en trance Dentro de un rato, yo no sé cuándo, entrarás en un trance tranquilo, relajado, en el que te vas a sentir bien El trance es una experiencia agradable y, a medida que respiras, poco a poco vas entrando en trance. Tu mente consciente escucha mi voz mientras tu mente inconsciente va percibiendo los pequeños cambios que se van produciendo en tu respiración, en tu tono muscular, en las sensaciones corporales. Poco a poco, vas entrando en trance. Ahora, poco a poco, tu mano derecha va a empezar a elevarse Se va a ir volviendo cada vez más y más ligera. Concentra tu atención en esa sensación de ligereza de tu mano derecha Imagínate que un globo va subiendo y elevando tu mano derecha Respira lenta y profundamente Mientras tu mano asciende, todo tu cuerpo va a ir entrando en un trance más y más profundo, profundo, muy profundo. Tu mente consciente sigue oyendo mi voz mientras tu mente inconsciente va entrando en un trance agradable, muy agradable Ahora tu cuerpo va a seguir profundamente dormido, pero del cuello para arriba te vas a despertar. El resto del cuerpo estará en un trance muy profundo, todo tu cuerpo está dormido, pero tu cabeza está despierta. Puedes oír perfectamente mi voz, puedes hablar, ¿Cómo te sientes?

Juan.- “Relajado”.

Terapeuta.- ¿Cómo tienes ahora el equilibrio entre la parte de Juan que quiere ser un chico normal, fuerte, sano... y esa otra parte que le quiere débil, enfermo, que no pueda hacer una vida normal ?

J.- 80-20%

T.- La parte que no quiere que Juan sane puede más todavía. ¿Por qué ahora está más fuerte esa parte ?

J.- Hay bajones.

T.- ¿Qué podría decirle la parte del 20 a la del 80% ? Imagínate que son dos personas, que una dice que quiere estar sana y la otra dice que no.

J.- Que me deje en paz.

T.- ¿Qué más ?

J.- Que me está jorobando todo lo que quería hacer.

T.- ¿Qué cosas querías hacer ?

J.- Poder irme de fiesta, ser igual que cualquier chaval

T.- ¿Por qué esa parte del 80% no quiere que seas un chaval normal , por qué quiere fastidiar todos tus planes?. Imagínate que le preguntas y que te contesta.

J.- Es que no sé qué contestaría.

T.- Imagínate que es una persona y que contesta.

J.- no sé...

T.- Pero déjale que hable tu mente inconsciente...que describa la apariencia física de cada una de las partes, como personajes de una película, imagina una pantalla en blanco y aparecerán. Mantén la mirada fija al techo, ahí van a aparecer dos formas. Pueden ser personas, animales, cualquier ser que quieras, real o no, y van a representar ese 20 y ese 80 %.

J.- Pues no sé, como un dictador y un chaval.

T.- *¿Cómo es el dictador ? Descríbemelo... ¿Cómo va vestido ? ¿Qué estatura tiene?*

Lo describe como alto, moreno, atlético, de 30-40 años, chulo.. y al chaval como enano, que le llega a las rodillas, es rubio y achantado, está atemorizado.

T.- ¿Por qué cree el chaval que ese grandote le quiere tener así ?

J.- No se.

T.- Imagínate que se mueven, ¿qué movimientos realizan ?

J.- No sé, el dictador levanta el brazo y señala con tono de mandato.

T.- ¿Qué le pasaría al dictador si el niño se fuera y ya no tuviera poder sobre él ? Intenta imaginar que en esa película el niño desaparece, ¿qué hace el dictador si ya no tienen a quien mandar ?

J.- Se sienta y se pone a pensar

T.- ¿Qué piensa ?

J.- No sé Está pensativo, ensimismado, no sabe a quién mandar.

T.- Imagínate que pasa tiempo y sigue sin tener a nadie a quien mandar,

¿qué le pasa a ese gigante dictador ?

J.- Se aburre

T.- Imagínate ahora otro escenario en el cual está el niño libre de la influencia del gigante, ¿qué pasa con él ?

J.- Está repartiendo caramelos a otros niños, como si fuera su cumpleaños.

T.- Ese niño se va haciendo mayor y puede dar cosas a los otros niños y hacerles felices. Mientras al otro lado el dictador se encuentra solo y aburrido porque no tiene a nadie a quien machacar. ¿Cómo está de estado de ánimo el dictador ?

J.- Enfadado y pensativo

T.- ¿Qué crees que puede estar pensando ?

J.- Que qué hace ahora...

T.- ¿Cómo ve ese gigante lo que hacía antes con el niño ?

J.- Al menos no se aburría

T.- Imagínate ahora que está ahí, aburrido, sólo, pensativo, sin saber qué hacer. Y ahora ese niño que se liberó de su yugo, del dominio de ese dictador...ese niño que ha ido regalando caramelos muchas veces a otros niños, va a visitar al dictador. Pero ese dictador ya no tiene poder sobre él. Imagínate ese encuentro en que los dos hablan, dicen algo.

J.- El niño le pega una palmada en la espalda al dictador y dice : “¿Qué pasa ?”

T.- ¿Y qué contesta el dictador ?

J.- Nada.

T.- En la vida, a veces, da miedo la libertad, da miedo sentirse fuerte, sentir que ese tirano no va a estar y que ahora soy yo el que tienen que decidir, hacerme cargo de mí mismo, de mi futuro. Hay mucha gente que prefiere seguir estando debajo del tirano porque, aunque no crezca, o se sienta esclavo, se sienten protegidos. Pero otro prefieren arriesgarse, dejar al tirano y afrontar el riesgo que implica crecer, ser fuerte, desarrollarse. Ese es un momento difícil. Tú estás todavía asustado y aunque te moleste, prefieres ser dominado , pero yo sé que dentro de ti hay un hombre que quiere vivir, desarrollarse. Yo no sé cuándo, pero algún día va a poder mostrarse, va a poder tener el valor de decirle “adiós” a ese tirano y ser él mismo.

Más tarde le cuento dos historias: la primera sobre David y Goliat y la segunda sobre ciervos. Después de contarle como David venció a Goliat le dije: “muchas veces los gigantes parecen invencibles, pero siempre tienen puntos débiles. Solo hace falta tener valor y saber dónde darle para hacerle caer. David supo cómo hacerlo. Quizá tú también sepas cómo poder derribar a ese gigante que te está aplastando, dominando. Yo no sé cuándo, pero es muy posible que encuentres el modo de derribar a ese gigante, que le encuentres un punto débil para que caiga a

tus pies, para que tu vida no esté condicionada a su ansia de poder, de dominio... para que tú puedas desarrollarte y ofrecer las cosas buenas que tienes”. En la segunda historia le conté que en un manada de ciervos había un ciervo macho dominante y un día un ciervo más joven peleó con el ciervo dominante por el control de la manada. Le di dos salidas, en la primera el ciervo joven vencía, convirtiéndose en el jefe de la manada y en la segunda el ciervo joven se afirmaba delante del macho, se demostraban mutuo respeto, pero el ciervo joven se iba y formaba su propia manada. “Es ley de vida que uno de los machos jóvenes pueda enfrentarse al viejo. A veces peleando con él y ganando y otras veces afirmándose y buscando su propia manada. Eso es ley de vida, si el macho joven se queda siempre debajo del macho viejo no puede crecer, ser fuerte, desarrollarse. El macho joven tiene que mirar al macho viejo de frente, quizá no se trata de quitarle de en medio, ni de derribarle, ni de matarle, como hizo David con Goliat, sino poder hacer como ese niño que se alejó del tirano, se fue a otro sitio diferente, a vivir su vida, sin nadie que le impusiera su yugo, su dominio.

Todo esto está relacionado con su parte superyoica que le esclaviza y con la pelea con el padre, la posibilidad de ir saliendo de casa y hacer su vida.

Después de estas sesiones con técnicas ericksonianas volví a citar a la familia. Empezaron a hablar del tema de la comida y, en un momento dado, Juan le dijo a su padre: “Estamos hablando de la comida, pero aquí no se comentan nunca otras cosas que tú me haces “. El padre y la madre se quedaron extrañados y Juan comenzó a plantearle críticas al padre; comentó que habían ido a comprar a un hipermercado, el padre se fue a hacer otros recados y se olvidó de él. Juan se quedó horas en el supermercado y cuando llegó su padre no se disculpó. Al llegar a casa hubo un momento de tensión entre ambos, pero Juan no se enfrentó y se puso a llorar. El padre le contestó que parecía una niña. Juan expresó en sesión cómo se sentía con su padre y le dijo que él también tenía que cambiar. A partir de ahí se pudo pasar a un conflicto relacional en el que Juan mostró la necesidad de que su padre le reconociera y valorara y también el deseo de afirmarse ante él. En las siguientes sesiones trabajamos este conflicto y las mutuas demandas, evitando la pelea a través de los síntomas.

En este abordaje es muy importante la relación paciente-terapeuta al ofrecerle un modelo de padre que no quiere imponerse, que no quiere que sea de determinada manera, que quiere apoyar a la parte de él que quiere crecer... Todo esto va a ser un motor de cambio en el paciente, pero también un modelo de identificación y no sólo para el hijo, sino también para el padre. Luego podemos hablar con el padre sobre qué dificultades tuvo con su propio padre que le han hecho ser como una piedra; intentar desentrañar sus sentimientos, para que él también pueda desarrollarse a nivel emocional, de esta manera le estamos ofreciendo un padre mejor a ese hijo y al padre una alternativa de desarrollo personal. Con la madre podemos hacer lo mismo, al igual que con la relación entre los padres.

Con los anoréxicos pueden haber dificultades al inicio de la terapia si perciben al terapeuta varón como un rival y lleva un tiempo el que comiencen a verle como a un aliado. La ventaja es que le puede ofrecer mucho más fácilmente un modelo de identificación masculina. Todo tiene su cara y su cruz y las características del terapeuta, su manera de ser, si habló más con su padre o con su madre, si tiene más facilidad para hablar con mujeres o con hombres etc. determinará en gran medida su enganche con este tipo de pacientes, que en general son de peor pronóstico que las mujeres.

CONCLUSIONES

La anorexia nerviosa en varones y mujeres tiene puntos de semejanza: la sintomatología, la alexitimia, el conflicto con la identidad de género, rasgos de personalidad, etc., pero en nuestra cultura la identidad y el rol sexual tienen características diferenciales en ambos sexos y es necesario tenerlas en cuenta a la hora de abordar la anorexia nerviosa; por otro lado, en estos pacientes la dificultad de asumir su propio cuerpo y la identidad sexual es un conflicto nuclear que es necesario abordar, pero la obsesión por la comida y la desconexión con las vivencias interiores y los afectos a ellas ligados hacen difícil muchas veces el hablar de estos temas. Finalmente es frecuente que los anoréxicos vivan en familias en las que los conflictos se evitan y el proceso de emancipación está seriamente bloqueado, por ello suelen afirmarse ambivalentemente, peleando y mostrando las necesidades de dependencia, a través de la comida. La hipnosis ericksoniana, especialmente la narración de anécdotas, es de gran utilidad con pacientes alexitímicos, pues permite ayudar a fantasear, abriendo la capacidad de sentir y vivir relaciones en un estado de relajación y seguridad y en los anoréxicos nos ayuda a evitar peleas simétricas sugiriendo indirectamente soluciones que le ayuden a crecer sobre la base de su propia capacidad.

En este artículo el autor propone el uso de la hipnoterapia ericksoniana en la anorexia nerviosa para corregir el trastorno alexitímico y afrontar dificultades específicas que se presentan en estos casos. Finalmente describe un caso de un varón con anorexia nerviosa.

Palabras clave: Anorexia nerviosa, varón, alexitimia, hipnoterapia ericksoniana.

Nota del autor: Este trabajo ha sido posible gracias a la beca UPV 006.231-HA152/95 concedida por la Universidad del País Vasco al proyecto “Anorexia y bulimia. Un ensayo controlado de intervenciones familiares”.

Referencias bibliográficas:

- ANDERSEN, A.E.(1990). *Males with eating disorders*. New York: Brunner/Mazel.
- ANDOLFI, A., & ANGELO, C. (1985). Familia e individuo in una prospettiva trigerazionale. *Terapia familiare*, 19, 17-23.
- BEAUMONT, P.J.V. BEARDWOOD, C.J., & RUSSEL, G.F.M. (1972). The occurrence of the syndrome of anorexia nervosa in male subjects. *Psychological Medicine*, 2, 216-231.
- BIEBER, I. DAIN, H. DINCE, P, DRELLICH,M, GRAND, H., *et al.*, (1962). *Homosexuality: A psychoanalytic study*. New York: Basic Books.
- BOSZORMENYI-NAGY, I. & SPARKS, L. (1973). *Invisible loyalties*. New York: Harper and Row.
- BOWEN, M. (1978). *Family Therapy in clinical practice*. New York: Jason Aronson.
- CANEVARO, A. (1995). Terapia familiar trigeracional. En M. Garrido y A. Espina (Eds.), *Terapia familiar. Aportaciones psicoanalíticas y transgeneracionales*. Madrid: Fundamentos.
- CRISP, A.H. (1967). Anorexia nervosa. *Hospital Medicine*, May, 713-718.
- CRISP, A.H., & TOMS, D.A. (1972). Primary anorexia nervosa or weight phobia in the male. Report on 13 cases. *British Medical Journal*, 1, 334-338.
- CRISP, A.H., MATTHEWS, B. NORTON, K.R.W., & OAKEY, M. (1986). Weight-related attitudes and behaviour in anorexics, recovered anorexics and normals. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 789-798.
- CRISP, A.H., & BURNS, T. (1990). Primary anorexia nervosa in the male and female: A comparison of with clinical features and prognosis. En A.E. Andersen (Ed.), *Males with eating disorders*. New York: Brunner/Mazel.
- CRISPO, R. FIGUEROA, & E. GUELAR, D. (1994). *Trastornos del comer. Terapia estratégica e intervenciones para el cambio*. Barcelona: Herder.
- DALLY, P. (1969). *Anorexia nervosa*. London: Heineman.
- ERICKSON, M.H., & ROSI, E.L. (1979). *Hypnotherapy: An exploratory casebook*. New York: Irvington.
- ERICKSON, M.H., & ROSI, E.L. (1981). *Experiencing hypnosis: Therapeutic approaches to altered states*. New York: Irvington.
- ESPINA, A. (1981). Anorexia mental. Individuo y familia. *Clínica y análisis grupal*, 4, 2-93.
- ESPINA, A. (1987). *Perspectivas en psicoanálisis. Estructura borderline, psicosis y feminidad*. Madrid: Fundamentos.
- ESPINA, A. (1995). Algunas claves psicoanalíticas para terapeutas familiares. En M. Garrido y A. Espina (Eds.), *Terapia familiar. Aportaciones psicoanalíticas y transgeneracionales*. Madrid: Fundamentos.
- ESPINA, A. (1996). Terapia familiar sistémica en la anorexia nerviosa. En A. Espina y Pumar (Eds.), *Terapia familiar sistémica. Teoría, clínica e investigación*. Madrid: Fundamentos.
- ESPINA, A. (1997a). El constructo alexitimia. Implicaciones clínicas y terapéuticas. En J. García y M. Garrido. *Procesos cognitivos y psicoterapia*. Madrid: Fundamentos
- ESPINA, A. (1997b). Psicoterapia relacional de la alexitimia. Un caso de anorexia nerviosa. En J. García y M. Garrido (Eds.), *Procesos cognitivos y psicoterapia*. Madrid: Fundamentos
- FISCH, R., WEAKLAND, J.H., & SEGAL, L. (1982) *The tactics of change*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- FISHER, G., FISHER, J., & STARK, R. (1980). The body image. En *Aesthetic plastic surgery*. Boston: Little, Brown and Company.
- FITCHER, M.M., DASER, C., & POSTPICHL, F. (1985). Anorexic syndromes in the male. *Journal of Psychiatric research*, 19, 305-313.
- FITCHER, M.M., & DASER, C. (1987). Symptomatology, psychosexual development and gender identity in 42 anorexic males. *Psychological Medicine*, 17, 409-418.
- FREUND, K., & BLANCHARD, R. (1988). Is the distant relationship of fathers and homosexual sons related to the sons' erotic preference for male partners or to the sons' atypical gender identity or to both? *Journal of homosexuality*, 2, 15-34.
- FRISCH, R. E. (1988). Fatness and fertility. *Scientific American*, March, 88-95.
- HALEY, J. (1967). Advanced techniques of hypnosis and therapy: Selected papers of Milton H. Erickson. New York: Grune and Stratton.
- HALEY, J. (1976). *Terapia para Resolver Problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.

- HALEY, J. (1980). *Leaving Home*. New York: McGraw-Hill.
- HALL, A., DELAHUNT, J.W., & ELLIS, P.M. (1985). Anorexia nervosa in the male: Clinical features and follow-up of nine patients. *Journal of Psychiatric Research*, 19, 315-321.
- HERZOG, D.B., NORMAN, D.K., GORDON, C., & PEPOSE, M. (1984). Sexual conflict and eating disorders in 27 males. *American Journal of Psychiatry*, 141, 898-990.
- HERZOG, D.B., BRADBURN, I.S., & NEWMAN, K. (1990). Sexuality in males with eating disorders. En A. E. Andersen (Ed.), *Males with eating disorders*. New York: Brunner/Mazel.
- KEARNEY-COOKE, A., & STEICHEN-ASCH, P. (1990). Men, Body image and eating disorders. En A. E. Andersen (Ed.), *Males with eating disorders*. New York: Brunner/Mazel.
- KLESGES, R.C., MIZES, J.S., & KLESGES, L.M. (1987). Self-help dieting strategies in college males and females. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 409-417.
- KRISTAL, H. (1979). Alexithymia and psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 33, 17-31.
- KRYSTAL, H. (1982). Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic treatment. *Int. J. Psychoanal. Psychoter.*, 9, 353-378.
- MADANES, C. (1981). *Strategic Family Therapy*. San Francisco: Jossey Bass.
- MARTY, P. (1980). *Les mouvements individuels de vie et de mort. L'ordre psychosomatique*, Vol. 2. Paris: Payot.
- MCDOUGALL, J. (1974). The psychosoma and psychoanalytic process. *Int. Rev Psychoanal.*, 1, 437-1459.
- MCDOUGALL, J. (1985). *Theaters of the mind: Illusion and truth on the psychoanalytic stage*. New York: Basic Books.
- MARTY, P., & M'UZAN, M. (1963). La "pensée opératoire". *Revue Française de Psychanalyse*, 27 (suppl.), 1345-1356.
- MICKALIDE, E. D. (1990). Sociocultural factors influencing weight among males. In A. E. Andersen (Ed.), *Males with eating disorders*. New York: Brunner/Mazel.
- MINUCHIN, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- MINUCHIN, S. ROSMAN, B.L., & BAKER, L. (1978). *Psychosomatic families. Anorexia nervosa in context*. Cambridge: Harvard University Press.
- NARDONE, G., & WATZLAWICK, P. (1990). *El arte del cambio*. Barcelona: Herder.
- NEMIAH, J.C. (1977). Alexithymia. Theoretical considerations. *Psychoter. Psychosom.*, 28, 199-206.
- O'HANLON, W.H. (1987). *Raíces profundas. Principios básicos de la hipnosis ericksoniana*. Barcelona: Paidós.
- ONNIS, L., & DI GENARO, A. (1987). Alexitimia: Una revisione critica. *Medicina Psicosomatica*, 32, 45-64.
- POPE, H.G., HUDSON, J.L., & JONAS, J.M. (1986). Bulimia in men: A series of fifteen cases. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 117-119.
- PRYTULA, R.E., WELFORD, C.D., & DeMONBREUN, B.G. (1979). Body self-image and homosexuality. *Journal of clinical Psychology*, 35, 567-572.
- ROBINSON, P.H., & HOLDEN, N.L. (1986). Bulimia nervosa in the male: A report of nine cases. *Psychological Medicine*, 16, 795-803.
- ROSEN, S. (1982). *My voice will go with you: the teaching tales of Milton H. Erickson*. New York: Norton.
- ROSI, E. L. (1980). *The collected papers of Milton Erickson on hypnosis*. New York: Irvington.
- SELVINI, M., & VIARO, M. (1988). The anorectic process in the family: a six stage model as a guide for individual therapy. *Family Process*, 27, 129-148.
- SCHNEIDER, J.A., & AGRAS, W.S. (1987). Bulimia in males: A matched comparison.
- SIFNEOS, P.E. (1973). The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients. *Psychoter. Psychosom.*, 22, 255-262.
- SIFNEOS, P.E. (1975). Problems of psychotherapy of patients with alexithymic characteristics and physical disease. *Psychoter. Psychosom.*, 26, 65-70.
- SLUZKI, C. (1983). Process, structure and word views. Toward an integrated views of systemic models in family therapy. *Family Process*, 22, 469-475.
- SOURS, J.A. (1980). *Starving to death in a sea object: The anorexia nervosa syndrome*. New York: Janson Aronson.
- STIERLIN, H. (1977). *Psicoanálisis y terapia familiar*. Barcelona: Icaria.
- STIERLIN, H., & WEBER, C. (1989) *Detrás de la Puerta Familiar*. Barcelona: Gedisa.
- TENENBAUN, S. (1996). *L'hipnose éricksonienne: Un sommeil qui éveille*. Paris: InterEditions.
- THOMPSON, N.L., SCHWARTZ, D.M., MACANDLESS, B.R., & EDWARDS D.A. (1973). Parent-child relationships and sexual identity in male and female homosexuals and heterosexuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 120-127.

- TURNBULL, J.D., FREEDMAN, C.P.L. BARRY, F., & ANNANDALE, A. (1987). Physical and psychological characteristics of five male bulimics, *British Journal of Psychiatry*, 150, 25-29.
- WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J.H., & FISCH, R. (1974) *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. New York: Norton.
- WATZLAWICK, P. (1980). *El lenguaje del cambio*. Barcelona: Herder.
- WHITE, M. (1983). Anorexia nervosa: A transgenerational system perspective. *Family Process*, 22 (3), 255-273.
- WHITE, M. (1986) Anorexia nervosa. A cybernetic perspective. En J. Elka-harkaway (Ed.) *Eating disorders and family Therapy*. New York: Aspen.
- WOODSIDE, D.B., GARNER, D., ROCKERT, E., & GARFINKEL, P.E. (1990) Eating disorders in males: Insights from clinical and psychometric comparison with female patients. En A.E. Andersen (Ed.), *Males with eating disorders*. New York: Brunner/Mazel.
- ZEIG, J.K. (1980). *Un seminario didáctico con Milton Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu.