

TRAUMA Y TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN: IMPLICACIONES TEÓRICAS Y TERAPÉUTICAS

LUISA CASTALDI*

Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile

RESUMEN Los trastornos de alimentación representan un fenómeno complejo, cuya aproximación implica miradas que integren múltiples niveles de análisis. El presente documento pretende analizar el concepto de trauma relacional aplicado a contextos relacionales en los cuales un miembro presenta tal sintomatología. Se presentan y articulan las implicancias ligadas a la hipótesis planteada, con el objetivo de evidenciar como el tomar en consideración la existencia de un trauma relacional puede ser útil para profundizar aspectos de la dinámica familiar y del posicionamiento individual del miembro sintomático, integrando los aportes psicoanalíticos y sistémicos. Se articulará dicho concepto con la visión trigeracional clásica y se explicitarán las implicancias posibles en relación al trabajo terapéutico.

PALABRAS CLAVE anorexia; bulimia transgeneracional; trastornos de alimentación; trauma relacional

TRAUMA AND EATING DISORDERS: THEORETICAL AND THERAPEUTICAL IMPLICATIONS

ABSTRACT Eating disorders represent a complex phenomenon that requires a multiple-level analysis approach. The present document analyzes the concept of relational trauma applied to relational contexts where a member presents the symptomatology. The implications linked to the hypothesis proposed are presented and articulated, with the purpose of providing evidence of how considering the existence of a relational trauma can be useful for analyzing elements of family dynamics and of the individual positioning of the symptomatic member, integrating both psychoanalytic and systemic contributions. The concept of relational trauma is articulated with the traditional third-generation view, and the possible implications concerning therapeutic work are stated.

KEYWORDS anorexia; transgenerational bulimia; eating disorders; relational trauma

RECIBIDO 24 Septiembre 2008
ACEPTADO 29 Diciembre 2008

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO:
Castaldi, L. (2008). Trauma y trastornos de la alimentación: Implicaciones teóricas y terapéuticas. *Psicoperspectivas*, VII, 12-31. Recuperado el [día] de [mes] de [año] desde <http://www.psicoperspectivas.cl>

*** AUTORA PARA CORRESPONDENCIA:**
Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Escuela de Psicología. Avenida El Bosque - 1290. 2530388, Viña del Mar. Chile. Tel: 56.32.2274363. lcastald@ucv.cl

*Mujer es esposa, mujer es madre pero no es persona.....ni siquiera intenté
a cambiar la mentalidad de los demás porque los amo demasiado para
cometer una violencia tan grande....*

Lara Cardella, "Volevo i pantaloni" (1989)

Introducción

La búsqueda de una relación entre trastornos de alimentación y eventos traumáticos no es nueva y, aunque no haya implicado hallazgos que puedan ser generalizados, ha significado, en algunos casos, un aporte en la comprensión de los múltiples aspectos relacionados con etiología y dinámica de los trastornos de alimentación. Aunque estos tipos de síntomas sean indicados entre aquellos que se desarrollan como consecuencia de situaciones de abuso sexual intra y extra familiar (Perrone y Nannini, 1997; Déttore, Fuligni y Vitaliano, 1993), en investigaciones más amplias no ha sido posible encontrar, en la historia de los pacientes, de forma generalizada, la presencia de eventos claramente reconocidos como generadores de daños. Podríamos entonces deducir que entre las personas que presentan una sintomatología de este tipo, no son más recurrentes que en otras con otro tipo de trastorno, eventos vitales significados como especialmente estresantes (Schmit, Tiller, Blanchard, Andrews y Treasure, 1997). Por otro lado se plantea la hipótesis que las mujeres adolescentes anoréxicas que tienden a vivir situaciones traumáticas (por ejemplo abuso sexual) presentan una situación de vulnerabilidad previa, definida como trauma de fondo (Brody en Szajnberg, 2003), relacionada con experiencias infantiles de poca acogida y apoyo de parte de figuras cuidadoras, especialmente la madre.

En ese sentido hablar de trauma no significa necesariamente hacer referencia a eventos específicos e identificables, reconocibles en términos causales como originarios de un cierto tipo de trastornos. Al contrario, preguntarse acerca de la relación existente entre sintomatología relacionada con alimentación y trauma, significa estar abierto a la posibilidad de encontrar una dinámica vincular marcada

por el quiebre de la confianza básica y de la ausencia de reconocimiento. Si bien es cierto que elementos de esta índole no son específicos de este tipo de fenómenos, hay, en las características comúnmente reconocidas como propias de los trastornos de alimentación, aspectos especialmente significativos que vale la pena profundizar.

Como se comentaba anteriormente, para hablar de la presencia del trauma en la historia de un paciente no es necesario encontrarnos con una situación grave o eventos especialmente dramáticos. Aquel que provoca impacto no es una situación por sí misma sino la falla ambiental (Winnicott, 1965), el fracaso de un contexto que no puede ofrecer al niño el sostén, el apoyo necesario para enfrentar situaciones que no puede manejar emocionalmente porque vivenciada como discordantes con su nivel de maduración. En ese sentido *son* "infinitos los traumas que pueden ser para nada visibles, porque infinitas pueden ser las situaciones que el infante puede vivir como traumáticas, en cuanto experiencias precoces o que no reflejan sus necesidades y sus potencialidades innatas" (Gatti Pertegato, 1994, p. 206).

La definición anterior posiciona la vivencia traumática en la relación, no en el evento mismo, subrayando la importancia y centralidad del contexto en el reconocimiento de las necesidades del pequeño¹. Este planteamiento abre múltiples niveles de análisis en relación a la construcción de la subjetividad del bebé y de las características del mundo relacional a que él pertenece.

Respecto al primer aspecto autores de la línea intersubjetiva, retomando los planteamientos de Ferenczi (1981) y Winnicott (1965), han puesto en evidencia como la incapacidad del ambiente de reconocer y hacerse cargo de la conmoción provocada por cualquier tipo de situación que sobrepase las capacidades de enfrentamiento del niño, obliga al encapsulamiento de las sensaciones dolorosa, transformándose en una extrema vulnerabilidad emocional.

¹ Si bien el impacto de las situaciones vividas como intolerables son distintas y tienen diferentes impactos dependiendo de la fase de maduración del niño, no parece necesario en esta sede especificar ya que se pretende focalizar en la dinámica general.

En ese sentido el trauma se produce por la ausencia, de parte del contexto significativo, de una respuesta que valide del dolor psíquico provocado por la situación de sufrimiento (Stolorow y Atwood, 1992; Díaz, 2002). La necesidad de dejar afuera de la conciencia vivencias dolorosas hace que se conforme lo que se define como un falso self, que le permite al niño salvar el vínculo, satisfaciendo a los padres y que, al mismo tiempo, lo protege de la angustia.² Sin embargo a la larga eso implica tener que dejar afuera aspectos percibidos como egodistónicos, que no se pueden integrar, pero que sin embargo volverán a través de la sintomatología o de comportamientos rebeldes y agresivos, como intentos de ataques a las excesivas expectativas familiares (Winnicott, 1965; Longo, 1996).

En relación al destino de este proceso nos podríamos preguntar, en una mirada diacrónica, acerca de la transmisión inter y transgeneracional del trauma, para focalizarnos en los efectos directos e indirectos de la ausencia de contención del dolor y de la angustia, que se transforman en elementos mitológicos. Esto nos permitiría entender el mundo relacional en el que aprende a desenvolverse el pequeño. Retomaremos este aspecto un poco más adelante.

Emocionalidad y conciencia de sí mismo en los trastornos de alimentación

Autores de diferentes orientaciones teóricas han puesto en evidencia características de las pacientes³ con trastornos de alimentación que parecen interesantes de retomar para analizar algunas de ellas a la luz del planteamiento

² Según Winnicott (1948) el falso self implica una sobreestimulación mental para controlar el equilibrio psique-soma. La atención del niño está dirigida a controlar sus necesidades y no la respuesta ambiental por la inseguridad y desconfianza que se ha producido lo que a la larga provoca un importante desequilibrio justamente a cargo de la relación psique-soma. Este planteamiento parece coherente con el esfuerzo de control hacia sí misma que realizan las personas que presentan trastornos de alimentación.

³ A lo largo del escrito se tenderá a hablar de pacientes mujeres. A pesar de tener claridad de la importancia que está asumiendo el fenómeno anoréctico entre los hombres, se pretende abocarse especialmente a las características de la vinculación femenina, no teniendo claridad todavía de la especificidad de la masculina.

recién expuesto, específicamente la alexitimia⁴ y la baja autovaloración (González, Hidalgo, Hurtado, Nova, y Venegas, 2002). Las personas que presentan trastornos de alimentación frecuentemente muestran algún grado de dificultad en el manejo de sus emociones, llegando a veces a un importante nivel de aplanamiento afectivo. Estudios clínicos (Stierling, 1997; Selvini, Ciriolo, Selvini y Sorrentino, 1998) e investigaciones empíricas (Silva, Livacic y Slachevsky, 2006; Silva y Gempp, 2004) se han detenido en la forma de regular y expresar las emociones de las mujeres con sintomatología de este tipo, evidenciando dificultades en el ya sea en proceso de reconocimiento de los sentimientos y que de la posibilidad de autoregularse en relación al mundo externo.

La capacidad de reconocer y expresar emociones es resultado de un complejo proceso de construcción relacional, en donde mientras nos vamos descubriendo como sujetos, distintos de los otros, también aprendemos a decodificar las pautas culturales sociales de las que las interacciones emocionales son parte (Gergen, 1996). En ese sentido el *no tener palabras para los sentimientos* (alexitimia) (Wheeler et al., 2005) se puede relacionar con la dificultad de haber podido tener lugar en la mente de otro, o sea con la precocidad de un trauma relacional no experimentado ni simbolizado. (Jordan-Moore, 2002)

La dificultad relacionada con el proceso de autoregulación emocional, basado en el reconocimiento de la emoción y en la capacidad de tolerar y manejar los componentes somáticos de la misma, a pesar que se defina como “deficiente conocimiento interoceptivo” (González et al., 2002, p. 101) no tiene un origen interno. El pasaje desde la emoción, el “el estado pulsional, o sea, la percepción psíquica de lo biológico”, al sentimiento, o sea a “los significantes que entregan espesor a la persona en cuanto persona”, (Pontalti, 1996) tiene lugar en el espacio intersubjetivo, a través de la función de regu-

⁴ Se entiende por alexitimia la dificultad de identificar y expresar las emociones y la tendencia a confundir las emociones con las sensaciones físicas. Esa característica es considerada transversal en los trastornos de alimentación, apareciendo como uno de los aspectos considerado en la evaluación de los factores de riesgo para el desencadenamiento de tales fenómenos (González et al., 2002; Wheeler, Greiner y Boulton, 2005).

lación, pero también de reconocimiento que ofrece la figura cuidadora al bebé (Benjamin, 1988). Es la capacidad de reconocimiento y regulación emocional del otro hacia mí que me permite poder llegar a reconocer y regular mi necesidad que ha sido decodificada y experienciada a través del proceso de reflectividad del otro.

El trauma relacional, anterior a la capacidad de simbolización, es una experiencia vivenciada pero que no puede ser narrada (Jordan-Moore, 2002), que queda como patrimonio de la memoria procedimental, situada en el cuerpo, actuada con el cuerpo pero no recordada, una experiencia sin palabras, de algo que se sabe como es pero no lo que es (Stern, 1991). El emerger de la subjetividad es relacional y corporal: es a través de su cuerpo sostenido, alimentado, manipulado y estimulado por el cuidador (Winnicott, 1965) que se permite el emerger del sí mismo en sus distintas fases del desarrollo. Es a través de su cuerpo, de los órganos sensoriales, que el bebé aprende a *identificar los rasgos invariantes de la conducta interpersonal* (Stern, 1991), descubriendo una recíproca potencialidad de regulación.

Las mujeres que presentan trastornos de alimentación experimentan en relación a su cuerpo una dolorosa paradoja: por un lado psicósomáticamente todo está centrado en él, el soma se transforma en el vehículo de expresión de lo que no tiene nombre; por el otro una pronunciada desomatización hace evidente la poca capacidad de leer los propios mensajes corporales hasta los más básicos (por ejemplo el cansancio provocado por los ayunos prolongados). El alto nivel de dependencia de la opinión de los demás para sentirse valiosas y válidas se contrapone a la necesidad de remarcar espacios de autonomía e independencia, siendo el cuerpo el "campo de batalla", de lucha para el control de sus vidas⁵.

⁵ Resulta interesante incorporar el aporte de Linares (1996) con el concepto de *nutrición emocional*, justamente por la metáfora de las funciones nutricias de la familia. El ejercicio de una parentalidad incapaz de nutrir, hace que los hijos no se sienten amados, valorado ni reconocidos. En las familias cuyos miembros pueden presentar un trastorno de alimentación, en contraposición con la dificultad de nutrición emocional se desarrolla, a veces, una atención excesiva respecto a la alimentación, sintiendo que la capacidades de crianza se juegan en relación a cuanto y como comen los hijos.

Gloria tiene 17 años, es la segunda de tres hermanas, la más bonita, la más delgada. Siempre ha sido la más tranquila, la más cercana a la madre, la más tímida e insegura sobretodo en el aspecto intelectual, tema muy importante para la familia. Los padres se presentan como muy atentos y cariñosos, preocupados por esta hija para la cual están hasta dispuestos a asistir a terapia puesto que consideran que *“lo que uno no puede resolver solo tiene que ponerlo en las manos de Dios”*. Saben que la hija ha pensado en suicidarse, se ha practicado cortes en los brazos en varias ocasiones, sin embargo no tienen claridad respecto a cuando pasó eso, no reconocen sus cambios anímicos. Todo lo emocional en la casa gira alrededor de la madre, un mujer que ha sufrido mucho cuando chica y que ahora vive por ellas. La madre se siente responsable de haberles inculcado la preocupación por el peso, por mantener una buena imagen. (En la familia todos presentan evidente sobre-peso menos Gloria). La mamá dice que lo único que desea es que *“se le vea en la carita que disfruta la comida”*.

Físicamente en la sesión Gloria ocupa el espacio menor, casi tratando de hundirse en la silla, sin expresión, hablando lentamente, mientras que los distintos miembros la instan a expresarse. En la quinta sesión Gloria empieza a plantear sus dificultades en poder ser aceptada por su familia tal como es, no tener que cumplir con una imagen. Por ejemplo respecto al peso dice que está segura que a su madre no le gustaría que ella subiera de peso, siempre le ha dicho que ella tiene que ser la flaca de la familia. La madre no la mira en toda la sesión, se margina de la conversación y cuando los terapeutas salen de la sala dice airadamente, dirigiéndose al marido *“No comprendo que en este lugar se digan estas cosas, yo no necesito este lugar tengo mi casa y mi familia para hablar de estas cosas es la casa el hogar, el refugio, ese es el lugar para hablar”*.

Esa lucha para definir quién y cómo dirigir y orientar la propia vida, en vez que construirse como un proceso cada vez más personal se constituye cada vez más como espacio de pelea con el otro para definir quién detiene el poder en la relación.

Dinámicas de poder y trastornos de alimentación

Jessica Benjamin (1988), hablando del fracaso en la construcción del proceso de mutualidad intersubjetiva, sostiene que *“en un ciclo negativo de reconocimiento se hace doloroso ya sea el estado de separación que el de unión. Se siente que la soledad sólo es posible obliterando el otro inclusivo y que la*

sintonía sólo es posible rindiéndose al otro” (p. 43). Se pone en evidencia de este modo como la adquisición de la capacidad de autoregularse, de reconocerse, está directamente relacionada con la presencia de dos sujetos intracuantantes, entre los cuales prevalece la identificación del otro como simétrico. El ciclo negativo tiene como consecuencia la complementariedad rígida, que obliga a uno de los dos a ponerse en el polo pasivo, de necesidad, favoreciendo la oposición y por ende la desvalorización de aquel que queda en la posición de sometimiento⁶ (Benjamin, 1988).

El tema del poder, del control, de la lucha para la autonomía es, como se decía anteriormente, especialmente central y complejo en las dinámicas relacionales de las familias con un miembro que presente trastornos de alimentación. Según Ugazio (1998) los niños, pertenecientes a contextos a riesgo de generar algún síntoma de tal naturaleza, tienen que *com-ponerse*⁷ respecto a universos semánticos marcados por la polaridad primaria vencedor/perdedor, que se asocia con otras definidas como iniciativa/pasividad, control/docilidad, etc. “La polaridad ‘vencedor/perdedor’ no puede percibirse, ni siquiera en la experiencia inmediata, como un rasgo individual. Se refiere exclusivamente a la relación. Es el resultado de una confrontación” (Ugazio, 1998, p. 274).

A pesar del lenguaje y de provenir desde una óptica diferente, la visión recién planteada es convergente con la psicoanalítica intersubjetiva en dos aspectos, centrales para el tema que se está desarrollando: 1) el proceso de construcción subjetiva está marcado por las características y la especificidad del contexto de pertenencia y no sólo por las de la madre, 2) aunque claramente la infancia representa un momento crucial en la definición del posicionamiento personal en el mundo relacional, la dificultades actuales de la

⁶ Fried S. (1996) (que se rehace a las ideas de E. Morin), desde una visión constructorista, plantea una idea equivalente, describiendo la dinámica de la constitución del sujeto en términos de paradoja: para poder reconocer y reconocerse el sujeto tiene que ser reconocido por los otros, descubriendo su posibilidad de autonomía en la interdependencia.

⁷ Según la autora, también de orientación constructorista, el desarrollo de los individuos se da en contextos semánticos marcados por polaridades semánticas que organizan la conversación. Una de las propiedades de esta está dada por la imposibilidad del individuo de no tomar posición en la dimensión semántica relevante del propio contexto relacional. En ese sentido se *com-pone*.

familias y de los individuos no dependen de forma causal de eso, sino que los acontecimientos infantiles nos plantean la inquietud respecto a la capacidad y a la forma de las familias de ofrecer reparación y elaboración de aquellos. La necesidad de reconocimiento es un elemento constante a lo largo de la vida y el espacio de libertad en las interacciones, el poder descubrir posiciones no definidas a priori, sigue siendo una falencia actual en los núcleos que presentan miembros con trastornos de alimentación.

Según la descripción de la hermana mayor, Leyla, Gloria pertenece al bando de los débiles de las familias en conjunto con Verónica, la madre y la hermana menor. Ellas son sentimentales, vulnerables y con poca capacidad de resolución de problemas. Los fuertes de la familia son el papá y la hermana mayor, ambos capaces de enfrentar dificultades y salir adelante. Esta fuerte demarcación de bando hace que por un lado los fuertes no se muestren y ni siquiera se miren ya que consideran que las dificultades nacen por culpa de otro grupo. Las débiles centran todo en lo emocional, dejando en segundo plano sus capacidades y proyectos, haciéndose cargo de unir a la familia. Leyla y el padre son ambos cocineros.

Remarcando la importancia de estos últimos aspectos, o sea teniendo claro ya sea la relevancia del contexto ampliado como ambiente sostenedor y la dimensión temporal de los procesos de desarrollo que cuyas características no se basan en sucesos aislados sino en dimensiones diacrónicas, vale la pena retomar la especificidad de la relación madre-hija y las primeras fases de la emergencia del sujeto para profundizar algunos elementos bien significativos en relación a las dinámicas relacionales que acompañan los trastornos de alimentación.

Si bien hay un aumento de la presencia de hombres entre los pacientes que presentan estos síntomas, indudablemente la especificidad de género sigue siendo un elemento importante de considerar y comprender.

Si el proceso de reconocimiento supone una madre que pueda proponerse como distinta, separada del bebé, como no-yo respecto al otro, la madre tiene que sentirse a si misma sujeto, con deseos y un mundo propio que no se sobreponga al del hijo (Benjamin, 1988, 1995).

El contexto cultural occidental actual favorece una relación de las mujeres consigo misma y con los demás ambivalente y contradictoria: por un lado se estimula la autonomía, autosuficiencia, la competitividad pero por el otro no se cuestiona la centralidad y la sacralidad de la imagen materna (Selvini Palazzoli, 1997) realzando las características de desexualización y falta de deseos y necesidades propias (Benjamin, 1988). A pesar de los importantes cuestionamientos introducidos por los estudios de género y por el feminismo, o quizás justamente por eso, el recorrido de las mujeres sigue estando marcado por las tensiones y la ambivalencia, siendo definidas por y a través de los demás, confundiendo sus necesidades con la de los otros. El punto central no es la importancia que se les otorguen a las relaciones (Maine, 2001), sino la centralidad de ellas en la definición personal: el self no existe sino en relación con otros⁸, sin embargo distinta es la situación en la que “es la relación en curso con las personas significativas la que contextualiza, en el ‘aquí y ahora’, el self y no viceversa” (Ugazio, 1998, p. 282).

En ese sentido la autonomía no es un cierre en sí mismo, no es soledad sino “la capacidad de acceder a un dominio de la gestión de las propias pertenencias” (Neuburger, 1997, p. 11) reconociendo al mismo tiempo las de los demás. Si identificamos como el primer dominio de autonomía que el bebé va experimentando el cuerpo y los placeres asociados a él, podemos entender la dificultad de una madre que no experimenta su cuerpo ni como placentero, ni siquiera como definido en sus límites, en reconocer y afirmar las sensaciones corporales de su hijo (Benjamin 1988; Leonardi, 1994).

En la relación entre la madre y la hija, entre el cuerpo materno y el de la bebé, entra otro elemento de complejización: la identificación de género. La niña es vivida como extensión de sí misma a diferencia del niño hombre, que es percibido como diferente de sí (Leonardi, 1994; Arcidiacono, 1994). Sin embargo, a pesar de parecer una generalización cultural, esa vinculación es única e irrepetible, marcada por el contexto, pero vivenciada en la especifici-

⁸ Esta visión es compartida, a pesar de los lenguajes distintos, por autores de la línea intersubjetiva (por ejemplo Stolorow y Benjamín) y constructorista (por ejemplo Ugazio, Fried , entre otros).

dad de los significados personales (Chorodow, 2004). La imagen que la mujer tiene de si misma y de su femineidad y la percepción de la diferencia entre los sexos (Arcidiacono, 1994) son algunos de los aspectos que influyen en la relación que ella establece con las necesidades de la niña, canalizadas a través del cuerpo. Para la mujer que no percibe su cuerpo como parte de si misma, que se siente más como un objeto que como un sujeto de deseo “es difícil transmitirle a su hija la subjetividad corporal, dirigiéndose a su hija como a otro sujeto, a otro cuerpo/sí igual pero diferente del suyo” (Leonardi, 1994, p. 104). La ambivalencia materna respecto a la autonomía/dependencia influye necesariamente en el reconocimiento y sostén de la búsqueda de autoafirmación de la hija, por un lado estimulada y por el otro vivenciada como amenazante por la propia validación como madre⁹.

Para el proceso de reconocimiento es fundamental, como se decía anteriormente, que la bebé pueda reconocer a la madre también como sujeto, con una identidad independiente, que puede ser contenedora así como creadora, y estimuladora (Benjamin, 1988, 1995). En ese sentido la sintonización es recíproca, validando el papel activo de la niña en la interacción pero también cuestionando la “disponibilidad” total de la madre como objeto de la necesidad del recién nacido.

Si bien se ha profundizado especialmente en la relación de la madre con la hija es necesario aclarar que esta no se desarrolla en un contexto aislado: la vicisitudes de la construcción relacional al interior del grupo familiar no son diádicas, sino que aunque de forma fantasmática, incluyen terceros, o sea siempre hay alguien más que influye, quizás indirectamente, en la dinámicas interactivas. En ese sentido es central obviamente el papel del padre y en general de aquellas personas que conforman la red de apoyo de la figura central de cuidado. La insatisfacción afectiva, la soledad, el descuido pero también la poca responsabilización en la crianza, por ejemplo del padre,

⁹ Dice Verónica, en relación al proceso de individuación de las hijas, que ella entiende que tienen que crecer, sin embargo le gustaría que “siempre fuera invierno y que lloviera para quedarnos todos juntos”. El trastorno de Gloria en ese sentido ha funcionado como día de lluvia, por lo menos en un comienzo.

agudizan las dificultades personales del cuidador. Diversos autores han evidenciado por un lado el impacto provocado por las secuencias estables de interacciones evitativas o de complicidad encubierta con el padre en la generación de contextos sintomáticos y por el otro la influencia de la familia de origen en la transmisión de patrones relacionales y mitológicos que fomentan y mantienen los trastornos de alimentación (Stierling y Weber, 1997; Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini, Sorrentino, 1998).

En la quinta sesión con la familia el padre apoya y trata de entender la posición de la hija, las dificultades de poder enfrentarlos en elecciones que ella piensa que les van a molestar. Mira a cada rato a su esposa, atento a cada movimiento de ella. Al final de la sesión la esposa plantea que ella no quiere seguir asistiendo porque desea dejar todo en manos de Dios, siente que lo ha traicionado en aceptar venir. El marido inmediatamente se alía con ella, diciendo que desde un comienzo él había planteado eso. Gloria se queda sola en su búsqueda de individuación.

Coherentemente con el tema tratado hasta ahora nos podríamos preguntar específicamente qué y cómo se trasmite la experiencia traumática, o sea complementar la hipótesis traumática en los trastornos de alimentación con una mirada sistémica, histórico-evolutiva.

Transmisión transgeneracional del trauma

En términos relacionales la historia de la familia adquiere importancia no tanto respecto a hechos y personajes, cuanto al significado que esos tienen para las distintas generaciones: no se traspasa una historia sino que a través de ella se comparten significados atribuidos a los eventos y a los personajes. La historia de las familias no sólo cuenta algo acerca de situaciones sino que sobretodo nos habla acerca de las explicaciones que los miembros se dan con respecto al mundo, a las emociones, a las relaciones. Nos relata qué cosa genera temor y angustia y cómo eso se enfrenta en esa específica familia. Parte del mundo de significaciones familiares está claro para todos los miembros y reside en el espacio de transmisión intergeneracional familiar; sin embargo hay otra parte, la más compleja, que es desconocida racionalmente, que es transgeneracional, o sea que pasa a través de los miembros de la familia, sin

“utilización de la mediación y de la experiencia de la separación” (Corigliano, 1996, p. 5). Es justamente según este último canal, que pertenece a un espacio y tiempo que no se traduce en el lenguaje verbal, que se traspasan los significados que atañan a la emocionalidad y a la relacionalidad, que caracterizan de forma específica y peculiar la dinámica familiar.

Los mitos no sólo transmiten relatos sino también sistemas vinculares, forma de estar juntos, en el tiempo y en el espacio, de situar el cuerpo, de posicionarse en un cierto contexto y de responder a ciertas señales que sólo el cuerpo codifica y decodifica. Cada cuerpo incorpora “desde el nacimiento, una historia relacional inconciente que deriva de modo complejo de las experiencia de cuidados y de los mensajes inconcientes transmitidos a través de la palabra y del contacto corporal” (Chorodow, 2004, p. 5). En el cuerpo que amamanta, que sostiene, está inscrita la experiencia sin nombre de dolores anteriores, de traumas relacionales antiguos, pero que nunca han sido reparados, y por ende son actuales y presentes, a pesar de las elaboraciones racionales.

Para una madre, y también para un padre, que ha vivido situaciones de rechazo profundo y total es difícil traspasar cariño, cuidado, afecto sobre todo si todavía se siente acreedor de eso, se siente poco querido y valorado¹⁰. Quizás no es necesario pensar en situaciones traumáticas extremas para plantearnos la hipótesis de un “trauma acumulado” (Kahn en Díaz, 1994; Díaz, 2002)¹¹, o sea de un daño que se trasmite transgeneracionalmente, en la medida que no ha podido ser reconocido y reparado y por ende elaborado.

El mito del autosacrificio en el linaje materno (Stierling y Weber, 1997), presente en las familias de las pacientes anoréxicas podría ser entendida como la

¹⁰ Cuando se le pide a la familia que lleven fotos, Verónica lleva dos, una de sus abuelos que la criaron, que representan el dolor del pasado y una de las hijas, que representa “lo que es mío, mío, mío mi felicidad”

¹¹ No se pretende en este contexto comparar el daño provocado por la violencia de Estado con los traumas relacionales temprano. Sin embargo resulta interesante aplicar algunas de las ideas desarrolladas en el análisis de las consecuencias provocadas por situaciones tan extremas como la violación, la tortura etc., a los fenómenos objetos de este trabajo.

reproducción de traumas sucesivos de abandono y desconocimiento, de reiteradas invalidaciones de deseos y necesidades, que no pueden ser comprendidas y recibidas por quien nunca ha podido desear para si misma. Las hijas se transforman por un lado en aquellas que harán posible rescatar la posición de marginalidad familiar¹², de desvaloración por parte de los padres, convirtiéndose en *el aire que me permite vivir*¹³. Por otro lado esas mismas niñas representan la amenaza del fracaso, de la destrucción, a través de la autonomía que pueden adquirir y que las alejaría de las madres. Cumplir al mismo tiempo con ambos mandatos familiares resulta imposible, provocando en las chicas confusión y manifestaciones sintomatológicas.

“Los hijos sienten que se convierten en victimarios de los padres”, provocándoles mucho dolor a través de los intentos de individuación y diferenciación, ya que reeditan las pérdidas de los traumas no elaborados (Díaz, 1994).

El “muro de cristal” la pared que divide las madres de las hijas en la adolescencia¹⁴ es vivida en los contextos familiares en examen de forma doblemente dolorosa y conflictiva (Burin, 1998), exacerbando la necesidad de utilizar el cuerpo como único espacio de rebeldía, descalificando de entrada toda posibilidad de negociación en la lucha de poder. Justamente por la complejidad de la relación entre ambas, la hostilidad del vínculo es vivida, cuando no derechamente negada, de una forma ambivalente y fuertemente cuestionadora de la relación.

¹² Verónica relata una historia de abandono y de maltrato, de haberse sentido siempre marginada respecto a su hermana, regalona de todos. El comienzo de los síntomas de Gloria se sitúa en el periodo en que la abuela materna que a pesar de los conflictos vive prácticamente en la casa de ellos, decide irse a Santiago, a vivir con la otra hija. Verónica a pesar de sostener que eso la alivia mucho, decide construirle una pieza especial para ella, en su casa, para que llegue cuando quiere. Su mamá le “regala” esa pieza justamente a Gloria, renunciando simbólicamente a su espacio en la casa de su hija. Gloria es vista por toda la familia como muy parecida a Verónica cuando joven y ocupando la misma posición de rechazada a pesar de su lindura y amabilidad. La ambivalencia de la madre respecto a eso es obvia.

¹³ Verónica, madre de Gloria.

¹⁴ M. Burin (1998) utiliza esta metáfora para explicar la lucha de poder que se establece entre las madres y las hijas adolescentes en relación al tema de los modelos de identificación.

Implicancias terapéuticas para el trabajo con familias

Trabajar con familias con un miembro con trastornos de alimentación no es simple, sobretodo cuando la sintomatología se sitúa a niveles de tal gravedad como para poner en peligro la vida del paciente índice. Indudablemente eso hace necesario un diagnóstico acucioso para evaluar el momento específico de evolución del síntoma, las características de la dinámica familiar y la posición del paciente en ella, que además cuente con una mirada inter y multidisciplinaria (Herscovici y Bay, 1993; Cordella, 2002).

Sin embargo, siguiendo la línea argumentativa desarrollada hasta ahora, resulta coherente realizar algunas reflexiones respecto al enfrentamiento específico del tema tratado en el presente trabajo. La propuesta terapéutica más sólida y fundamentada proviene del enfoque psicoanalítico, específicamente de los autores de la línea intersubjetiva, que apuntan a la relación con el profesional como el ámbito que mejor permitiría la reconstrucción paulatina de la experiencia traumática y su posible reparación.

Sin embargo, desde una visión sistémica, se podría plantear que, justamente por ser una experiencia probablemente no históricamente situada sino que todavía presente en las dinámicas familiares, en vista además del tipo de sintomatología presentada, la terapia familiar permitiría no solamente intervenir respecto al circuito interactivo que mantiene el síntoma, sino también explicitar y elaborar las vivencias y los significados anteriormente expuestos.

Desde la propuesta psicoanalítica intersubjetiva se plantea el setting como un espacio que, en momentos específicos, puede asemejarse al espacio transicional y potencial propuesto por Winnicott, permitiendo al paciente justamente la posibilidad de ponerle palabras y nombre a una experiencia que no los tenía, en la construcción de una mutualidad terapéutica (Aron, 1996).

El enfoque sistémico, trabajando con toda la familia, permite el acceso más directo a los aspectos no-verbales y pre-verbales relacionados con la memoria procedimental de las experiencias tempranas. Si bien el espacio de la terapia

individual permite la creación de un vínculo en el que, a la larga, es posible acercarse a los mismos elementos, introducirse en el campo relacional familiar significa tener la posibilidad de mirar directamente la especificidad de esa construcción vincular y relacional. Aunque es cierto que a veces hay que elaborar la pérdida, el duelo de relaciones familiares que no pueden dar más de lo que han dado (Canevaro, 2006), asumir eso de partida, en el caso de los adolescentes, puede ser especialmente doloroso, considerando la necesidad de apoyo y contención familiar todavía fundamental para su desarrollo. Quizás entonces vale la pena intentar que sean justamente esos los vínculos que se intenten fortalecer, en búsqueda de un proceso de reconocimiento y reparación de daños relacionales que, como se ha visto, pueden ser profundos y muy dolorosos.

Considerando los elementos teóricos examinados, las propuestas sistémicas relacionadas con la utilización de la metáfora, del juego en la terapia resultan ser especialmente interesantes para el trabajo respecto al trauma relacional. Sin embargo hay que tomar en cuenta justamente la dificultad que podrían presentar estas familias en "jugar", demostrando importantes cohibiciones en los ámbitos de la creatividad y de la actividad lúdica (Winnicott, 1971). El papel del terapeuta es entonces que el paciente aprenda a jugar, saliéndose de los significados reiterativos y automáticos, para crear algo distinto. La función del juego es entonces crear opciones para los que se sientan atrapados en significados rígidos; para hacer eso el terapeuta también tiene que saber jugar (De Nichilo, 1996), para poder conectarse con las emociones que estén presentes en la sesión y ayudar a expresarlas con libertad y creatividad, integrando aspectos olvidados y fragmentados de sí mismo experimentando al mismo tiempo otras posibilidades de estar con el otro.

La capacidad de crear en sesión, de simbolizar, se relaciona con la posibilidad de reapropiarse creativamente de la experiencia de separación, de carencia, de pérdida. Para que el paciente pueda permitirse reactivar en sesión las fantasías de pérdida, pueda utilizar el "como si" para crear puentes entre uno mismo y el otro, se necesita de una relación terapéutica que ofrezca posibili-

dad de contención, que sea flexible y coherente para adaptarse a la necesidad de cercanía y lejanía de los pacientes (Menghi y Giacometti, 1994). Es interesante notar como los planteamientos de estos autores sistémicos están marcados por la herencia winnicottiana, siendo claras las semejanzas entre las características del contexto terapéutico que proponen, con las del espacio potencial. En ese sentido, en el contexto de la aproximación sistémica, hay herramientas y planteamientos terapéuticos que permiten por un lado un acercamiento al lenguaje analógico, a las interacciones no verbales, que, por lo que se ha planteado, son los canales a través de los cuales percatare de una experiencia que no tiene palabras para ser narrada, y por el otro lado permitir la elaboración de esa misma necesidad, creando un espacio coherente con ella.

Reflexiones finales

El acercamiento bidireccional entre paradigma sistémico e intersubjetivo ha significado un interesante enriquecimiento para quienes trabajamos con familias. La articulación entre el sujeto que se constituye en la relación y de la relación que constituye el sujeto, en una dinámica de alternancia figura-fondo, puede ser enfocada desde ángulos distintos, que plantean posicionamientos y ópticas diferentes. No es fácil, en un contexto terapéutico, conciliar la mirada a las interacciones con la atención a la especificidad de los sujetos. Respecto a la concepción del trauma relacional, el enfoque psicoanalítico intersubjetivo ha puesto el énfasis en lo no verbal y en la construcción intersubjetiva al interior de la consulta. Desde la visión sistémica eso no aparece especialmente novedoso considerando que los últimos veinticinco años de elaboraciones teórico-clínicas han estado especialmente centradas en ambos aspectos. Sin embargo en relación a los trastornos que impliquen una componente corporal importante como son los de alimentación, la integración de visiones y el reconocimiento del aporte recíproco, parece ser muy interesante y relevante.

Indudablemente eso requiere una atención especial ya que integrar significa, antes que todo, preguntarse qué cosa y quién, en el sentido de especificar la posición desde la cual se mira y se interviene, justamente por la heterogeneidad de posturas y conocimientos, teniendo que reconocer los eventuales saltos paradigmáticos que de repente los terapeutas realizan, sin ni siquiera percatarse de ello. Sin embargo, considerando el aporte que el esfuerzo de integración pueda significar en términos de comprensión y acercamiento al profundo dolor de los pacientes, vale la pena. Poner el énfasis en la experiencia traumática relacional significa detenerse con más atención en la terrible soledad de algunas niñas y adolescentes, significa reconocer a través de las palabras la profundidad de las huellas dejadas en las vivencias de los padres. Ponerle nombre a las emociones es el primer paso para poder dimensionarlas, contenerlas y elaborarlas, para permitir que jóvenes mujeres puedan “saborear” la libertad de amarse a sí mismas y poder querer a sus hijas.

Referencias

- Arcidiacono, C. (1994). *Identità femminile e psicoanalisi*. Milano: Franco Angeli Editore.
- Aron, L. (1996). *A meeting of minds. Mutually in psychoanalysis*. London: The Analytic Press.
- Benjamin, J. (1988). *Lazos de amor*. Buenos Aires: Paidós.
- Benjamin, J. (1995). *Sujetos iguales objetos de amor*. Buenos Aires: Paidós.
- Burin, M. (1998). *Género y familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.
- Canevaro, A. (2006, Julio). *Inclusión de familiares significativos en el abordaje de la terapia individual*. Ponencia presentada en el Seminario de Inclusión de Familiares significativos en el abordaje de la Terapia Individual, Santiago, Chile.
- Cardella, L. (1989). *Volevo i pantaloni*. Milán: Arnoldo Mondadori Editore.
- Cordella, P. (2002). Proposición de un modelo para comprender la configuración anoréctica. *Revista Chilena de Pediatría*, 6 (73), 55-70.
- Chorodow, N. (2004). La reproducción de la maternidad. En *Espacios Temáticos. Psicoanálisis, estudios feministas y género*. Disponible en: <http://www.psicomundo.com/foro/genero/chodo2.htm>
- Corigliano, A. M. (1996). *Il transgenerazionale tra mito e segreto*. Disponible en: <http://www.psychomedia.it/pm/grpind/family/nicoloA1.htm>
- De Nichilo, M. (1996). El cuerpo como organismo simbólico. En M. Andolfi, C. Angelo y M. De Nichilo (Eds.), *Sentimenti e Sistemi* (pp. 85-102). Milán: Raffaello Cortina Editore.
- Déttore, D., Fuligni, C. y Vitagliano, F. (1993). *Donna e abuso sessuale*. Milano: Editorial Franco Angeli.

- Díaz, M. (1994). *El daño en niños y adolescentes: Proceso de transmisión transgeneracional*. Santiago de Chile: ILAS.
- Díaz, M. (2002). *Monografía teórica. Espacio potencial y trauma: una mirada intersubjetiva*. Santiago de Chile: Instituto Chileno de Psicoanálisis.
- Ferenczi, S. (1981). *Obras Completas*. España: Espasa Calpe.
- Fried Schnitman, D. (1996). Hacia una terapia de lo emergente: construcción, complejidad, novedad. En S. McNamee y K. Gergen (Eds.), *La terapia como construcción social* (pp. 253-274). Barcelona: Paidós.
- Gatti Pertegato, E. (1994). *Dietro la maschera*. Milán: Franco Angeli Editore.
- Gergen, K. (1996). *Realidades y relaciones*. Barcelona: Paidós.
- González, L., Hidalgo, M., Hurtado, M., Nova, C. y Venegas, M. (2002). Relación entre factores individuales y familiares de riesgo para desordenes alimenticios en alumnos de enseñanza media. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 11 (7), 91-115.
- Herscovici, C. y Bay L. (1993). *Anorexia nerviosa y bulimia. Amenazas a la autonomía*. Buenos Aires: Paidós.
- Jordan-Moore, J. F. (2002). Experiencia, trauma y recuerdo. A propósito de un texto de Winnicott. *Gradiva*, 3(2), 157-164.
- Leonardi, P. (1994). *Curare nella differenza. Psicoterapia del disagio femminile*. Milán: FrancoAngeli Editore.
- Linares, J. L. (1996). *Identidad y narrativa*. Barcelona: Paidós.
- Longo, M. (1996). Disordini alimentari: Un inquadramento medico – psicologico. Disponible en: <http://www.psychomedia.it/pm/answer/eatdis/inquadr1.htm>
- Maine, M. (2001). Altering women's relationship with food: A relational, developmental approach. *Psychotherapy in Practice*, 57 (11), 1301-1310.
- Menghi, P. y Giacometti, K. (1994). Del mito de la certeza al sujeto de la experiencia. En N. Ackerman y M. Andolfi (Eds.), *La creación del sistema terapéutico* (pp. 183-196). España: Paidós.
- Neuburger, R. (1997). *La familia dolorosa*. Barcelona: Herder.
- Perrone, R. y Nannini, M. (1997). *Violencia y abusos sexuales en la familia. Un abordaje sistémico y comunicacional*. Buenos Aires: Paidós.
- Pontalti, C. (1996). Matrice familiare e radici dell'identità. En M. Andolfi, C. Angelo y M. De Nichilo (Eds.), *Sentimenti e Sistemi* (pp. 15-24). Milán: Raffaello Cortina Editore.
- Schmidt, U., Tiller, J., Blanchard, M., Andrew, B. y Treasure, J. (1997). Is there a specific trauma precipitating anorexia nervosa? *Psychological Medicine*, 27, 523-530.
- Selvini Palazzoli, M. (1997). Anoressia – Bulimia: Un'epidemia sociale. Lo schiacciante numero dei ruoli della donna contemporanea. *Terapia Familiare*, 53, 47 – 52.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A.M. (1998). *Ragazze anoressiche e bulimiche*. Milán: Raffaello Cortina Editore.
- Silva, J., Livacic, P. y Slachevsky, A. (2006). Diferencias individuales en dietantes crónicas: Influencia de los sistemas motivacionales en la alimentación. *Revista Médica de Chile*, 134, 735-742.
- Silva, J. y Gemppe, R. (2004). *Diferenciación emocional y psicopatología: La hipótesis de la acentuación somática*. Disponible en: <http://reme.uji.es/articulos/avillj3023006105/texto.html>
- Stern, D. (1991). *El mundo interpersonal del infante*. España: Paidós.
- Stierling, H. y Weber, H. (1997). *¿Qué hay detrás de la puerta de la familia?* Barcelona: Gedisa.

- Stolorow, R. D. y Atwood, G. E. (1992). *Contexts of being. The intersubjective foundations of psychological life*. New Jersey: Ed. Analytic Press.
- Szajnberg, N. (2003). Nathan Szajnberg responds. *Perspectives in Psychiatric Care*, 39, 1301-1302.
- Ugazio, V. (1998). *Historias permitidas, historias prohibidas*. Barcelona: Paidós.
- Winnicott, D. (1948). *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. (1965). *Exploraciones psicoanalíticas I*. Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. (1971). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa.
- Wheeler, C., Greiner, P. y Boulton, M. (2005). Exploring alexithymia, depression and binge eating in self-reported eating disorders in women. *Perspectives in Psychiatric Care*, 41 (3), 114-123.