

ANOREXIA Y BULIMIA: NUEVAS TENDENCIAS DESDE LA ÓPTICA SISTÉMICA

Luigi Onnis, Angela Maria Mulè, Agostino Vietri

Istituto Terapia Familiare, Roma

Authors underline that the new modalities of dealing with anorexia and bulimia, in the systemic field, are connected with two types of factors: the first concerns the epidemiological evolution of these disorders, (F.I. the current prevalence of bulimic troubles); the second concerns the profound epistemological renewal that, in the last 20 years, has been interesting the systemic perspective.

This renewal has proposed new interpretations of the anorexic patients' family, seen as a complex system in which multiple systemic levels are interconnected: a level of interaction models, a level of histories, in a trigenerational dimension, a level of myths ("myths of unity" and "phantoms of break-up").

Consequently even the therapeutic strategy has become more complex.

A clinical example is presented which shows how, in this new perspective, the anorexic symptom is enriched by new meanings, and the therapeutic intervention becomes more complex and articulated, often using an analogical and metaphorical language (the "Sculptures of Family Time").

Finally the synthetic presentation of the preliminary data of a controlled clinical research, shows how, in the treatment of anorexia and bulimia, the best results are obtained with multidisciplinary and integrative therapeutic strategies (and therefore "systemic" in a large sense of the term).

Key words: anorexia, bulimia, systemic epistemology renewal, myths of unity, phantoms of break-up, sculptures of family time, optic of complexity, integrative therapeutic strategy.

En la última década, la orientación sistémica ha abordado la compleja problemática de la anorexia y de la bulimia desde perspectivas y tendencias nuevas, que nacen indudablemente de dos componentes: el primero se relaciona con las transformaciones epidemiológicas y clínicas que han caracterizado en tiempos recientes el panorama abigarrado de los trastornos alimentarios mismos; el segundo, consiste en la profunda renovación epistemológica que ha afectado el modelo sistémico en los último veinte años.

Antes de profundizar en este segundo componente, que se relaciona más estrechamente con nuestro discurso, veamos sintéticamente el primero.

PREMISA: UNA MIRADA A LA EPIDEMIOLOGÍA

Todos los estudios epidemiológicos sobre los trastornos de la conducta alimentaria realizados en las distintas regiones del mundo occidental muestran no sólo una tendencia global al incremento de estos desórdenes (tanto es así que algunos autores empiezan a hablar de trastornos con carácter de “epidemia social”), sino también una nueva configuración fisonómica de la manifestación clínica de los trastornos mismos: las formas de anorexia tienden a reducirse y las bulímicas tienden a aumentar.

Un ejemplo para todos lo representa el importante estudio de Turnboll y cols. (1996), que refleja una incidencia de la bulimia tres veces superior a la anorexia restrictiva, y un incremento paralelo de las formas de anorexia/bulimia masculinas. Esta tendencia está confirmada por todas las investigaciones, ya numerosas, sobre el argumento: en una muestra de la población italiana entre los 15 y los 20 años, Cuzzolaro (1993) constata la presencia del 0,4% de anorexia restrictiva frente al 1,2% de formas bulímicas con vómito autoinducido (para una reseña más completa de estos estudios, ver Onnis y cols., 2001).

Esta evolución clínica puesta en evidencia por los datos epidemiológicos ciertamente guarda relación, por su magnitud, con un proceso general de transformaciones del contexto socio-cultural más amplio. En particular, se pueden subrayar dos niveles de influencias: por un lado las referidas a los cambios de la condición y del rol femeninos, y por el otro, las que proceden de forma más general de una sociedad en transformación, en que el rápido cambio de modelos, hábitos, mitos e imágenes favorece también la evolución de las manifestaciones a través de las cuales se expresa el malestar. La expresión del disenso que domina el mundo juvenil de los años 70 y que halla en la radicalidad del rechazo anoréxico su imagen especular, se sustituye en los años 90 por formas de adaptación existencial más enmascaradas, aunque no menos dolorosas, que se manifiestan en la ambivalencia del ciclo constante “comer-vomitarse”, la conducta de aceptación-expulsión de la paciente bulímica. Mas no es este el contexto adecuado para profundizar en estas consideraciones (véase para ello Onnis, L., Modesti Pauer, C. et al., 2000), que sólo pretenden poner de relieve que la influencia de estos posteriores elementos socio-culturales en los trastornos de la conducta alimentaria, y en consecuencia la evidente complejidad del fenómeno, exigían instrumentos interpretativos y operativos igualmente complejos.

La orientación sistémica debía enriquecerse en complejidad para estar a la altura de esta y de otras tareas.

De hecho, en los últimos veinte años se ha producido un profundo proceso de evolución epistemológica que ahora quisiéramos describir sintéticamente.

DESARROLLOS EPISTEMOLÓGICOS DEL MODELO SISTÉMICO

Los aspectos relevantes que marcan este proceso son esencialmente tres:

a) Un primer aspecto tiene que ver con la superación de los *modelos homeostáticos*, todos ellos centrados en el concepto de estabilidad del sistema y en el estudio de las interacciones observables, en favor de *modelos evolutivos y constructivistas*. Los primeros introducen la dimensión del tiempo y de la historia en un sistema que, de otra forma, corre el riesgo de ser reducido al nivel puramente sincrónico del “aquí y ahora”; los segundos, evitan una evaluación mecánica del sistema como conjunto más o menos funcional de modelos interactivos (evaluación influenciada por la cibernética de primera generación, todavía tan impregnada de implicaciones conductuales). En consecuencia, se plantean interrogantes acerca de las motivaciones, de las intenciones y de las atribuciones subjetivas de significado que caracterizan y justifican las actuaciones humanas. Así es como aparecen en la escena sistémica los individuos con su subjetividad, y *el territorio de las relaciones reales se abre al mundo de las relaciones representadas*. Efectivamente, al desplazar la atención de la pragmática de las interacciones observables a la semántica de los comportamientos, los terapeutas familiares se encuentran delante de esa “caja negra” que la primera cibernética había considerado irrelevante o insondable; tienen que confrontarse con un nivel más profundo y oculto que el nivel de los modelos interactivos, un “mundo interno” y familiar en que los individuos participan intensamente y al que podríamos llamar “nivel mítico” (Caillé, P., 1990, Onnis, L. et al., 1994a, 1994b; Neuburger, R., 1995). Los terapeutas familiares se dedican entonces a explorar y a reconstruir estos “mitos familiares”, cemento emocional profundo de las familias, constituido por valores, creencias y afectos compartidos, y que introducen una dimensión trigeracional. Se recupera de esta forma una historia pasada, no en el sentido de que el pasado “causa” el presente, sino que el pasado está en el presente y sigue viviendo en el presente, a través de mitos y de fantasmas familiares compartidos.

b) El segundo aspecto que caracteriza la renovación epistemológica de la psicoterapia sistémica consiste en la caída de la ilusión del terapeuta como observador *externo y neutral*, impulsada por la primera cibernética, en favor de una concepción que vuelve a integrar al terapeuta en el sistema terapéutico y le hace corresponsable en la función de *co-construir* la realidad terapéutica. Esta concepción es referible a la “*segunda cibernética*” de H. Von Foester (1987), a los “sistemas de auto-observación y autorreferenciales” de Maturana y Varela (1985), y su precursor fundamental es Bateson, (1976), con su concepto de “psiquiatría reflexiva”. Esta transición de la primera a la segunda cibernética, o, más específicamente, de una epistemología de la descripción a una epistemología de la construcción, tiene una especial importancia porque interesa directamente la relación terapéutica. Efectivamente, si el terapeuta abandona el mito de la “neutralidad” y de la “distancia”, no sólo pierde el presupuesto de un conocimiento objetivo

de la realidad terapéutica entendida como “verdad absoluta”, sino que también tiene que renunciar a la pretensión de controlar el proceso terapéutico y de prever sus resultados. Su función es, sobre todo, la de introducir elementos de mayor complejidad en el sistema, y así aumentar sus posibilidades de elección, sin embargo, el mismo sistema y los individuos que lo constituyen serán los actores que crearán las formas y las direcciones, del todo imprevisibles, de su propio cambio. Estas reflexiones explican por qué actualmente en la terapia sistémica las actitudes terapéuticas de tipo directivo o rígidamente prescriptivo dejan paso a actitudes dialógicas, y por qué la empatía, la sintonía emocional entre el terapeuta y la familia, y cada uno de sus miembros, se considere esencial para la constitución de la alianza terapéutica.

c) El tercer aspecto que marca la evolución epistemológica de la orientación sistémica es el encuentro con la *óptica de la complejidad* (Morin, 1983). Ésta propone que en cada realidad humana existe una pluralidad compleja de niveles, que, a pesar de mantener su propia autonomía, presentan influencias circulares y puntos de intersección (Onnis, 1989b y 1994a). Esto significa que los modelos de interacción y los mitos familiares, las relaciones reales y las representadas, y el presente y el pasado, no constituyen niveles contrapuestos y separados, como proponen algunas concepciones reduccionistas y dicotómicas, sino complementarios. El objetivo del proceso terapéutico consiste, entonces, en recuperar no tanto el sentido holístico de una “totalidad” inalcanzable, sino el sentido de esta articulación compleja de la realidad humana. Si queremos que el cambio terapéutico no sea efímero debe relacionarse con respuestas terapéuticas que no ignoren esta complejidad.

EL SISTEMA FAMILIAR DE LAS PACIENTES ANORÉXICAS Y BULÍMICAS A LA LUZ DE LAS NUEVAS PERSPECTIVAS

Obviamente, esta profunda renovación epistemológica que interesa la orientación sistémica modifica también los análisis interpretativos y las descripciones que los terapeutas empiezan a proponer a las familias (Ver Selvini Palazzoli et al., 1997, Onnis et al., 2000).

A medida que los terapeutas familiares van explorando el mundo interno, individual y familiar, y penetran esa “caja negra” que la primera cibernética había puesto entre paréntesis, a medida que la subjetividad de los individuos adquiere importancia en la escena sistémica, y a medida, que los terapeutas familiares proponen estas nuevas orientaciones interpretativas, empiezan a surgir también nuevas “representaciones” de los sistemas familiares.

La familia es descrita entonces como una realidad “compleja”, como una articulación compleja de niveles distintos pero complementarios y que se influyen mutuamente en un proceso circular.

Por lo que concierne específicamente el sistema familiar de las pacientes

anoréxicas y bulímicas, describiremos los siguientes tres niveles: los modelos de interacción, y las historias y los mitos, y pondremos en evidencia sus intersecciones y sus influencias recíprocas.

a) Modelos de interacción

Existen numerosas investigaciones sobre la organización relacional del sistema familiar de las pacientes anoréxicas y bulímicas, algunas de las cuales ya son clásicas (Minuchin y cols., 1980; Selvini Palazzoli, 1981).

De los datos de nuestros estudios (Onnis, 1985, 1988, 1994) se desprende que no es posible definir una “tipología” unívoca de la estructura familiar: hemos constatado variables múltiples y situaciones específicas insuprimibles que no permiten encuadrarlas en esquemas demasiados rígidos.

Sin embargo, de entre los modelos de interacción, ya subrayados en investigaciones recientes, algunos nos han parecido especialmente redundantes y merecedores de atención por sus posibles correlaciones con la aparición y la cualidad del síntoma anoréxico. Mencionaremos dos de ellos:

- el primero consiste en una marcada labilidad de los límites entre los individuos y entre los subsistemas generacionales, que hace posible una constante intrusión en los “espacios” físicos y sobre todo psicoemocionales de los individuos, reduciendo notablemente cada ámbito privado y autónomo. Se comprende, entonces, que esta escasa o inexistente demarcación de límites dentro de un “cuerpo familiar”, que parece presentarse como un amalgama indiferenciado, pueda crear dificultades inevitables en los procesos de individuación y de diferenciación, y permita una primera justificación de esas necesidades exasperadas de control que frecuentemente caracterizan la experiencia de las pacientes anoréxicas, esa exigencia de no dejarse invadir por elementos externos y que halla en el rechazo a la comida una defensa extremada y ambivalente;
- el segundo modelo de interacción que hemos apreciado de forma redundante en las familias de las pacientes anoréxicas es el que tradicionalmente se presenta con el nombre de “evitación del conflicto”. Con este término no hay que entender la ausencia de tensiones conflictivas, sino la dificultad o la imposibilidad por hacer que éstas lleven a una más clara y madura definición de las relaciones, por la tendencia a no aportar al conflicto soluciones que favorezcan los procesos de diferenciación o, además, por la frecuencia con que el conflicto se desvía hacia áreas más “neutrales” o menos amenazantes, entre éstas, y de forma privilegiada, las dificultades alimentarias de la paciente, ocultando cualquier otro problema.

Éste es el motivo por el cual ese extremo intento actuado por la anoréxica con el rechazo del alimento aparece como un intento atormentado, y a menudo desesperado, por la diferenciación, y, sin embargo, se queda en una protesta muda, confinada en el ámbito de lo implícito, del no-dicho. No porque no resuenen en la paciente vibraciones emocionales o le falten capacidades de simbolización, según

el concepto clásico, pero demasiado simplista, de “alexitimia” (ver Onnis y Di Gennaro, 1987), sino porque la anoréxica se ve obligada a conformarse con un lenguaje familiar, podríamos tal vez llamarle lenguaje del “cuerpo familiar”, que censura y veta la explicitación de cualquier conflicto.

Aquí encontramos, entonces, una segunda justificación del síntoma anoréxico, que aparece en toda su ambivalencia paradójica: intento doloroso y a menudo apabullante de introducir tensiones conflictivas y diferencias provocadoras en un sistema familiar que parece prohibirlas rígidamente, y que acaba por relegarlas, a través de un problema de nutrición, en un mundo infantil, para todos el más seguro y protector.

b) Historias familiares

Por supuesto, esta trama relacional tendría escaso significado si no estuviera enmarcada en una historia, si no se intentara reconstruir el proceso de su organización en el tiempo. Así mismo, bajo este punto de vista cualquier generalización es arbitraria, dado que nada tiene una especificidad tan singular como la historia de una familia.

Sin embargo, aquí también se encuentran redundancias interesantes. Explorando las historias familiares, de hecho, encontramos con frecuencia áreas profundas de conflictos no resueltos, no declarados y no afrontados en la relación conyugal, caracterizada por una grave insatisfacción recíproca. También encontramos, de forma paralela, esas alianzas transgeneracionales que involucran la anoréxica en coaliciones con un progenitor contra el otro, en que la paciente se convierte en un instrumento de lucha conyugal críptica y secreta (se trata de las dinámicas llamadas “juegos de instigación” por Selvini Palazzoli y cols., 1988, en una fase de su investigación).

La crisis anoréxica a menudo coincide con la decepción de la adolescente cuando, más o menos conscientemente, advierte que ha sido un “instrumento” más que una persona. Como veremos más adelante, los sentimientos de inadecuación, de frustración y de desvalorización que, bajo una máscara de eficiencia, caracterizan la experiencia personal de la adolescente y reproponen inevitablemente necesidades de dependencia, también nacen de estos complejos vínculos familiares.

Son estas implicaciones profundas, que se van estructurando a lo largo de una historia familiar y que a menudo quedan totalmente encubiertos, las que nos han impulsado a explorar los “mitos” de estas familias, una de las áreas de mayor interés de nuestra investigación clínica.

c) Mitos y fantasmas familiares

Los datos de nuestra investigación, todavía en curso acerca estos aspectos, ponen de relieve que frecuentemente se trata de *mitos de unión familiar*, como valor supremo que hay que preservar a toda costa, mitos cohesivos rígidos que mantienen,

por supuesto, una especificidad en relación a la singularidad de las historias familiares, y que, sin embargo, a menudo están acompañados de manera especular por los que hemos llamado “fantasmas de ruptura”, es decir, por temores que cualquier movimiento de autonomía o de separación, cada instancia para crecer o para distanciarse pueda representar una disgregación catastrófica de la unión familiar, antes que una transformación evolutiva de los vínculos afectivos. Veremos a continuación de qué manera exploramos estos mitos y fantasmas.

Sin embargo, ya nos parece posible proponer algunas reflexiones. Por empezar, es de especial importancia señalar que, a la luz de esta trama mítica, adquieren significado las dinámicas interactivas descritas anteriormente, que la escasa demarcación de límites encuentra una nueva atribución de sentido bajo el lema de los valores cohesivos de unión, y que la imposibilidad por explicitar y por resolver el conflicto se justifica por los temores profundos de ruptura y de pérdida irreversible, que bloquea los procesos de diferenciación.

Los dos niveles, el fenomenológicamente observable de los modelos interactivos y el más encubierto y profundo de los mitos y de los valores compartidos, no sólo mantienen una correlación recursiva, sino que se refuerzan mutuamente en un vínculo de coherencia.

Además, y de manera específica, mitos rígidos de unión y fantasmas de ruptura justifican e iluminan de significado el bloqueo evolutivo de un sistema en que la angustia de separación y de pérdida parece impedir cualquier proceso de transformación, congelando la familia en una especie de mítica “detención del tiempo”.

Algunos autores de orientación psicodinámica han definido la anorexia “experiencia del tiempo suspendido”, haciendo referencia al intento ilusorio de “suspender” la problemática transición por la adolescencia (Ferro y cols., 1992). Pero esta experiencia subjetiva de la paciente encuentra una correspondencia extraordinaria con una dificultad del núcleo familiar entero para realizar el paso de una fase a otra del ciclo vital, donde el vínculo a un mito que no se puede transgredir parece hipostasiar la familia en un eterno presente sin futuro: una “suspensión del tiempo”, justamente.

Y aquí también, a nivel del mito, la anoréxica vuelve a proponer su irreductible ambivalencia: paladina de la trasgresión del mito en cuanto su “huelga de hambre enmascarada” es una protesta clamorosa aunque implícita; paladina de la tutela del mito, dado que los que Boszormenyi-Nagy (1988) llama los “vínculos invisibles de lealtad” hacen prevalecer las valencias regresivas y protectoras.

LA IMPORTANCIA DE UNA DIMENSIÓN TRIGENERACIONAL

Abordar el tema de los mitos tiene ulteriores repercusiones sobre la terapia familiar, por cuanto inevitablemente abre una perspectiva transgeneracional: se hace necesario interrogarse sobre cómo se constituyen y se transmiten los mitos a través de las generaciones, se vuelve esencial reconsiderar las familias de origen,

con todas sus implicaciones reales y fantasmáticas en la situación problemática actual.

Uno de los pioneros de la terapia familiar, James Framo, escribe en: “La terapia intergenerazionale”, título en italiano de un libro suyo publicado, tal vez no casualmente, sólo recientemente, y que lleva una larga historia de elaboración: “Las dificultades que una persona tiene en el presente en la pareja, en la familia o consigo misma se pueden ver fundamentalmente como esfuerzos reparadores que tienen por objetivo corregir, dominar, volver inofensivos, elaborar o borrar antiguos paradigmas relacionales vividos como molestos o que proceden de la familia de origen”. Y además: “La mayoría de las personas no puede “ver” los cónyuges, los hijos y las parejas tal y como realmente son, porque se interponen viejos fantasmas” (Framo, 1996).

Nosotros también, en el curso de nuestra investigación sobre las familias con problemas de anorexia, nos preguntamos cómo se organizan en el tiempo los “mitos de unión”, de dónde emergen “los fantasmas de ruptura” que se vislumbran en las experiencias individuales y que al mismo tiempo constituyen el cemento que acerca y mantiene unidos los miembros de la familia. Encontramos algunas respuestas a través de la reconstrucción de una historia que hace referencia a las familias de origen de los padres, a lo largo de un recorrido como mínimo trigeracional.

Quedamos sorprendidos por la frecuencia con que en el pasado de estas familias se puede hallar la presencia de eventos traumáticos, como duelos tempranos no elaborados, abandonos, separaciones prematuras o enfermedades gravemente invalidantes: es decir, eventos que evocan el tema de la pérdida, que parece a menudo cernirse sobre estas historias y asociarse a experiencias emocionales profundas de “angustias de separación”.

Llegados a este punto, formulamos la hipótesis que los “mitos de unión” que se preservan a toda costa, tan frecuentes en estas familias, se forman como construcciones defensivas compartidas, que desarrollan una función de protección frente a estos miedos no elaborados de pérdida y a estas angustias de separación.

Se trata de una hipótesis que requiere, por supuesto, ser verificada y profundizada, pero nos pareció cautivante el hecho que se conecte a un tema importante de debate en el ámbito psicoanalítico, el de la “transmisión de la vida psíquica entre las generaciones”, que también es el título de una brillante compilación de ensayos, coordinada por René Kaës (1995), que escribe en la introducción: “En este conjunto de investigaciones, el análisis atañe la manera en que se transmiten los síntomas, los mecanismos de defensa, la organización de las relaciones objetuales, los significantes: concierne el modo en que los objetos y los productos de la transmisión psíquica estructuran correlativamente el vínculo intersubjetivo y la formación de cada sujeto”.

Sin querer, por supuesto, afrontar aquí un tema tan complejo, quisiéramos mencionar que este nos parece un terreno fértil desde el cual orientaciones aparentemente lejanas pueden hallar puntos de convergencia y de interés recíproco.

LA HISTORIA DE FRANCESCA Y DE SU FAMILIA

Francesca es una joven mujer de 26 años, hija primogénita de una familia de cuatro personas, que desde hace aproximadamente 8 años padece de desórdenes de la conducta alimentaria, al momento de la terapia de tipo mayoritariamente bulímico.

Los síntomas empiezan a la edad de 18 años, bajo la forma de una anorexia restrictiva: en la época en que estaba consiguiendo el diploma de Bachillerato (la “madurez” en Italia), Francesca comienza una dieta extremadamente rígida, que le hace perder unos diez kilos en dos meses. La bajada ponderal alarma a los padres que la convencen, con la ayuda del médico de cabecera, a dirigirse a una dietista para intentar reestablecer una alimentación correcta; en el curso de un año Francesca recupera el peso perdido, pero empieza a practicar una intensa actividad deportiva (corre alrededor de 20 kilómetros cada día, y no parece poder renunciar a ello, además, practica en el gimnasio y hace natación). Al mismo tiempo, se matricula en la Facultad de Derecho, donde estudia con un buen rendimiento en los exámenes. Sin embargo, la situación precipita nuevamente alrededor de los 23 años, al parecer a consecuencia de una decepción sentimental: empieza una fase bulímica con atracones frecuentes y dramáticas conductas de eliminación (vómito autoinducido), a la cual se añade un incremento de la actividad física (ir a correr diariamente de forma casi obsesiva); la bajada ponderal se acentúa, 48 kilos por 1,70 metros de altura, aparece la amenorrea, y Francesca, al llegar al último examen universitario, se bloquea, no consigue afrontarlo ni leer la tesis de fin de carrera. Un centro dietético-nutricional de un hospital de Roma, que la atiende, en primer lugar le aconseja una psicoterapia individual, que sin embargo interrumpe al cabo de tres meses, y luego, una terapia familiar, para la cual es enviada a nuestro servicio universitario.

a) La familia

La familia está compuesta por el padre, Giorgio, de 58 años, tipógrafo; la madre, Anna, de 56 años, ama de casa; Francesca, de 26 años; y un hermano menor, Alberto, de 23 años, estudiante universitario.

Las formas de interacción son las típicas en estas familias: confusión de funciones y de roles, implicación recíproca y actitudes intrusivas, gran labilidad de límites entre los individuos y entre los subsistemas generacionales.

La tensión por los conflictos entre los padres es desviada totalmente hacia el problema de la hija y cualquier desacuerdo se desplaza sobre los modos de manejar los comportamientos de Francesca, no sólo por lo que se refiere a su conducta alimentaria, sino también a las frecuentes manifestaciones de agresividad verbal hacia la madre, alternadas con actitudes de tipo regresivo, como constantes y agotadoras demandas de soporte, delegar frente cualquier decisión, incluso la más trivial, o imponerse para que la deje dormir con ella en la cama de matrimonio, separándola, en consecuencia, del marido.

Lo que llama la atención, frente a estas conductas de Francesca, son las reacciones constantes de los padres: mientras que la madre intenta protestar, oponerse y contener la agresividad o las demandas infantiles de Francesca, el padre parece, al contrario, casi animarla y sostenerla con mensajes verbales de soporte y, sobre todo, con actitudes no verbales, extremadamente ambivalentes y seductoras, de cercanía, de condescendencia y de aprobación. Durante las peleas entre Francesca y la madre, el padre se posiciona explícitamente al lado de la hija, llegando a acusar la mujer de no tener suficiente paciencia y no ser un punto de referencia seguro.

Se van configurando de esta forma dos alianzas transgeneracionales disfuncionales al interno de la familia: Francesca es la princesa de papá, y Alberto, en cambio, el caballero de mamá. Pero es principalmente Francesca la que se halla en una posición delicada e incómoda: encerrada en la trampa de una coalición intensa con el padre, de la cual la madre queda sistemáticamente excluida; prisionera de esa triangulación rígida que, en lenguaje sistémico, se indica como “triángulo perverso”.

b) Las historias familiares

Estas configuraciones relacionales se enriquecen de significado a la luz de las historias de las familias de origen de los padres. La historia de Giorgio es muy dolorosa: a los dos años se queda huérfano del padre, que muere en un bombardeo¹; la madre tuvo que dejarle con los abuelos para ir a trabajar, y él todavía recuerda, con los ojos llenos de lágrimas, el dolor agudo por esas separaciones diarias. Para poder realizar los estudios ingresa en un internado, del cual sale al principio de la adolescencia, a los 16 años, cuando la madre vuelve a casarse. De este enlace nace una niña, por la cual la madre dejará el trabajo. Giorgio acepta la presencia del padrastro, tanto es así, que se irá a trabajar con él en la imprenta que actualmente sigue llevando.

La vida de este hombre parece marcada por la inseguridad afectiva y por la sumisión: “Era obediente, hacía todo lo que me decían”. Y hoy por hoy aún propone un profundo sentimiento de inadecuación en relación a su papel de marido y de padre.

Anna, la madre, al contrario del marido, procede de una familia muy cohesionada de cinco hijos: “Nos las arreglábamos solos, no necesitábamos a nadie más para ser felices”.

Sin embargo, aquí también la historia familiar está marcada por una herida profunda, una enfermedad crónica e invalidante de la madre, que dura casi treinta años, y alrededor de la cual se habían concentrado todas las atenciones y la protección del marido y de los hijos. De esta forma, la figura de la madre se había convertido al mismo tiempo en un símbolo de valor y de fragilidad.

Como podemos ver, ambas historias están marcadas por eventos traumáticos y son acompañadas inevitablemente por experiencias de pérdida que si no son elaboradas, representan la herencia profunda que cada uno lleva consigo y que

condiciona el encuentro con la pareja, por cuanto cada uno proyecta en el otro la expectativa ilusoria de que se pueda convertir en la compensación y en la reparación de las propias necesidades irresueltas.

De este modo Giorgio espera de Anna ese cuidado materno que no pudo recibir de su propia madre, y que Anna espera de Giorgio ese reconocimiento protector, como mujer y como madre, que ha caracterizado su familia de origen.

Pero se trata inexorablemente de expectativas ilusorias, que al estar acompañadas por la decepción, provocan insatisfacciones recíprocas y abren unos vacíos afectivos dolorosos.

Aquí es cuando intervienen los “mitos cohesivos de unión” como construcciones defensivas y reparadoras, y, bajo el lema de esos mitos y con el fin de llenar esos vacíos, se ponen en marcha procesos de triangulación con uno de los hijos.

Francesca parece haber sido llamada tempranamente para desempeñar ese papel, entrando en el triángulo como aliada de papá, aquí también bajo el lema de una ilusión: representar para el padre esa mujer idealizada que la madre no podía o no sabía ser.

Sin embargo, una vez en una etapa avanzada de la adolescencia, explota la crisis, dado que al lado de las gratificaciones fusionales empiezan a surgir necesidades subjetivas de individuación y de autonomía. Como ya hemos mencionado, la solución sintomática a menudo se convierte en la manera oscura y ambivalente de evitar el dilema de la elección, actualizando el intento imposible de permanecer fiel al “mito de unión familiar” (necesidad fusional) y, al mismo tiempo, de tomar en cuenta una exigencia naciente de autonomía (necesidad de distanciamiento y de individuación).

c) El lenguaje del cuerpo en terapia

¿De qué manera intentamos extrapolar la complejidad de estos significados del síntoma y, al mismo tiempo, las tramas míticas a las que están vinculados esos significados?

A través de la utilización de un lenguaje terapéutico más homogéneo al lenguaje del síntoma, que es un síntoma que se expresa en el cuerpo: un lenguaje no verbal y analógico, entonces, que propone una representación metafórica de la familia en forma de escultura familiar.

Es esta representación por imágenes y por metáforas que permite que lo que no tiene acceso a la palabra llegue a una expresión, permitiendo a la vez la explicitación de ese no-dicho que es el “mito” de la familia.

En nuestro método habitual, al que hemos llamado método de las “*esculturas del tiempo familiar*”, y que hemos tenido ocasión de describir también en otros contextos (Onnis y cols., 1990, 1994d y Onnis, 1992), pedimos a cada miembro de la familia que haga dos esculturas, es decir que “ponga en escena” en el espacio de la sala de terapia dos representaciones de la familia: una del *presente* y otra del

futuro. En el trabajo con las familias con problemas de anorexia introducimos una tercera escultura, la del *pasado*.

Intentamos así explorar y reintroducir la dimensión del tiempo en un sistema que parece haberla perdido, y es exactamente aquí, en la comparación entre estas representaciones, que el aspecto mítico de estas familias queda desvelado: preservar a toda costa la unión familiar por medio del bloqueo de cualquier potencialidad evolutiva, a través de una imposible detención en el tiempo.

En la larga y cautivante secuencia de las esculturas representadas por los distintos miembros de la familia, se desenreda la trama narrativa del todo especial: a través de la utilización del lenguaje analógico y metafórico (que es el que mejor conoce) la familia se relata y se revela, en un juego fascinante de imágenes, de ecos, de interrogantes y de recuerdos en que los miembros de la familia “hablan” entre sí, las emociones afloran y los significados quedan desvelados.

Volviendo a la familia de Francesca quisiéramos hacer un breve comentario acerca de la escultura que la misma Francesca propone, cuando se le pregunta que represente la familia como ella la ve en el *presente*.

Francesca nos regala una imagen emotiva y significativa en que aflora toda su ambivalencia emocional. Francesca, en el centro de la escena, coloca toda la familia alrededor suyo: la madre y el hermano a su izquierda, el padre un poco distanciado a su derecha. Francesca atrae la mirada de todos los demás sobre sí y responde con un doble gesto, rico de alusiones y de significados: con un brazo semiflexionado indica un abrazo con el que parece querer mantener unida la familia; con el otro, extendido delante de ella, parece querer expresar la exigencia de una distancia, de un espacio para sí misma. Por la específica dinámica en que Francesca está involucrada (que hemos mencionado), no es ciertamente de escasa importancia que el brazo extendido sea especialmente dirigido hacia el lado del padre (hacia el cual se hace necesario un distanciamiento). Pero, más en general, la imagen propuesta por Francesca expresa con la potencia evocativa del lenguaje metafórico la oscilación emocional de la paciente entre la tendencia a adherir al “mito familiar de unión” (las necesidades *fusionales* representadas en el abrazo) y la exigencia subjetiva de *individuación* (la necesidad de un *límite* y de un espacio propio, representado por el brazo extendido que reclama distancia). Pero esta exigencia subjetiva no se puede abrazar si el riesgo es la pérdida del vínculo (el “fantasma de ruptura”). De esta forma se queda en la indefinición y en la oscilación.

Es interesante notar que este movimiento emocional doble de carácter oscilante encuentra una correspondencia perfecta en la doble característica fenomenológica del síntoma bulímico: *incorporar*, con el atracón alimentario, y *expulsar*, con el vómito compensatorio, introyectar y rechazar.

En consecuencia, estos aspectos sintomáticos, tan claramente somáticos, adquieren un valor simbólico que los enriquece de significado, sugerido por la misma paciente.

A partir de las imágenes metafóricas propuestas por la misma familia por

medio de las esculturas, el terapeuta puede a su vez devolver un sentido a los síntomas presentados por la paciente, que se convierten en una metáfora esclarecedora no sólo de un dilema subjetivo irresuelto, sino también de un sufrimiento familiar más extenso.

Por supuesto, no es posible en este contexto extenderse sobre los desarrollos del trabajo terapéutico con la familia de Francesca que, en todo caso, llevaron a resultados satisfactorios.

Sólo quisiéramos subrayar que en este, como en otros casos, la utilización del método de las Esculturas del Tiempo Familiar es a menudo una clave para llegar a un punto focal en el proceso terapéutico.

Esta forma de “narrativa analógica” (ver Onnis, 1996), que la familia y el terapeuta construyen conjuntamente es otra de las contribuciones innovativas que nuestro grupo de trabajo ha intentado introducir en la psicoterapia sistémica de la anorexia y de la bulimia.

UNA INVESTIGACIÓN SISTÉMICA EN CURSO

Con el discurso desarrollado hasta aquí hemos intentado documentar como la psicoterapia sistémica de la familia de las pacientes anoréxicas y bulímicas es actualmente más compleja, tanto en el plan interpretativo que en el plan clínico.

Pero llegados a este punto se nos plantea una pregunta esencial: ¿seguir una aproximación sistémica significa limitar la atención a la familia?

Como es obvio, creemos que un concepto de este tipo propondría una visión extremadamente restringida de la perspectiva sistémica. Aunque el trabajo terapéutico se centra básicamente en la familia, la orientación sistémica es por naturaleza una epistemología que busca las relaciones circulares entre los distintos componentes de un fenómeno, y entre la pluralidad de niveles sistémicos en que éste se articula.

Inspirarse en una perspectiva sistémica al afrontar el problema de la anorexia y de la bulimia significa actualmente no sólo trabajar con el sistema familiar, sino preocuparse por buscar las correlaciones entre los componentes relacionales, las psico-biológicas individuales y las socio-culturales, ninguna de las cuales es suficiente para generar el trastorno de la conducta alimentaria.

En referencia a una óptica sistémica de este tipo, y para verificar su utilidad, hemos puesto en marcha una investigación clínica controlada, de la cual presentamos aquí los rasgos esenciales (para una descripción más detallada del proyecto ver Onnis y cols., 1997).

En colaboración con el grupo de trabajo sobre los TCA del Departamento de Ciencias Psiquiátricas y Neurológicas de la Edad Evolutiva, coordinado por el profesor M. Cuzzolaro, hemos constituido dos muestras de pacientes anoréxicos y bulímicos, homogéneos según el diagnóstico, la cronicidad del trastorno, la edad y el sexo de los pacientes, la composición del núcleo familiar y el estatus social.

- 1) La primera muestra (grupo experimental) se trató no sólo con el planteamiento tradicional dietético-nutricional, sino asociando una psicoterapia familiar y en los casos para los cuales se viera útil o necesaria, una psicoterapia individual.
- 2) La segunda muestra (grupo control) fue tratada con terapia médico-dietético-nutricional y, seguidamente, con terapia centrada exclusivamente en el síntoma.

En las dos muestras, antes y después del tratamiento, se han realizado evaluaciones a niveles distintos, según diversos tipos de parámetros:

a) *Parámetros biológicos*, estrechamente relacionados con las características de los síntomas somáticos, como peso, Body-Mass Index, amenorrea, etcétera.

b) *Parámetros psicodinámicos individuales*, con especial atención a los problemas referidos de la imagen corporal y de la identidad en general, además de aspectos psicopatológicos más generales.

c) *Parámetros relacionales familiares*, con una atención específica hacia los modelos de interacción familiar, a la organización de los vínculos afectivos y a los mitos familiares.

Mientras que en el grupo experimental las correlaciones entre estos dos niveles distintos no sólo se han valorado, sino también tratado terapéuticamente, no lo han sido en el grupo control.

Se han comparado así dos metodologías de trabajo distintas: una inspirada en la epistemología sistémica y abierta a la complejidad, la otra, anclada a un modelo de tipo reduccionista.

¿Cuáles han sido los resultados clínico?

Por ahora son parciales, dado que la investigación está en curso y sólo se ha tratado al 50% de las muestras. Sin embargo, los datos actualmente a disposición sugieren de forma inequívoca que los pacientes del grupo experimental presentan mejorías clínicas decididamente superiores a los correspondientes casos control, y que estas mejorías clínicas están correlacionadas con transformaciones evidentes de las dinámicas familiares y de las experiencias psicológicas subjetivas (para mayores detalles, ver Onnis y cols., 2002).

CONCLUSIONES

Creemos que las conclusiones que se pueden sacar de todas las consideraciones anteriores son sobretodo de dos tipos:

a) La primera se refiere a la indicación de que a trastornos de elevada complejidad como la anorexia y la bulimia, donde se reconoce una pluralidad de niveles de sufrimiento, se den respuestas que tengan en cuenta esta complejidad. La orientación sistémica, con sus desarrollos actuales, se propone como metodología que abre el camino a la complejidad, ciertamente no por medio de una autorreferencialidad omnicomprensiva, que sería, además, la cara especular del

reduccionismo, sino activando la comparación entre dos puntos de vista, estimulando la cooperación de las competencias e impulsando de esta manera la *interdisciplinariedad*, tanto desde el punto de vista teórico como práctico.

b) La segunda reflexión concierne la importancia adquirida por la cualidad de la respuesta del profesional bajo esta perspectiva. Como se pone de relieve en los resultados de la investigación mencionada anteriormente, la estrategia terapéutica puesta en práctica al afrontar problemas tan complejos como la anorexia y la bulimia tiene una influencia específica en la definición, la evolución y la perspectiva de curación de estos trastornos.

El campo se enriquece de un nuevo nivel sistémico que acrecienta su complejidad: la relación con el profesional, con sus teorías de referencia, con sus formas de pensar y de actuar.

El profesional nunca es neutral o externo con respecto a la realidad en que interviene, sino que, tal y como ponen de manifiesto los actuales desarrollos de la terapia sistémica, siempre forma parte integrante de esta realidad, co-partícipe de sus movimientos, co-responsable de sus desarrollos. Desde esta óptica, el terapeuta pierde su presunta y arbitraria inocencia y vuelve a encontrar su propia responsabilidad, juntamente a una dimensión ética.

Éste también es uno de los aspectos importantes de los desarrollos de una perspectiva sistémica que se abre a la complejidad.

Los autores ponen de relieve como en el campo sistémico los nuevos abordajes de la anorexia y de la bulimia están relacionados con dos tipos de factores: los primeros se refieren a la evolución epistemológica de estos trastornos, por ejemplo, la prevalencia actual de las formas bulímicas por encima de las anoréxicas; los segundos son concernientes a la profunda renovación epistemológica que ha atravesado la orientación sistémica en los últimos veinte años.

Esto ha llevado los terapeutas sistémicos a ver la familia de los pacientes anoréxicos como un sistema complejo en que se encuentran múltiples niveles: el de los modelos de interacción, el de las historias de dimensión trigeracional y el de los mitos familiares, como los "mitos de unión" y los "fantasmas de ruptura".

En consecuencia, las estrategias terapéuticas también se han vuelto más complejas. Se presenta aquí un caso clínico que pone de relieve como, desde esta perspectiva, el síntoma se enriquece de significados, y la intervención se vuelve más articulada, utilizando a menudo el lenguaje analógico y el metafórico, por medio de las "Esculturas del Tiempo Familiar".

Finalmente, se presentan sintéticamente los datos preliminares de una investigación clínica controlada que sugieren que las estrategias terapéuticas multidisciplinares e integradas, es decir, sistémicas en el sentido amplio de este término, obtienen resultados mejores en el tratamiento de la anorexia y de la bulimia.

Palabras clave: anorexia, bulimia, renovación de la epistemología sistémica, mitos de unión, fantasmas de ruptura, esculturas del tiempo familiar, óptica de la complejidad, estrategia terapéutica integrada.

Notas:

¹ De la 2ª Guerra Mundial, nota de la traductora.

Nota del autor: Han colaborado al artículo en varia medida también los demás miembros del grupo: M. Antenucci, M. Bernardini, S. D'Amore, R.C. Dentale, A. Giambartolomei, M. Giannuzzi, D. Giovannetti, A. Leonelli, G. Marino, A. Pizzimenti, C. Romano, A. Squitieri e F. Tarantino.

Nota Editorial: El presente artículo apareció publicado en la Revista *Psicobiettivo*, 3,31-46, (2001), con el título “Anoressia Bulimia: Nuovi indirizzi nell’ottica sistemica” Agradecemos el permiso para su publicación.

Traducción: Maria Monini

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BATESON, G. (1976). *Verso un'ecologia della mente*. Milán: Adelphi.
- BOSZORMENYI-NAGY, I. & SPARK, G.M. (1988). *Lealtà invisibili*. Roma: Astrolabio.
- CAILLÉ, P. (1990). *Il rapporto famiglia-terapeuta*. Roma: NIS.
- CUZZOLARO, M. (1993). Epidemiology of eating disorders. Some remarks on long term trends in incidence and prevalence in Western Countries. *Advances in Biosciences*, 90, 105-112.
- FERRO, P.M., TONNINI FALASCHI, M.C., IPPEDICO, L. (1992). Anoressia: esperienza di un tempo sospeso. *Psychopathologia*, 1 (1), 13-18.
- FRAMO, J. (1996). *La terapia intergenerazionale*. Milán: Raffaello Cortina.
- KAES, R. (1995). *Il soggetto dell' eredità*. En: Kaes, r., Faimberg, H., Enríquez, M. & Baranes, J.J. (Coord.). *Trasmissione della vita psichica tra generazioni*. Roma: Borla.
- MATURANA, H. & VARELA, F. (1985). *Autopoiesi e cognizione*. Venecia: Marsilio.
- MORIN, E. (1983). *Il metodo*. Milán: Feltrinelli.
- MINUCHIN, S. ROSMAN, B. & BAKER, L. (1980). *Famiglie psicosomatiche*. Roma: Astrolabio.
- NEUBURGER, R. (1995). *Le mythe familial*. Paris: ESF.
- ONNIS, L. (1985). *Corpo e contesto*. Roma: Nis.
- ONNIS, L. & DI GENNARO, A. (1987). Alexitimia: una revisione critica. *Medicina psicosomatica*, 32 (1), 45-64.
- ONNIS, L. (1988). *Famiglia e malattia psicosomatica*. Roma: Nis.
- ONNIS, L., DI GENNARO, A., CESPÀ, G., AGOSTINI, B., CHOUHY, A., DENTALE, R.C. & QUINZI, P. (1990). Le sculture del “presente” e del “futuro”: un modello di lavoro terapeutico nelle situazioni psicosomatiche. *Ecologia della mente*, 10, 21-46.
- ONNIS, L. (1992). Langage du corps et langage de la therapie: la sculpture du “future” comme model d'intervention systémique dans les situations psychosomatiques. *Therapie familiale*, 13 (1), 3-20.
- ONNIS, L. (1994a). *La terapia sistemica e i suoi attuali sviluppi nella teoria e nella pratica*. En Onnis, L. & Galluzzo (Coord.). *La terapia relazionale e i suoi contesti*. Roma: Nis.
- ONNIS, L. (1994b). L'anoressia mentale nell'ottica della complessità: aspetti socio-culturali, psicodinamici, familiari. *Attualità in psicologia*, 9,(2), 17-29.
- ONNIS, L., LAURENT, M., BENEDETTI, P., CESPÀ, G., DI GENNARO, A., DENTALE, R.C., DE TIBERIIS, F., FORATO, F. & MAURELLI, F.M. (1994c). Il mito familiare: concetti teorici e implicazioni terapeutiche. *Ecologia della mente*, 2, 94-112.
- ONNIS, L., DI GENNARO, A., CESPÀ, G., AGOSTINI, A., CHOUHY, A., DENTALE, R.C. & QUINZI, P.

- (1994d). Sculpting present and future: a systemic intervention model applied to psychosomatic families. *Family process*, 33 (3), 341-355.
- ONNIS, L. (1994e). Verso un'etica della complessità. *Psicobiettivo*, 14 (3), 59-64.
- ONNIS, L., DI GENNARO, A., CESA, G., BENEDETTI, P., BELCASTRO, M., FORATO, F., MAURELLI, F.M., SQUITIERI, A., MULÉ, A. & IERARDI, S. (1997). Research project on the treatment of anorexia and bulimia: an integrative, multidimensional approach. *Eating and Weight Disorders*, 2 (3), 164-168.
- ONNIS, L., PAUER MODESTI, C., ANTENUCCI, M., BERNARDINI, M., DI GREGORIO, L., GIANNUZZI, M. & GIOVANETTI, D. (2000). Anoressia e bulimia: aspetti epidemologici e socio-culturali di un fenomeno diffuso. *Psicobiettivo*, 20 (1), 123-138.
- ONNIS, L. & COLS. (2000a). Quando il tempo è sospeso: individuo e famiglia nell'anoressia mentale. *Ecologia della mente*, 14 (1), 11-25.
- ONNIS, L. & COLS. (2000b, abril). *Dinamiche familiari e D.C.A.: valutazioni quantitative e qualitative in una prospettiva di ricerca*. Comunicación presentada en el congreso de la S.I.S.D.C.A., Ancona.(Actas en prensa).
- ONNIS, L. & COLS. (2002, abril). Un approccio sistemico multidisciplinare ai D.C.A.: una ricerca in corso. Comunicación presentada en el congreso de la Sociedad Italiana de Psiquiatria Social ("Stigma") de Roma.
- SELVINI PALAZZOLI, M. (1981). *L'anoressia mentale*. Milán: Feltrinelli.
- SELVINI PALAZZOLI, M., CIRILLO, S., SELVINI, M. & SORRENTINO, A.M. (1988). *I giochi psicotici nella famiglia*. Milán: Raffaello Cortina.
- SELVINI PALAZZOLI, M., CIRILLO, S., SELVINI, M. & SORRENTINO, A.M. (1997). Ragazze anoressiche e bulimiche. Milán: Raffaello Cortina.
- TURNBULL, S., WARD, A. ET AL. (1996). The demand for eating disorder care. An epidemiological study using the general practice research database. *British Journal of Psychiatry*, 169, 705-712.
- VON FOESTER, H. (1987). *Sistemi che si osservano*. Roma: Astrolabio.