

PSICOTERAPIA RELACIONAL DE LA ALEXITIMIA. UN CASO DE ANOREXIA NERVIOSA.

Alberto Espina. Psiquiatra.

En: J. García, M. Garrido y L. Rodríguez (Ed.) Personalidad, Procesos cognitivos y psicoterapia. Un enfoque constructivista. 1998. Madrid. Fundamentos. ISBN: 84-245-0777-0.

En el capítulo "*El constructo alexitimia. Implicaciones clínicas y terapéuticas*" de este mismo libro veíamos como la alexitimia se caracteriza fundamentalmente por: a) dificultad para identificar y describir los sentimientos, b) dificultad para distinguir sentimientos de sensaciones corporales, c) una gran pobreza de fantasías, d) un estilo cognitivo externamente orientado (concreto, utilitarista, literal y referido a acontecimientos externos) y un estilo de vida orientado a la acción (Nemiah, 1977). Desde el modelo dinámico (Marty y M' Uzan, 1963; McDougall, 1974, 1985; Krystal, 1982), el origen de la alexitimia ha sido atribuido a conflictos y/o déficits en las relaciones tempranas que impiden que el niño pueda desarrollar la capacidad de simbolizar las emociones, viéndose obligado a expresar somáticamente o a través de la acción lo que no puede verbalizar. Desde la teoría sistémica se han realizado aportaciones sobre las características de las familias con miembros con trastornos psicósomáticos, planteando la hipótesis de que las relaciones familiares, entre otros factores, pueden estar en el origen y mantenimiento de estos trastornos.

Según Minuchin, Rossman y Baker (1978), Las pautas transaccionales características de una familia que "alienta la somatización" son las siguientes:

1- Aglutinamiento: Se caracteriza por "una forma extrema de proximidad e intensidad en las interacciones familiares". En la familia aglutinada los límites entre subsistemas están poco diferenciados, la resonancia emocional es intensa y la diferenciación interpersonal es pobre, dificultándose la autonomía de sus miembros.

2- Sobreprotección: Existe un alto grado de preocupación por el bienestar de los demás miembros de la familia. Los padres son sobreprotectores, retrasando la autonomía de los hijos, y éstos sienten una gran responsabilidad por proteger a la familia.

3- Rigidez: Hace que la familia no se adapte a los cambios, siendo más vulnerables a los acontecimientos externos y dificultando el normal desarrollo de sus miembros.

4- Falta de resolución de conflictos: Las anteriores características hacen que el umbral para el conflicto sea muy bajo, los problemas no se resuelven, ya sea negando su existencia o no negociándolos.

b) Involucración del niño en el conflicto parental. El síntoma del paciente es el "factor clave" que regula el sistema familiar.

c) La vulnerabilidad fisiológica del niño "constituye un componente necesario pero no suficiente en la aparición de un síntoma psicossomático".

Selvini et al. (1974) Selvini et al. (1988) afirman que las "familias anoréxicas" tienen serios problemas de comunicación y que en ellas existen alianzas y coaliciones negadas que son "el problema central". Según estos autores, la anoréxica se encuentra triangulada con los padres, supliendo secretamente en cada uno las carencias que tiene con su cónyuge. Los síntomas aparecerían cuando este equilibrio se ve amenazado al llegar la adolescencia.

White (1983) siguiendo el modelo transgeneracional desarrollado por Boszormenyi-Nagy, Bowen y Stierlin, describe a la familia de la anoréxica como un sistema rígido de creencias implícitas que se transmiten de generación en generación. Las características de estas familias serían las siguientes:

1- Lealtad. Las familias de anoréxicas valoran mucho la lealtad hacia la tradición familiar y hacia los demás, lo cual impide la aparición de alianzas explícitas y las relaciones entre iguales; la lealtad hacia la familia extensa hace excesivamente permeables los límites familiares, permitiendo el intrusismo de los abuelos.

2- Prescripción específica de un rol para la anoréxica. A las mujeres en general, y a la futura anoréxica en particular, se les fomenta el ser sensibles, entregadas y sacrificadas por el bien de la familia.

3- Clarividencia: Los miembros de la familia tienen la convicción de que pueden "ver" en sí mismos y en los demás y conocer la verdad última de las conductas.

En estas familias la individuación de sus miembros se ve seriamente dificultada, así como la solución de problemas, y con todo ello "se han establecido las conexiones para la negación del self y para una vulnerabilidad a los síntomas de la anorexia nerviosa en ciertas hijas" (White, 1983).

Apoyándose en aportaciones de estos autores, Onnis y Di Genaro (1987) plantean que la alexitimia es la consecuencia de unas relaciones familiares en las que las emociones se bloquean para evitar el conflicto.

En el abordaje relacional de la anorexia y bulimia nerviosa que utilizo se integran el modelo dinámico, en el que se analizan los conflictos intrapsíquicos, con el sistémico, cuyo foco de atención se centra en las relaciones interpersonales. Las hipótesis que se hacen a estos dos niveles, intrapsíquico e interaccional, son de gran utilidad al permitir la vinculación de los conflictos con la propia historia, las vivencias interiores, la historia transgeneracional (Boszormeny-Nagy (1973), Bowen (1978), Stierlin (1977), Andolfi (1985), Canevaro (1995), y la interacción actual que tienen los miembros de la familia. Desde la perspectiva transgeneracional estudiaremos la historia de los padres con sus propios padres, el tipo de vínculo que establecieron, cómo fueron conformando su propia personalidad y más tarde cómo han aprendido a relacionarse con sus hijos.

Con la persona que padece anorexia o bulimia estudiamos lo mismo: cómo se va vinculando con sus padres y a través de esa interacción cómo va conformando su propia personalidad. De manera que estos niveles de la historia familiar, la historia trigeneracional, la estructuración de la personalidad de cada uno de los que están interactuando y cómo son las relaciones actuales, van a ser el objeto de las intervenciones.

A la hora de abordar el problema vamos a recoger información sobre la historia familiar y personal y las interacciones actuales de la familia y plantearemos varias líneas de intervención: dirigidas al síntoma o los síntomas, en primer lugar a los que pueden ser más peligrosos, a modificar la interacción familiar disfuncional, a optimizar los recursos que tiene la propia familia y a ayudar al crecimiento personal de todos sus miembros. Es importante que desde el inicio del tratamiento el terapeuta haga de continente adecuado para los conflictos y ansiedades, que sea un buen recipiente para que todas esas problemáticas que generalmente no se expresan, y que muchas veces van a aparecer a través de los síntomas, puedan ir emergiendo en la medida en que hay alguien que pueda hacerse cargo de ello, y que ayuda a ponerlo en palabras, como señaló Bion (1963).

Vamos a intentar buscar sentido a los síntomas y conductas para abrir cuestiones que permitan hablar y comprender lo que puede estar sucediendo y a partir de ahí resolver los conflictos interaccionales. Con este abordaje, en el cual imbricamos lo individual intrapsíquico con lo interaccional, el terapeuta no se va a poner en el lugar del psicoanalista que favorece en el paciente la creación de un vínculo trasferencial para que en él se repita la historia y buscar otra salida diferente, sino que, aunque va a actuar como continente e intentar ayudar a comprender los conflictos psíquicos, pasará los conflictos con las figuras internalizadas a las personas reales con las que está relacionándose, especialmente padres y hermanos. Cuando el conflicto no está claro y tanto el paciente identificado (PI) como familiares no saben bien qué les sucede, el proceso que seguiremos consistirá en ayudar al PI con sesiones individuales a comprenderse, clarificando las ambivalencias y posibles sentidos de las conductas propias y ajenas. Con los padres aclararemos actitudes del PI y les ayudaremos a comprender sus propias reacciones. Luego les juntaremos a todos para favorecer un nuevo modo de relación

basado en la comprensión empática y el respeto mutuo. Vamos a ilustrar el proceso terapéutico a través de un caso.

Un caso de anorexia nerviosa.

Se trata de una mujer de dieciocho años, a la que llamaremos Ana, que padecía un cuadro de anorexia nerviosa subtipo bulímico con tres años de evolución, había tenido seis ingresos. En el momento de la consulta se da atracones, usa laxantes, tiene vómitos, hiperactividad, irritabilidad, insomnio, está aislada, deprimida y tiene ideas de suicidio. De niña había sido la típica niña perfecta, estudiosa, responsable, muy sensible, sumisa y perfeccionista.

La familia esta compuesta por los padres, de 50 y 45 años, una hija de 27 años emancipada, un hijo de 24, Ana de 18 años y una hija de 8 años. Vivían en un piso doble con el abuelo materno. Antes estaban en dos pisos pero decidieron tirar un tabique y unir las dos viviendas.

Las primeras entrevistas familiares incluyen la fase social, de definición del problema, interaccional, etc., las clásicas fases de la terapia familiar sistémica y generalmente al final de la segunda sesión se redefinen los síntomas. Durante el tratamiento se simultanean las sesiones familiares e individuales, al principio con una periodicidad semanal, luego quincenal y finalmente mensual. En este caso los vómitos son el tema más preocupante al inicio del tratamiento y se redefinen como una forma de protesta por algo. Se invita a la familia a pensar a qué puede estar asociada esa protesta. Al principio los padres dicen que quizás tiene que ver con problemas con las amigas, luego sugieren que quizás tiene que ver con celos hacia la hermana pequeña, y Ana argumenta que se están preocupando mucho por su peso, pero no se preocupan por ella. Comenta que siente que cuando están muy encima de ella le fastidian, le incordian, pero por otro lado siente que también necesita que estén encima de ella y no sabe muy bien qué hacer con eso.

Ana denuncia un conflicto importante con el padre de la madre. Están viviendo en la misma casa con el abuelo materno y dice que hay un conflicto muy fuerte entre el abuelo y su padre. El padre empieza a hablar de que ese hombre es un tirano, que se tiene que hacer siempre lo él que dice, y que él ha estado durante muchos años aguantando, pero que un día se cansó, se enfrentó a él y ya no se hablan. En casa hay una situación muy tensa en la que el abuelo está en un sitio, el padre en otro y el resto de la familia en medio. En esta sesión también surge el tema de la marcha de la hermana mayor, que fue vivido de forma traumática al ser una familia muy aglutinada.

Al final de esta sesión se le dice a la Ana: "Dices que estas protestando porque piensas que no se preocupan mucho por ti, y se preocupan más por tu peso. ¿Qué cosas les pedirías a tus padres?", y se pasa a una fase de negociación en la que ella pide cosas a sus padres y ellos le piden a ella. Ana pide poder tener más autonomía, tener un cuarto

para ella, y los padres le piden que vaya cediendo en los vómitos. No me parece adecuado abordar en este momento el problema del abuelo ya que crea mucho estrés y primero creo necesario dejar de lado cuestiones que enfrenten y/o agobien aún más a los padres. De manera que nos centraremos en las conductas sintomáticas más importantes.

Después de hablar de estos temas se hace una sesión con los padres solos y se les explica de forma pedagógica aspectos del trastorno y el tipo de tratamiento que vamos a realizar. Les hablamos del tema de la imagen corporal y de la dificultad del paso de la infancia a la adultez y en relación con la protesta de Ana se les plantea que ellos han estado acostumbrados a tener una niña que se portaba muy bien, pero que quizá para empezar a ser adulta va a tener que dejar de ser una niña modelo. Y que eso va a llevar a que si la terapia transcurre como nosotros pensamos, Ana comience a protestar de otra manera, a enfrentarse como una forma de autoafirmación. Es muy importante explicar esto a los padres porque si pensamos que algunas de las conductas tienen que ver con un deseo de diferenciación en una familia aglutinada y con una forma de protesta encubierta en una familia en la cual no se puede hablar de conflictos, al hacer intervenciones esta hija comenzará a enfrentarse a sus padres y estos, de acuerdo con su escala de valores según la cual quererse equivale a no discutir, pueden pensar: "Desde que venimos a esta terapia nuestra hija está mucho peor, porque antes vomitaba y ahora resulta que está peleándose con nosotros todo el día. ¿Qué están haciendo esos terapeutas con nuestra hija y con nuestra familia?". Por ello es muy importante que les expliquemos a los padres cosas que posiblemente sucedan. En este caso que Ana va a empezar a afirmarse y que puede estar más protestona. Les decimos que quizá parte de la protesta la expresa vomitando y que vamos a intentar que vomite palabras en vez de alimentos, es decir, que exprese quejas, protestas, demandas y que ellos no se asusten si les viene todo eso encima, ni que tampoco piensen que su hija tiene razón en lo que diga, sino simplemente que lo tomen como una forma de desahogarse y luego ya iremos discriminando que demandas pueden ser razonables y cuáles no y como poder ir hablando todos de ello. Se les habla también del conflicto entre la dependencia y la autonomía que ya mostró Ana en las primeras sesiones. Una parte de ella quiere depender y que estén atentos y cuidándole todo el tiempo y la otra quiere ser autónoma, lo cual les crea confusión a todos.

En una sesión con Ana sola, comenta que ha tenido un sueño. Dice que veía a una chica anoréxica muy delgada que sacaba buenas notas y que vivía aislada sin amigas y ella intentaba ayudarle, pero la anoréxica no se dejaba.

Paciente: "Yo la observaba y me veía a mí misma".

Terapeuta: "¿Qué te sugiere este sueño".

Y a partir de las asociaciones que hace en relación al sueño va surgiendo el tema del odio.

P. *"Cuando odio siento mucha rabia y lo que hago es evitar a la gente que odio, me escapo".*

T. *"¿Y qué haces entonces?"*.

P. *"Nada" (silencio). "Hombre, muchas veces vomito después".*

T. *"¿Cómo te sientes después de vomitar?"*.

P. *"Me siento con la cabeza vacía, como un folio en blanco y por otro lado como si me acabara de fumar un porro".*

Comenta también que antes era la alegría de la huerta, la niña modelo, y hablando de cómo se sentía valorada de esta forma comenta: *"Primero te tienen que valorar para poderte valorar tú. Estoy harta de tener que actuar en base a lo que los demás quieren, pero no sé qué hacer".*

Todos estos aspectos son muy importantes. El actuar en base al deseo del otro, el tener que ser la niña modelo que va cubriendo las expectativas de los padres, maestros, amigos..., bloquea el desarrollo de su personalidad, no se construye como sujeto que puede interactuar de tu a tu con los demás. La evitación de todo conflicto que supone una confrontación y la posibilidad de autoafirmación hace que busque una salida diferente, como pueden ser los vómitos a modo de descarga agresiva, pero pagando un precio muy alto que es el aislamiento y podríamos decir también la alexitimia, esa cabeza vacía. Cuando nos viene una familia que está sufriendo tanto es importante ver los síntomas y toda la problemática que están teniendo, no sólo como algo negativo sino como una oportunidad de crecimiento pues toda crisis lleva en sí misma una capacidad de desarrollo. Vamos a entender este tipo de patología como una crisis que se da en un momento vital y que entraña la posibilidad de dar un giro a su vida, de manera que en vez de haber sido una niña modelo y seguir siendo una adulta modelo, pueda conseguir ser una persona autónoma con criterio propio. En ese sentido le comento a Ana que es mucho mejor que le haya pasado esto ahora, a que a los cincuenta años tuviera una depresión por sentir que su vida no tenía sentido y verse fracasada. A partir de ahí hablamos también de que juntos podemos buscar qué es lo que ella desea, porque si actúa en base a los deseos de los demás no puede tener deseo propio, porque no sabe quien es. Le comento que por ahora ha buscado una forma de protesta a través del vómito y que quizá tenemos que buscar juntos algún otro modo para poderse afirmar y protestar que no sea dañándose como está haciendo ahora. Comenta que si se enfrenta a la gente tiene muchísimo miedo de que la rechacen y abandonen. En esta sesión le mando la tarea de vomitar tres veces a la semana y que después de vomitar todo lo que se le ocurra, que intente superar esa cabeza vacía que se le queda después del vómito y que vaya apuntando en un cuaderno qué le sugiere el hecho de haber vomitado.

En la sesión siguiente me comenta que no ha vomitado en toda la semana. Este es un efecto bastante corriente cuando hacemos una "prescripción del síntoma". El mecanismo es: la conducta sintomática es involuntaria, si le decimos que lo haga a propósito, la convertimos en una conducta controlable y voluntaria. Y si además favorecemos que le pueda dar un sentido a través de lo que escribe, vamos pasando el síntoma de algo involuntario y absurdo a algo voluntario que "yo controlo y a lo que intento dar sentido" (Espina, 1995a). De esa forma es muy fácil que la conducta sintomática impulsiva se bloquee, pero generalmente se bloquea temporalmente, por ello es importante que la personalidad se modifique.

Como no vomitó, soñó que vomitaba y comenta que después de haber vomitado en el sueño se sentía con mucha tristeza. Y dice: "Me sentía como un ladrón que se está robando su propia cartera. Me sentía muy vacía". Le pregunto de que se vacía para quedarse con esa sensación, y dice: "Me siento muy sola, como si estuviera perdida en el monte. Me quedo sin todo lo bueno que tengo y me siento muy mala". Aquí vamos relacionando la agresión, la rabia, la rebelión y todo el sentimiento de culpa que le crea cuando ella se rebela, aunque sea a través de síntomas.

En la siguiente sesión con los padres, les decimos que ellos no tienen que controlar el vómito de la paciente porque si ella quiere afirmarse y rebelarse a través del vómito, cuanto más le digan que no vomite, más lo va a hacer. A ella se le explica lo mismo y vamos a intentar desplazar del vómito la pelea por la autonomización y la autoafirmación. Más adelante les puse la tarea de que tenían que prohibirle fumar y empezaron a hacer la pelea por la autoafirmación y la autonomización en el terreno del tabaco evitando el vómito. En este proceso van surgiendo temas en las sesiones individuales que luego vamos trabajando con los padres o con toda la familia y viceversa, incluyendo intervenciones puramente sistémicas con interpretaciones psicoanalíticas.

Voy a transcribir textualmente una sesión con Ana para mostrar el trabajo sobre los aspectos cognitivos y afectivos de la alexitimia. Comenta que ha hecho la tarea de vomitar, pero que la ha hecho un par de veces más de lo que debía.

P. "En las veces que estaba planificado lo del vómito me sentía mejor. Pero en las demás me he sentido muy mal, con muchos remordimientos. Como si al vomitar por tarea, por prescripción, no tuviese cuentas con nadie".

T. "¿Y que cuentas pendientes puedes tener en las tres veces que has vomitado sin tarea?"

P. "No sé, es algo que no debía hacer, como si después de hacerlo me debiera ganar un castigo o alguna bronca".

T. "¿Y a quién se lo dedicas?"

P. "A veces, a mí misma, porque no me gusto como soy, no me gusta mi manera de ser. Y otras veces se lo dedico a mi familia, porque han dicho cosas que no me han gustado, porque me han fastidiado".

T. "¿Y de tu familia a quién se lo dedicas más?"

P. "A mis padres".

T. "¿Y que cosas hacen ellos que te molestan, porque estabas comentando que pueden hacer cosas que te molestan, que no te gustan?"

P. "Por ejemplo el otro día mi madre me dijo que a ver a donde había ido a la tarde, porque no se quién le había dicho que me había visto no se donde. La verdad es que no se. Me fastidió bastante porque las veces que había vomitado se lo había contado a ella y además quedamos en que no iba a haber preguntas mientras yo fuese diciendo las veces que vomitaba".

T. "Parece que tu madre falló en lo que tenía que hacer, que era no preguntar".

P. "Si, además después de decirle que no; no había por qué decirle que no y no se quedó convencida, porque le conozco un poco".

T. "O sea que falló ella, tenía la consigna y no la cumplió y desconfió de ti y te sentiste dolida".

P. "Si. Además me da rabia porque ella desconfía y luego yo me echo la culpa. Porque es normal, yo le he dado razones para que desconfíe de mi. Entonces no se por qué me echa la culpa ella a mí también".

Aquí Ana está argumentando: "ella ha hecho algo mal, pero en realidad yo soy la culpable porque yo soy la que le provoca a mi madre para que actúe mal". Este tipo de planteamiento según el cual "yo soy la mala, yo soy la que hace mal y las conductas de los otros son reactivas a mi maldad" está abocado a la depresión culpógena, a la baja autoestima, bajo autoconcepto...Interesa romper este esquema y plantear diferentes posibilidades. Es decir, que no vea que todo lo bueno está fuera y todo lo malo está dentro, sino que pueda empezar a ver que en la vida no todo es blanco y negro, en el caso del depresivo lo negro está dentro y lo blanco está fuera, sino que pueda ver que hay matices y que cada uno puede tener su parte de razón y llegar a una visión del mundo algo más compleja. Desde un punto de vista dinámico podemos decir que Ana tiene una imagen idealizada de su madre y ella se queda en el rol de la mala. Detrás de la idealización se oculta la persecución (Klein, 1946), si necesitamos ver a una persona como mejor de lo que es, puede deberse a que necesitamos ocultar aspectos negativos que tememos ver. Ana necesita ver una madre idealizada y lo que voy a intentar es descubrirle la madre persecutoria que está detrás, pues la idealización empobrece al

sujeto al depositar todo lo bueno en el otro. (Espina, 1995a). Por otro lado si no se toma conciencia del odio hacia una figura temida, aparece el síntoma como forma encubierta de agresión.

T. *"¿Por qué no pensar: mi madre es una entrometida que me está incordiando, desconfía y no está cumpliendo lo acordado?"*.

P. *"A la vez pienso que tiene razón porque yo me lo he ganado"*.

T. *"No, pero si te quedaras en "no tiene razón" ¿Qué pasaría?"*.

P. *"No se, me sentiría mal, porque ella no tiene la culpa. La que ha hecho mal siempre he sido yo"*.

T. *"No, ya te estas pasando otra vez a la primera parte. Es decir, hay una primera parte en la que puedes pensar: "mi madre es una metete, es una entrometida, además le han dicho que no de te pregunte y lo hace. Se ha portado mal ella". La segunda parte es, "pero yo soy la culpable, porque claro, mi pobre madre, yo con todo lo que estoy haciendo le estoy amargando la vida", y entonces te machacas. Pero vamos a quitar esa parte en la que tu te autoinculpas, vamos a dejar solo la parte en la que tu madre se entromete. Ahí, ¿Tu qué sientes?"*.

P. *"No sé qué hacer"*.

T. *"¿Qué sientes?"*.

P. *"No se. (silencio). Me da rabia, pero es una rabia que se me queda dentro"*.

T. *"Luego vomitas. Es como si dijeras: "me dices que no confías en mi y que he vomitado, pues toma, ahora voy a vomitar más". Quizás así expresas tu rabia hacia esa madre que se entromete. ¿Qué sientes? ¿Es una madre que te controla mucho, que te vigila?"*.

P. *"Sí, sí"*.

T. *"¿Una madre qué te dice cómo tienen que ser las cosas?"*.

P. *"Me siento ahogada cuando está encima y perdida porque en el momento en que no me lleva un poco por el camino me pierdo, no sé qué hacer"*.

Si su madre está encima se ahoga y si se aleja se pierde, no se ha desarrollado adecuadamente el proceso de separación-individuación (Mahler, 1975), lo cual conlleva déficits narcisistas importantes, esto se asocia muchas veces a trastornos borderline de la personalidad (Espina, 1987); Ana padecía este tipo de trastorno.

T. *"¿Tu madre ha sido siempre así contigo?"*

P. *"Sí. Yo creo que la que ha cambiado he sido yo, antes hacía menos caso"*

T. *"¿Antes le hacías menos caso, o ibas siguiendo el camino que te había marcado?"*

P. *"Igual ha sido eso, que no hemos topado nunca"*

T. *"Claro, tu has sido siempre la niña buena, estudiosa, que no da nunca ningún disgusto en casa; así no había nunca voces, así eras como tu madre quería que fueras y tu ibas muy bien y, de repente, empieza a aparecer el "ahora no como, ahora vomito". Creo que ahí estas queriéndote enfrentar a esa madre que te marca lo que tienes que hacer. ¿Es muy grande esa madre, te sientes pequeñita frente a ella?"*

P. *"Sí, pero hablando así de esa madre, me siento como si estuviera hablando mal de ella, de forma despectiva y le estuviese haciendo daño, y no quiero verle de esa forma"*

T. *"Estoy hablando yo así. Vamos a hacer una caricatura. Es decir, tu madre tiene aspectos que te gustan y aspectos que no te gustan. Y tu madre hará cosas bien y cosas mal, como todos. Pero ahora vamos a dividir a tu madre en dos. A la madre buena, cariñosa, preocupada por su hija en un lado, y por otro lado una madre controladora que dice lo que hay que hacer, entrometida; vamos a ver qué pasa con esa madre, pero no nos olvidamos de la otra. Vamos a ocuparnos de una madre ahora, no te sientas mal y pienses "estoy hablando mal de mi madre, pues ella no es así", no. Vamos a hablar de cómo vives tu a la madre con la que tienes la pelea. Lo que pasa es que si te enfadas y juntas enseguida a las dos madres te dices: "le he hecho daño a mi madre que es buena", entonces piensas que eres mala, y no te puedes afirmar frente a ella. Existe una madre buena que te ha ido orientando, con la mejor intención y otra madre demasiado exigente ¿no? y tu has sentido que tenías que ir por el caminito que se te marcaba hasta que de repente un día has dicho: "¡basta ya!, me opongo porque si no voy a ser sólo lo que mi madre quiere que sea"*

P. *"No se.. la veo como madre, no se... porque muchas amigas a sus padres los ven como una persona más, que se pueden meter, se pueden pelear, les dicen lo que les da la gana, no sé.. yo con que sea mi madre... es algo que ella me ha enseñad... ella ha sido así... es mayor respeto.. como si fuese un grado más, es como si fuese tu jefe en el trabajo. Por mucho que estés en desacuerdo en alguna cosa te tienes que callar porque es tu madre y punto, y así pasa con muchas cosas, que no estás de acuerdo, pero es así, tu eres como un peón y ella es el jefe"*

Este momento es difícil, pues por un lado ella teme aspectos negativos de su madre y teme también a su propio odio, pero la solución buscada de que sus madre es buena y ella mala no le permite afirmarse, le empobrece y favorece que se aferre a una madre de la que no puede aceptar nada, pues en el fondo no se fía de ella.

T. *"¿Qué pasa con ese jefe si protestas, qué te puede hacer?"*.

P. *"Más que poderme hacer ella a mí, yo a ella"*.

T. *"No, ella a ti primero"*.

P. *"Atosigarme más, encerrarme más también o dejarme totalmente y perderme yo misma"*.

T. *"Las dos amenazas de ese jefe son: "si te rebelas, o te aplasto o te abandono". Es difícil entonces oponerse. Dejando a parte los vómitos y comidas, ¿en qué te gustaría oponerte?"*.

P. *"En cosas de estudios, plantearme que no quiero hacer lo que han hecho todos, estudiar, hacer una carrera y... hacer algo más bajo y dejar de estudiar, porque estoy hasta el gorro, porque ya he dicho, y siempre se me ha dicho que no, que no hace falta, que tampoco se está tan mal como para tener que empezar a trabajar. Y yo no lo he pensado porque esté mal, sino porque quiero hacer otra cosa. O muchas veces quiero irme una temporada fuera de casa, últimamente es lo que digo siempre... o ahora mismo irme una semana, y eso siempre es un "no", irme a casa de una amiga porque me han invitado un fin de semana y, ¡no!. No sé, el poder haber ido con unas amigas de vacaciones, sin padres"*.

T. *"¿Y antes de empezar con todo esto, también te quitaba tu autonomía, tu libertad de ir aquí y allí?"*.

P. *"Si, mi madre solía decir: "¿qué pasa?, ¿en casa no se está bien como para quedarse aquí, tan mal se está, tan buenas son las familias de fuera?"*.

T. *"Se sentía cuestionada si tu querías salir ¿no?. Te lo prohibía directamente, o si no te envía el mensaje: "te vas porque somos malos" y así no hay quien se vaya"*.

P. *"Luego también lo que no me gusta y me aguanto es que se ríen, ahora se ríen mucho de que no aparento 18 años, que no tenga la regla, que fisiológicamente no sea como una persona de 18 años, se ríen; en ese momento me río y hago algún chiste, pero me molesta muchísimo. Por la noche sueño, bueno sueño despierta, estoy dándole vueltas y hacen bromas del embarazo de 3 años que llevo, o no sé; si voy a mi cuarto a cambiarme me dicen: ¿de qué tienes miedo, si no tienes nada para que se vea?"*.

T. *"¿Quién te dice eso?"*.

P. *"Normalmente suele ser mi madre, y los demás se ríen. Porque si es solo con ella tampoco me importa mucho, pero si están los demás no me hace gracia. Mi hermana"*

pequeña también ha empezado a hacerse mayor y es de las que va al water a cambiarse... y luego mi madre me suele decir que es normal... pues entonces no os riáis de mí, porque yo lo llevo más lento, porque ahora yo tendría que haber cambiado...".

La relación con esta madre no le favorece el desarrollo de su identidad femenina; ahora voy a centrarme en su cuerpo siguiendo el planteamiento de Freud de que el Yo es ante todo un Yo corporal., es decir que el cuerpo anoréxico refleja cómo está su Yo y su identidad como mujer. (Selvini, 1965; Espina, 1981, 1995b).

T. *"¿Desarrollaste pecho antes de empezar con la anorexia?"*.

I. *"Si, y luego me quedé igual ..."*.

T. *"Cómo te sientes tú con tu cuerpo?"*.

I. *"Yo creo que psicológicamente he llegado a mi edad, a casi 18 años y puede que a más también, soy más madura que lo que es mucha gente de mi edad, pero es como si me contradigo a mí misma. Es como dos cosas diferentes en dos personas diferentes que se han unido en una"*.

T. *"¿Qué dos personas?"*.

P. *"Un cuerpo de una persona más niña y una mente de alguien más mayor"*.

T. *"Has desarrollado la cabeza y te has quedado con el cuerpo sin desarrollar todavía, te has desarrollado como persona, pero te has quedado como niña"*.

P. *"La verdad es que, no es porque no quiera ni mucho menos, pero bueno, se ha quedado ahí y ahora es cuando más rabia me da, porque ahora se están metiendo conmigo y aunque no sepan, porque en el momento ni me enfado ni pongo cara rara como ponen ellos cuando les fastidia algo, pero en el momento me río..... me da rabia y me digo que otra vez voy a decir que no me ha hecho ninguna gracia"*.

T. *"Por lo que estamos viendo, tu eras la niña modelo que obedecía a su madre y de repente llega un momento en que para ser de tu edad tenías que empezar a salir de casa, a hacer tu vida, a tomar tus decisiones, y ahí chocas; "si yo soy yo, mi familia entiende que no les quiero, como que no son buenos padres, que no les quiero y soy la marginada", entonces cortas con tu desarrollo en el mundo exterior, frenas tu desarrollo como mujer y de alguna manera es como si les estuvieses pasando por la cara: "¿no queréis una niña?, ¡pues tomad anorexia!, ¡ya tenéis una niñita en casa, ahora no os quejéis!". ¿Qué pasaría con tu madre si tu ahora empiezas a desarrollar, no sólo tu cuerpo sino tu personalidad?"*.

P. *"Pues igual sería más libre, más como ha sido mi hermana que se ha ido de casa"*.

T. "Tu hermana se ha ido de casa pero no de mujer autónoma sino de religiosa en una orden. ¿Es difícil en tu casa que haya otra mujer que no sea tu madre?"

P. "No sé, siempre he tenido miedo de enfadarme más, tendríamos cada una sus ideas y no sería como ha sido hasta ahora".

T. "¿Cómo habéis sido hasta ahora?"

P. "Hemos estado de acuerdo en todo o casi todo".

T. "Has estado de acuerdo con tu madre en casi todo, no que hayáis estado de acuerdo, ¿no?"

P. "Si, si hablaban de gustos yo esperaba a que dijese mi madre para decir que a mí también me gustaba... ahora veo que con mi hermana pasa lo mismo... yo ahora suelo decir lo contrario y le da rabia".

T. "¿A tu hermana le sucede lo mismo?"

P. "Si, yo nunca me he atrevido a pedir la paga y veo que a mi hermana le pasa lo mismo que a mí, pues quiere algo y tampoco se atreve a pedir. Me da miedo".

T. "¿Qué te da miedo?"

P. "Todo lo que sea pedir".

T. "¿Por qué?"

P. "Por no merecerlo".

T. "Vamos a dejar un poco a la Ana que piensa "que pobrecita y que mala soy" y vamos a centrarnos en la que tiene miedo a su madre. Vamos a dejar a la madre buena y vamos a hablar de la otra madre. ¿Qué pasa si le pides a ella?"

P. "No se, tengo miedo de que me diga que no, que le parezca demasiado, que no se espere eso de mí".

T. "¿Por qué, qué significa que le pidas la paga a tu madre?"

P. "Casi nunca le he pedido".

T. "Si tu estás en casa con ella, no necesitas dinero pues si necesitas cualquier cosa te la da, tienes a la madre todopoderosa. Pero me da la sensación de que no puedes gastártelo aparte de ella, separada de ella, y quizás esa madre no quiere que tengas esa

autonomía, me da la sensación que tu madre tiene muchas dificultades para poder aceptar eso."

Ya ha visto aspectos negativos de su madre y de la relación con ella, ahora podemos ofrecerle otra imagen de su madre, la de una mujer con dificultades que si actúa negativamente o es por que lo desea, sino porque no puede hacer otra cosa. De esta forma no ocultamos o negativo pero "humanizamos" esa imagen todopoderosa y temible.

P. "Si, le costó aceptar que se fuera mi hermana, que tomara su independencia, que la familia se fuese separando, que no nos reunamos todos".

T. "Tu madre, ¿cuándo perdió a su madre?"

P. "Hace 9 años".

T. "¿Con su madre también estaba pegadita?"

P. "Yo creo que no, creo que mi familia ha sido todo lo contrario de lo que ha sido la suya. Lo que suele contar ella de la abuela es que era muy dura, muy seca, tenía falta de cariño y ella suele decir que ha intentado ser lo contrario de su madre, que en nuestra familia haya todo lo que en la suya faltó".

T. "Y se ha pasado un poco".

P. "Si, porque suele contar... ella tenía ganas de salir a la calle porque en casa de sus padres no estaba bien, cada uno tenía su vida, su madre era la criada de mi abuelo y todos vivían mirándole a él. Ella era hija única".

T. "Se ha sentido muy desprotegida y sin cariño".

P. "Suele decir que ella ha intentado siempre que en su familia haya todo lo que a ella le ha faltado".

T. "Es posible que lo que le esté pasando a tu madre sea que en el momento que le decís: "no te necesito", o "dame dinero para hacer yo mi vida", o "yo tengo mis opiniones", sienta que es fría y seca como su madre. Tu madre quizás todavía no ha podido entender que el que os separéis no quiere decir que ella es mala. Quizás en ese momento se convierta en esa otra madre que puede ser muy tirana. Yo creo que vamos a tener que ayudar mucho a tu madre para que pueda dar ese salto, para que no se sienta cuestionada por el hecho de que tu te hagas una mujer autónoma.

P. "Muchas veces yo hago como de madre suya, si le veo triste..."

T. "Lo que pasa es que si sólo ves a la madre triste, que sufre, lo tienes muy difícil, porque entonces no te puedes pelear con ella nunca, ni te puedes afirmar frente a ella".

P. "Claro, claro".

T. "La única opción que tienes entonces es machacarte tú y enfrentarte a la otra disimuladamente, vomitando, no comiendo, diciéndole que no te vas a ir; estas actuando frente a las dos imágenes de tu madre; "no tengas miedo que no te abandono y no me ataques que voy a hacer lo que tú digas".

P. "Muchas veces no soy yo cuando estoy en casa o cuando estoy hablando con ella. Siento como si estuviese fingiendo, como si no fuese yo, sin saber qué decir en ese momento, no se.. es una sensación rara".

T. "Es que ella es tu cabeza, piensa por ti, decide por ti y tu te encuentras completamente anulada, te cuestionas y te sientes tan desvalida que la necesitas y... ¿a vomitar?. Pienso que el problema no es sólo tuyo sino también de tu madre, que para ayudarte a ti tendremos que ayudar mucho a tu madre para que pueda crecer ella también. ¿Y que juega tu padre donde se ubica en todo esto?".

En esta relación diádica que puede ser enloquecedor, hace falta introducir al tercero que favorezca el pasaje a lo social. (Espina, 1995a).

P. "A mi padre le veo como el que sufre en silencio, estoy pocas veces con él y si tengo que decir lo que haya hecho o no le digo a mi madre. Y la mayoría de las veces le digo a ella, pero le digo: "no le digas a papá porque sólo va a servir para pasar un mal rato y no merece la pena".

T. "¿El no puede hacer nada en todo este lío que tenéis las dos?".

P. "No se, es que no se si puede hacer o no, lo que le veo es siempre como muy agobiado de trabajo".

T. "¿Trabaja mucho?".

P. "Es que a veces porque tiene mucho trabajo acumulado, otras porque no tiene nada, y si está con mucho trabajo está muy estresado y no hay quien le hable y si no tiene trabajo también. Por una parte no quiero que se entere de nada de lo que ha pasado para que no le aumenten los problemas que tenga en la cabeza, porque el estar todo el día solo trabajando de 8 de la mañana a 9 de la noche, pues tiene que pensar muchísimo, o sea, que prefiero que no sepa. Y por otra parte pienso que estoy haciendo mal también no diciéndole, porque él es mi padre y tiene tanta parte como mi madre en todo; es como engañarle más a él".

T. *"También es una forma de protegerle porque está muy estresado."*

P. *"Si, pero luego igual se entera de todo de golpe y es peor"*.

T. *"Quizás haga falta primero ir clarificando estas cosas con tu madre y luego que él vaya entrando"*.

P. *"Si, si pasa algo mi madre nunca me dice nada, pondrá cara rara, estará triste pero nunca me dice, pero le noto. En cambio papá me dice: "ven a la sala", cierra la puerta y me dice lo que haya que decir, pero me dice. Además, es también por su familia, suele decir: "mi padre era de hablar muy poco, muy poco, no contaba nada, a la hora de dar un consejo también era parco en palabras", o sea, lo menos posible. Es repetitivo como él sólo y aunque sea repetitivo te dice y mi madre aunque esté más tiempo conmigo no me ha dicho nada y ha estado pensándoselo, machacándolo y haciendo de todo, y mi padre es el único que me dice. Mi madre igual le dice a alguna amiga y me duele más todavía que le cuente a otra. Yo a ella le cuento casi todo, pero ella no me cuenta a mí, le cuenta a mi hermana mayor y cuando termina de hablar con ella se siente mas desahogada, más tranquila, como si hubiese respirado y ya está; o como cuando va donde su amiga íntima, a aquella también le cuenta todo. Y a mí me deja para los malos momentos, o para que le cuentes tú alguna cosa mala que hayas hecho"*.

T. *"¿No cuenta contigo como mujer con la cual poder comentar cosas?"*.

P. *"No"*.

T. *"En la relación que tenéis, tú estás de niña desvalida...., igual tu madre te ve así también"*.

P. *"Yo creo que mi padre cuenta más conmigo como mujer que mi madre"*.

T. *"Tu madre todavía te está viviendo como la niñita y tu, de alguna manera, también te presentas ante ella así. Como todavía no sabes cómo mostrarte ante ella como mujer y ella tampoco sabe como tratarte como tal, te has quedado ahí quieta, de niña, el cuerpo de niña. Tenemos un buen camino para andar, ¿eh?, pero que se puede recorrer, se puede arreglar"*.

P. *"Y necesito que se arregle porque llevaba estas dos semanas muy mal. En el camino, en cuanto me metía en el coche y cogíamos 120 me daban muchísimas ganas de abrir la puerta del coche y hoy mismo estaba sin cerrar el seguro, pero sé que no soy capaz, que no me voy a atrever"*.

T. *"Pero la idea te viene..."*.

P. "Y me viene muy fuerte y me da miedo de mí misma..., además pienso en serio, no una tontería de niña, y no se si me da miedo que no va a servir para nada..."

T. "Estás muy desesperada".

P. "No se... si supiese de alguien y poder comparar hasta que punto estoy desesperada".

T. "¿Podrás aguantar?"

P. "Sí".

T. "Quiero verte de mujer hecha y derecha".

P. "Si, pero estas dos semanas han sido, !Uf!, a punto de caerte".

T. "Es normal que te desespere porque son situaciones muy dolorosas. ¿Podrás aguantar?"

P. "Sí".

T. "Bueno, ya hablaremos el próximo día de eso, pero pronto empezaremos, si te encuentras con fuerzas, a trabajar con tu madre y contigo. En primer lugar creo que es mejor que puedas ver lo que te pasa a ti, luego lo que le pasa a tu madre y más tarde trabajaremos los tres".

En esta sesión vamos descubriendo un tipo de relación con la madre que hasta entonces permanecía muy oculto, en el que existe ese deseo de rebelión y este temor a que si se rebela se le abandona, o es mucho más débil y entonces se le somete. Ante la culpa que le crea atacar a la madre buena y/o la amenaza de abandono, Ana se paraliza y no tiene otra opción que rebelarse a través de los síntomas. Al brindarle el terapeuta una figura que le relaja su superyo y favorecer una escisión temporal de la imago materna gracias a la cual puede ver los aspectos negativos de su madre, la paciente puede conectar con su odio hacia esa "madre mala" y pensar y sentir lo prohibido por la madre interna superyoica y por la madre externa real. Una vez explicitados sus sentimientos y fantasías en relación con todo ello, se le ofrece la otra cara de su madre, una mujer que ha sufrido, que teme ser mala madre, teme ser abandonada y que por eso puede dificultar la autonomización de sus hijos. Pero esta madre no es vista como mala, sino como una mujer con dificultades que necesita ayuda. En este proceso de escindir temporalmente el objeto para observar sus diferentes aspectos y las emociones y fantasías a él ligadas e integrarlo posteriormente con una visión empática permite desbloquear el mundo fantasmático y las emociones antes inhibidas lo cual es básico para superar la alexitimia. Ya veíamos en el capítulo *El constructo alexitimia. Implicaciones clínicas y terapéuticas* que en la alexitimia el pensamiento simbólico está reducido o ausente, que la incapacidad para fantasear impide la representación de los impulsos y la simbolización de las

tensiones como paso previo a la acción, lo cual hace que la impulsividad sea la tónica dominante en la conducta de los alexitímicos. La pseudoadaptación social, las relaciones sociales dependientes o evitativas, la dificultad para empatizar y la falta de individuación (Krystal, 1979) están asociadas a estos déficits que McDougall (1974, 1985) atribuye a una relación madre-hijo patogénica en la que la gratificación instintiva excesiva o prohibida impide al niño construir una imago del la madre que le sirva para tolerar su ausencia y Krystal (1982) añade que se da una regresión al aposición esquizoparanoide en la que la capacidad de simbolización y la represión no están adecuadamente constituidas. No me voy a extender en estos conceptos claves para entender al alexitimia desde una perspectiva psicoanalítica, remito al lector interesado a un trabajo en el que describo estos procesos en un lenguaje asimilable para terapeutas que no tienen una formación psicoanalítica (Espina, 1995a).

A nivel familiar es mostrado el conflicto de Ana entre el no poder ser mujer autónoma, ni querer ser niña modelo y ello se vincula con el aglutinamiento y el temor a la separación vivida como catástrofe. En este abordaje las relaciones familiares, las dificultades de cada uno y su propia familia interna forman un contexto en el que surge el problema y se les muestra que en el nuevo contexto terapéutico se puede favorecer el desarrollo de todos.

En la siguiente sesión con los padres exploramos qué sucede con las familias de origen, con sus propias familias. Y la madre comenta que en su familia había un conflicto entre los padres. El padre a veces le pegaba a la madre, la madre a veces le amenazaba con un cuchillo al padre y ella se sentía sin saber qué hacer. Describe a la madre como muy fría, que no era nada cariñosa, y a su padre algo más cariñoso, pero que a partir de que ella cumpliera doce años dejó de serlo. Y comenta que en una de las peleas el padre se fue de casa, y luego le recriminó a la hija que se quedara con su madre en vez de haberse ido con él. De manera que la madre de Ana estaba en una posición de conflicto muy importante "si estoy con mi madre traiciono a mi padre, si estoy con mi padre, traiciono a mi madre", un conflicto de lealtad. La madre comenta que ha pretendido dar a sus hijos lo que ella no tuvo. Decía, "nunca me senté a hablar con mi madre, mi madre no me contaba nada ni yo le podía hablar de mis cosas, y la familia estaba muy desunida por el conflicto. Y yo lo que he intentado es que mis hijos tengan lo que yo no tuve. Poder hablar con ellos, estar relacionándome con ellos y que se puedan sentir a gusto en casa". Y ahora, si las hijas quieren irse eso supone que es mala madre, al igual que su madre lo fue con ella, la historia se repite. También comenta que sus padres no le dejaron decidir lo que quería hacer, le imponían su voluntad, luego ella repetía lo mismo con su hija. La madre debido al temor al abandono y rechazo había aprendido a evitar los conflictos y buscaba el aglutinamiento y las relaciones simbióticas para compensar lo que sufrió en su familia de origen, recurrió también a no pensar sobre los conflictos desarrollando una personalidad alexitímica. En relación a la discusión y el conflicto decía: " No se... no se si es una cosa que no quieres recordar, que quieres borrar, son cosas que...yo no puedo discutir, me salgo de mis casillas, como no puedo afrontarlo huyo, me marchó, no puedo ver a dos personas que están discutiendo, es superior a mí. Nunca me he enfrentado a

nadie, las veces que me he enfrentado pierdo los nervios, una vez por poco tiro a una vecina por la escalera y me dura una semana el ataque de nervios”.

El padre en cambio dice que su familia era desligada y que él tenía poca relación con sus padres y se autonomizó pronto; actualmente ocupa un lugar periférico en el hogar, se dedica a trabajar, llega tarde a casa e interactúa menos con el resto de la familia. Se sentía traicionado, aislado y con gran bloqueo emocional. Al hablar del abuelo y sentirse reconocido puede mostrarse.

La madre, en el momento en que está hablando de cómo percibía a sus padres, dice que se siente muy mal hablando así de sus padres, que eso le hace sentir muchos remordimientos y dice: "mis padres eran así, pero quizá eran más majos, o quizá lo pongo yo así para adornarlo", la pobre mujer se culpabiliza al hablar de aspectos negativos de sus padres, lo mismo que le pasa a su hija. Hablando de estos temas, podemos ir ayudando a los padres a que comprendan cómo la historia se va repitiendo, y que quizá las mismas dificultades que ellos tuvieron con sus padres, o la solución que intentaron a los conflictos con ellos, luego van determinando las relaciones en la familia actual, y en este caso concreto pueden influir de alguna manera, como un factor, en la aparición y mantenimiento de la patología. En este momento es muy importante apoyar a los padres, desde luego no culpabilizarles y decir que con los hijos la mayoría de las veces nos equivocamos, que ellos están viniendo a terapia y están poniendo todo de su parte para ayudar a su hija. Que juntos vamos a ir hablando de aspectos que pueden estar influyendo en el problema para ver cómo poder ayudar entre todos a Ana.

Otro conflicto importante fue el de la relación con el abuelo. La madre estaba posicionada por su propio padre y su marido estaba en un lugar periférico, ella sentía lo mismo que con su padre y su madre, tenía un conflicto de lealtad entre su padre y su marido. Ana apoyaba secretamente al padre y en un momento de la terapia bastante dramático porque hizo un intento de suicidio, le robó dinero al abuelo y lo metió en la caja de los padres porque sentía que estaban siendo explotados por el abuelo, que no pagaba nada de los gastos del piso teniendo bastante dinero y sus padres estaban atravesando dificultades económicas en ese momento. Los padres pensaron que el dinero lo había robado para ella y Ana no explicó que lo había robado para ellos, se sintió incomprendida e injustamente tratada e hizo un intento de suicidio con medicación; la madre se dio cuenta a tiempo, estuvo un par de días ingresada y salió bien.

Ana estaba sintiendo que su padre sufría, que estaba aislado y eso a ella le hacía sufrir bastante. El padre al ver que el tema de su suegro podía tratarse en sesión, empezó a hablar y a hacerse más presente. El había optado por el aislamiento, quedarse en el trabajo, en su cuarto y no relacionarse; ahora comienza a sentirse apoyado y plantea que no puede seguir en esta situación, que no quiere vivir con "esa persona". Pero la madre dice que es su padre. Entonces abordamos el tema de la relación entre los padres y qué decisión van a tomar, en cuanto a si quieren vivir con el abuelo o no. Este conflicto estaba dañando mucho su matrimonio y les hacía estar cada vez más separados. La madre

estaba muy apegada a su padre y el padre de Ana no tenía fuerza para defender su lugar y apoyaba secretamente a Ana en su pelea con la madre. La madre está unida a su padre y no puede vincularse a su marido, se vincula a su hijo y el marido a la hija, la historia se repite. La madre depositaba en la hija su conflicto y ésta espera la valoración de su madre y se asusta de la relación edípica con su padre, el cuerpo sin desarrollar no es deseable, demanda cuidados a su madre y al vez expresa rechazo no queriendo ser gruesa como ella. Cuando la madre estaba deprimida Ana decía: "No se lo que le falta, lo que necesita" e intentaba cubrir el vacío de la madre y a la vez necesitaba una madre que le ayudara a ser mujer y que le aceptara como mujer. Al hablar de que sucedería si ella se autonomizara habla de la soledad de la madre, de como el padre se va con los amigos y ella se queda a acompañar a su madre, se preocupa por los dos y no confía en que sus padres puedan arreglarse sin ella, ahí le invito a que no les ayude estando enferma y me permita ayudarles a mi.

El padre va presionando y la madre comprende que tendrá que elegir, si sigue como está tiene padre pero no tiene marido y si se van a otro piso sufrirá por separarse de su padre, pero quizá tenga marido. Este conflicto duró bastante tiempo, hasta que al final deciden irse y separarse del abuelo. A la madre se le dijo que el que hayan tomado esa decisión no implica que no vea a su padre. El padre no quiere ni ir a su casa ni que el abuelo venga a la suya, es decir no quiere ninguna relación con "ese señor", pero va a ser un tema importante a partir del cual podemos ir rompiendo una alianza que se estaba dando hija-padre, y también el que Ana hubiera estado presentando un problema que distrajera del conflicto con el abuelo. El problema que había en casa, que es lo que Ana denunció en la segunda sesión, es que además de su problema estaba el problema del abuelo, pero de eso no se podía hablar. Cuando Ana sale más y se va autonomizando, se empieza a hablar del tema del abuelo y la madre comienza a caer, a deprimirse. Esto es muy frecuente en la terapia de este tipo de problemas, si la paciente cumple alguna función en el sentido de ayudar a paliar o a ocultar un problema haciéndose cargo de conflictos que no son suyos, los demás pueden estar viviendo preocupados porque la hija no come, o porque la hija vomita, pero evitan otros conflictos. En el momento en que la hija empieza a liberarse de ese rol, cada uno se tiene que ir haciendo cargo de lo suyo, emergen los conflictos que estaban de alguna forma ocultos detrás de la sintomatología y más personas entran en crisis. En este caso, a medida que la hija estaba mejor, la madre dice: "pues yo ahora me siento mucho peor. Me meto en la cama, no tengo ganas de nada. Estoy como estaba mi hija antes, exactamente igual".

A partir de ahí trabajamos con la madre lo implica para ella desligarse de su padre, qué es lo que supone y ha supuesto durante todos estos años el conflicto de lealtad entre su marido y su padre. En ese momento se le ofrece un lugar para poder comprender y sentirse comprendida. El siguiente paso va a ser, en la medida en que marido y mujer pueden hablar a solas, reunirles para que cada uno pueda comprender mejor al otro, después de haberse comprendido mejor a sí mismos. Este proceso en el cual ayudamos a una persona a que comprenda qué es lo que le puede estar pasando y a comprender lo que le sucede al otro y reunirles después de hacer lo mismo con la otra persona, sirve

para que la comunicación y la búsqueda de soluciones a los problemas que se les plantean sea más rápida y nos evitamos un montón de peleas que se dan cuando la pareja está a la defensiva o peleando con el otro sin saber por qué ni para qué. Se favorece el autoconocimiento y la comprensión de las razones del otro como paso previo a una puesta en común en la que puedan hablar con más sentido de su relación.

Resultados en alexitimia

Aunque en este caso, como en todos los que forman parte de las investigaciones que estamos realizando con terapias en familias con un miembro esquizofrénico o con trastornos de la alimentación, utilizamos una batería amplia de pruebas diagnósticas que no vamos a describir aquí por no adecuarse al tema objeto de este trabajo. Los lectores interesados pueden consultar un estudio sobre un caso de esquizofrenia en el que describimos los instrumentos utilizados y la evaluación del cambio (Espina y Pumar, 1994). De todas formas, en breve publicaremos un artículo sobre el cambio en niveles individuales, de pareja y familiares en este caso.

Hemos evaluado la alexitimia mediante la Toronto Alexithymia Scale (TAS) (Taylor et al., 1985), escala autoaplicada de 26 ítems que posee una buena consistencia interna, buena fiabilidad test-retest, validez de constructo y criterio y una estable y replicable estructura factorial congruente con el constructo "alexitimia". Man et al. (1992) han hallado 3 factores en el TAS: Factor 1. *Sentimientos*. Se refiere a la dificultad para identificar y comunicar sentimientos, Factor 2. *Ensoñación*. Agrupa los ítems que hacen referencia a la capacidad de fantasear y Factor 3. *Pensamiento analítico orientado al exterior*. El sujeto se centra en los acontecimientos externos más que en las propias experiencias. El punto de corte a partir del cual se puede hablar de un sujeto alexitímico se sitúa en 74. Respecto a la alexitimia en los trastornos de la alimentación, el 74,4% de las pacientes anoréxicas son alexitímicas (Parker et al., 1989) y según Bourke et al. (1992) la media en el TAS en estas pacientes está en 79,3 con una desviación estándar de 10,8.

El TAS fue pasado a todos los miembros de la familia antes de la terapia (Evaluación 0), al finalizar la misma a los 2 años y cinco meses (Ev. 1) y en el seguimiento a los 3 años y 10 meses de la evaluación 0 (Ev. 2). En la evaluación pretratamiento encontramos (ver tabla 1) que la madre y Ana son alexitímicas, mientras que el padre se encuentra en el límite, los otros hijos no son alexitímicos. Ana padece una alexitimia muy grave, en el estudio de Bourke et al. (1992) la puntuación más alta en el TAS en una muestra de pacientes anoréxicas fue de 90, mientras que Ana alcanza una puntuación de 106.

Tabla 1. TAS. Evaluación pre, post y seguimiento

	Evaluación 0	Ev.1	Ev.2
--	--------------	------	------

Padre	72	62	65
Madre	80	74	72
Ana	106	74	72

Tabla 2. Factores del TAS en las Evaluaciones pre, post y seguimiento. Ana.

	Evaluación 0	Ev.1	Ev.2	Media población normal (Man et al. 1992)
Factor 1	44	30	31	19,7
Factor 2	20	8	12	10,9
Factor 3	4	10	11	10

En Ana existe una sensible mejoría en el Factor 1, aunque no llega a normalizarse. La incapacidad de fantasear se normaliza completamente, quizás debido a que la barrera de la represión se hace más permeable, la comunicación consciente/inconsciente es mayor y la paciente puede tener acceso al mundo de la fantasía. Respecto al factor 3, la puntuación es excesivamente baja en la evaluación 0 lo cual puede deberse a que la Ana era muy impulsiva, no buscaba explicación ni analizaba hechos; en la Ev. 1 y 2 se normaliza, pudiendo razonar sin hacerlo en exceso, lo cual se acompañó del cese de la impulsividad. Respecto a este factor podemos decir que si la puntuación es alta, el pensamiento es excesivamente racional y orientado al exterior, lo cual está relacionado con el pensamiento operatorio, pero si la puntuación es muy baja puede mostrar una falta de análisis de los hechos, propio de las personalidades impulsivas.

Tabla 3. Factores del TAS en las Evaluaciones pre, post y seguimiento. Madre.

	Evaluación 0	Ev.1	Ev.2	Media población normal (Man et al. 1992)
Factor 1	27	17	16	19,7
Factor 2	16	18	17	10,9

Factor 3	9	15	14	10
----------	---	----	----	----

En la madre vemos que la capacidad de discriminar y comunicar estados emocionales se normaliza, mientras que la capacidad de fantasear no mejora, y el pensamiento orientado al exterior aumenta, esto último puede ser debido a que con la terapia mejora la capacidad analítica, la cual si no va acompañada de bloqueo emocional no es patológica. Quizás la escala original no es muy sensible a esto, el TAS revisado (Taylor et al., 1992) es bifactorial e incluye más items en el factor 2 que hace referencia al pensamiento operatorio.

Tabla 4. Factores del TAS en las Evaluaciones pre, post y seguimiento. Padre.

	Evaluación 0	Ev.1	Ev.2	Media población normal (Man et al. 1992)
Factor 1	16	18	21	19,7
Factor 2	19	13	11	10,9
Factor 3	13	10	10	10

El padre, aunque no era alexitímico en la Ev. 0, daba una puntuación en el TAS cercana al punto de corte para discriminar los sujetos alexitímicos (ver tabla 1). En la tabla 4 vemos que en la ev. 0 tenía una cierta dificultad para fantasear y su pensamiento estaba orientado al exterior, características ambas del pensamiento operatorio. En la Ev 1 y 2 se normalizan ambos factores, lo cual nos permite afirmar que con la intervención el pensamiento operatorio desaparece.

Podríamos decir que las familias de anoréxicas son alexitímicas, la madre y Ana lo eran y el padre daba una puntuación límite. Este abordaje facilita que las personas alexitímicas puedan conectar con sus emociones y aprendan a pensarlas y expresarlas. Este trabajo lo hacemos con todos los miembros de la familia si es necesario. La hija pensaba que la madre estaba deprimida cuando ella salía, y la madre le decía en una sesión más avanzada: "No, si sólo porque tu salgas yo no estoy mal. Yo estoy mal por otros problemas. Y si estoy mal, es porque me está preocupando mucho lo que pasa con mi padre, y lo que está pasando con tu padre, con mi marido". Y el que la hija también pueda comprender y escuchar a su madre diciéndole: "Mira, en un momento el que tu no estuvieras, que eras un apoyo, me fastidiaba mucho, pero ahora ya no porque estoy trabajando esos otros temas y hablándolos y lo que me está preocupando es esto, y no el que tu salgas". Eso le viene muy bien a la hija, porque si no puede seguir pensando que

todo lo que le pasa a la madre tiene que ver con ella lo cual le supone una carga que le culpabiliza, pero por otro lado le da mucho poder dentro de la familia, le hace sentirse muy importante y le costará renunciar a ello. Al evitar el "yo creo que el otro piensa que...", combatimos la clarividencia y favorecemos el diálogo.

De esta forma podemos ir trabajando simultáneamente los niveles comentados, permitir que se vayan resolviendo los problemas relacionales y que cada uno, comprendiendo su historia, pueda ir creciendo y autonomizándose; el proceso será largo pero podemos alcanzar objetivos mucho más amplios que la simple remisión de síntomas. Este tratamiento duró dos años y cinco meses y el número de sesiones fue de 48 con una periodicidad semanal al principio, luego quincenal y finalmente mensual. Las sesiones eran familiares, individuales y de díadas (padre y madre, madre y Ana); a partir del primer año la terapia se centró más sesiones con Ana trabajando especialmente los problemas de identidad y control de impulsos y se hacían sesiones puntuales con los padres o el resto de la familia si era necesario. En resumen, podemos decir en base los resultados obtenidos en un caso particularmente grave, que las intervenciones que integran los modelos dinámico y sistémico son eficaces para ayudar a cambiar la alexitimia, tanto en la paciente como en otros miembros de la familia.

BIBLIOGRAFIA

- Andolfi, A. y Angelo, C. (1985). Famiglia e individuo in una prospettiva trigerazionale. *Terapia Familiare*, 19, 17-23.
- Bion, W. (1963). *Learnig from experience*. London. Heineman.
- Boszormenyi-Nagy, I. y Sparks, L. (1973). *Invisible loyalties*. New York. Harper and Row.
- Bourke, M.P., Taylor, G.J. , Parker, J. y Bagby, R.M. (1992). Alexithynia in women with anorexia nervosa. A preliminar investigation. *British Journal of Psychiatry*,, 161:240-243.
- Bowen, M. (1978). *Family Therapy in clinical practice*. New York. Jason Aronson.
- Canevaro, A. (1995). Terapia familiar trigeracional. En M. Garrido y A. Espina (Eds.) *terapia familiar. Aportaciones psicoanalíticas y transgeneracionales*. Madrid. Fundamentos.

- Espina, A. (1981). Anorexia mental. Individuo y familia. *Clínica y análisis grupal*, 4, 82-93.
- Espina, A. (1987). *Perspectivas en psicoanálisis. Estructura borderline, psicosis y feminidad*. Madrid. Fundamentos.
- Espina, A. (1995a). Algunas claves psicoanalíticas para terapeutas familiares. En M. Garrido y A. Espina (Eds.) *Terapia familiar. Aportaciones psicoanalíticas y transgeneracionales*. Madrid. Fundamentos.
- Espina, A. (1995b). Aportaciones psicoanalíticas y sistémicas a la terapia de pareja en los trastornos psicósomáticos. En M. Garrido y A. Espina (Eds.) *Terapia familiar. Aportaciones psicoanalíticas y transgeneracionales*. Madrid. Fundamentos.
- Espina y Pumar, B. (1994). Terapia familiar estratégica en la esquizofrenia. Estudio de un caso desde una perspectiva sistémica y dinámica. En M. Garrido y J. García (Eds.) *Psicoterapia. Modelos contemporáneos de aplicación*. Valencia. Promolibro.
- Espina, A. (1996). Terapia familiar sistémica en la anorexia nerviosa. En A. Espina y B. Pumar (Eds.) *Terapia familiar sistémica. Teoría, clínica e investigación*. Madrid. Fundamentos.
- Klein, M. (1946). Notes of some schizoid mechanism. En M. Klein *Developments in psychoanalysis*. London. The Hogarth Press.
- Kristal, H. (1979). Alexithymia and psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 33: 17-31.
- Krystal, H. (1982). Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic treatment. *Int. J Psychoanal. Psychoter.* 9:353-378.
- Man, L.S. Wise, T.N. y Shay, L. (1992). Factor analysis of Toronto Alexithymia Scale: Elucidation of paolythetic construct. *Psychoter. Psychosom.*, 58:40-45.
- McDougall, J. (1974). The psychosoma and psychoanalytic process. *Int. Rev Psychoanal.* 1:437-1459.
- McDougall J. (1985). *Theaters of the mind: Illusion and truth on the psychoanalytic stage*. New York, Basic Books.
- Mahler. M. (1975). *The psychological birth of the human infant*. New York. Basic Books.
- Marty,, P. y M'Uzan, M. (1963). La "pensée opératoire". *Revue Française de Psychanalyse.* 27 (suppl.):1345-1356.

- Minuchin, S. Rosman, B.L. y Baker, L. (1978). *Psychosomatic families. Anorexia nervosa in context*. Cambridge. Harvard University Press.
- Nemiah, J.C. (1977). Alexithymia. Theoretical considerations. *Psychoter. Psychosom.* 28:199-206.
- Onnis, L. y Di genaro, A. (1987). Alexitimia: Una revisione critica. *Medicina Psicosomatica*, 32:45-64.
- Parker J., Taylor, G.J., Bagby, R.M. (1989) The alexithymia construct: relationship with sociodemographic variables and intelligence. *Compr. Psychiatry*, 30:434-441.
- Selvini, M. (1965). *L'anoressia mentale*. Milán. Feltrinelli.
- Selvini, M. y Viaro, M. (1988). The anorectic process in the family: a six stage model as a guide for individual therapy, *Family Process*, 27, 129-148.
- Stierlin, H. (1977). *Psicoanálisis y terapia familiar*. Barcelona. Icaria.
- Taylor, G.J., Ryan, D.P. y Bagby, R.M. (1985). Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychoter psychosom*, 44:191-199.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M. y Parker, J. (1992). The revisited Toronto Alexithymia Scale. Some reliability, validity and normative data. *Psychoter Psychosom*, 57:34-41.
- White, M. (1983). Anorexia nervosa: A transgenerational system perspective. *Family Process*, 22 (3), 255-273.

Tabla 1. TAS. Evaluación pre, post y seguimiento.

	Evaluación 0	Ev.1	Ev.2
Padre	72	62	65
Madre	80	74	72
Ana	106	74	72

Tabla 2. Factores del TAS en las Evaluaciones pre, post y seguimiento. Ana.

	Evaluación 0	Ev.1	Ev.2	Media población normal (Man et al. 1992)
Factor 1	44	30	31	19,7
Factor 2	20	8	12	10,9
Factor 3	4	10	11	10

Tabla 3. Factores del TAS en las Evaluaciones pre, post y seguimiento. Madre.

	Evaluación 0	Ev.1	Ev.2	Media población normal (Man et al. 1992)
--	---------------------	-------------	-------------	---

Factor 1	27	17	16	19,7
Factor 2	16	18	17	10,9
Factor 3	9	15	14	10

Tabla 4. Factores del TAS en las Evaluaciones pre, post y seguimiento. Padre.

	Evaluación 0	Ev.1	Ev.2	Media población normal (Man et al. 1992)
Factor 1	16	18	21	19,7
Factor 2	19	13	11	10,9
Factor 3	13	10	10	10