

Erschienen /published /publicada in/en:

Temuco, Chile: *Estudios Psicológicos* 1: 1-10, 1991.

Buenos Aires, Argentina: *Sistemas Familiares* 8: 9-23, 1992.

REFLEXIONES SOBRE LA ANOREXIA EN ADOLESCENTES

Un enfoque sistémico del problema psicosomático ejemplificado en la anorexia nervosa juvenil.

Resumen

La anorexia juvenil le presenta graves dificultades a la psicoterapia tradicional. Basándose en un entendimiento sistémico, es decir, en una visión constructivista de la teoría de sistemas este ensayo propone un cambio de perspectivas a fin de mejorar esta situación. Suponiendo que la escasa utilidad de las terapias tradicionales radica en su orientación en nociones psicopatológicas de la medicina y/o socio-normativas de las ciencias sociales se propone reemplazarlas por una perspectiva distinta que le permita al terapeuta aumentar su efectividad al adoptar una actitud de aceptación y respeto frente a las familias afligidas por el fenómeno anoréctico.

1 Introducción al problema

A modo de aclaración: El presente ensayo utiliza ideas y conceptos de muchas disciplinas del pensamiento, como asimismo, de las distintas escuelas psicológicas y psicoterapéuticas. No es en este sentido que pretende ser original, sino en la forma de reordenar esas ideas. Citarlas a todas ellas constantemente significaría confeccionar una bibliografía inflacionaria. Por esto y considerando que el lector informado no precisa de múltiples referencias y de que toda selección hecha por mí, en el mejor de los casos, reflejaría mis predilecciones literarias, me abstengo de proporcionar citas. Me apartaré de esta ruta solamente en aquellos casos cuando hago alusión directa a un autor contemporáneo.

- ▶ La elección de la anorexia como ejemplo del fenómeno llamado psicosomático no es accidental. Si bien este fenómeno no es típico del campo psicosomático, él permite una serie de generalizaciones. Antes de nombrarlas cabe hacer la siguiente acotación: El término "psicosomático" me parece, desde el punto de vista sistémico, poco útil. Su intención es reunir dos aspectos inseparables - mente y cuerpo - luego de que fueran diferenciados analíticamente. Aunque su utilidad se da al expresar una reacción en contra de teorías reduccionistas, ésto sucede a costos de reforzar indirectamente esos planteamientos ya que la noción misma involucra la distinción desechada. Por otra parte, los estados anorécticos reflejan exactamente aquello que el concepto psicosomático pretende designar: multidimensionalidad. Esta se da en el fenómeno anoréctico en una multitud de niveles: es vivenciado por el cliente como algo que lo aflige "psíquicamente", mientras que el observador lo percibe como algo "somático";

- ▶ operacionalmente muestra las características típicas de la adicción (en alemán se le llama "Magersucht" = adicción a la delgadez) e incluye tanto aspectos conscientes como inconscientes e involuntarios;
- ▶ desde el punto de vista interaccional se presenta como fenómeno profundamente interactivo, especialmente dado su carácter familiar y siendo, al mismo tiempo, un caso paradigmático del conflicto entre autonomía y control, es decir, de individuación¹;
- ▶ dados los casos de letalidad es además un problema que incumbe a la medicina orgánica;
- ▶ este fenómeno aparece en distintas culturas en proporciones distintas y en sociedades de alto desarrollo económico con bastante más frecuencia que en países pobres, lo que rige, asimismo, para las clases socio-económicas.

En otras palabras, la anorexia es un fenómeno multidimensional con aspectos psíquicos, somáticos, sociales, económicos y culturales. Por todo ello, la anorexia representa aspectos centrales de todas aquellas dificultades del vivir que la medicina tradicional ha encasillado en nosologías psicopatológicas y que las ciencias sociales han tratado como desviación normativa. Seguramente que por toda esa complejidad la terapia tradicional, en general, ha fracasado. De ahí que las terapias innovativas - especialmente las terapias familiares - le hayan dedicado una gran parte de sus esfuerzos. Por todo esto las reflexiones expuestas en este ensayo puedan ser consideradas como paradigmáticas para una concepción adecuada del quehacer terapéutico en general.

Este ensayo no pretende postular un nuevo entendimiento del fenómeno clínico llamado anorexia nervosa. Propone una forma de apreciar ese fenómeno destinada fundamentalmente a servirle de ayuda al terapeuta¹. Para este efecto se basa en dos aspectos: en el pensar sistémico y en la experiencia clínica del autor en la aplicación práctica de tal pensar. Con respecto al primer aspecto - el pensar sistémico - éste se basa en los postulados epistemológicos y ontológicos de la teoría de sistemas desde un punto de vista constructivista. Con raíces en la filosofía de los últimos siglos, su entendimiento actual se remonta a las ciencias naturales de principios del siglo XX. En ese entonces la "new physics" abrió nuevos caminos que fueron continuados por la teoría de sistemas biológica a partir de los años treinta. En su versión actual se deriva el pensar sistémico de los adelantos de la neurobiología y de las ciencias sociales (cibernética de 2o. orden ó del observador), tal como han sido elaborados, entre otros, por H.R. Maturana, F.J. Varela, H. von Foerster y N. Luhmann².

Con respecto al segundo aspecto - la experiencia del autor - ésta se ha desarrollado en 20 años de trabajo como psicólogo en el área de la psicología clínica infantil, juvenil y familiar. Especialmente en los últimos 17 años, desde su incorporación al Departamento de Psiquiatría Infanto-Juvenil de la Universidad de Hamburgo, una parte importante de este trabajo ha tenido

¹ Comp. por ej.: H. Stierlin: "Delegation und Familie", Frankfurt: Suhrkamp 1978 y "Ueber die Familie als Ort psychosomatischer Erkrankungen" en: Familiendynamik 13: 288-299, 1988.

² Desde que fuera escrito por primera vez a principios de 1989, este ensayo ha experimentado distintas revisiones como resultado de su discusión en las siguientes ocasiones: 1) 10. conferencia anual de la Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Familientherapie en marzo de 1989 en Darmstadt, Alemania. 2) 8. Congreso Nacional de la Sociedad Chilena de Psicología Clínica en Septiembre de 1989 en Viña del Mar, Chile. 3) 33. conferencia del Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin en noviembre de 1990 en Hamburgo, Alemania. Además existe una versión escrita a ser publicada en: L. Reiter/C. Ahlers (eds.): Systemisches Denken und therapeutischer Prozeß. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1991. La presente es una versión hasta ahora inédita que incluye dichos aportes.

lugar tanto en el tratamiento como en la investigación del fenómeno anoréctico en adolescentes. Trás probar distintos tipos de reflexión y tratamiento me he dedicado desde 1978 exclusivamente a la aplicación y al desarrollo conceptual de lo que desde 1982 ha pasado a denominarse la terapia sistémica. El resultado de este trabajo ha sido la proposición de una Teoría Clínica Sistémica³.

Desde el punto de vista sistémico-constructivista, la terapia sistémica no significa una variación peculiar de la terapia familiar, sino una terapia sui generis. Deviene de la posición epistemológica propuesta por Maturana: "todo lo dicho es dicho por un observador". El observador es visto como un ser vivo de organización autopoietica. Esto implica que está determinado en cada momento de su existencia por el estado ontogénico actual de su estructura biológica y que opera con clausura operacional. El observador, es decir, el ser vivo "lenguajeante" (que vive el mundo del lenguaje creado en sus interacciones lingüísticas) debe ser considerado, tal como todo ser vivo, como ser fundamentalmente autónomo que se regula por legitimidad propia. Para los efectos de su comprensión en el ámbito de las ciencias humanas y sociales cabe decir que el observador tiene dos características constitutivas básicas: no puede actuar en forma determinante con otros seres vivos, incluyendo naturalmente a los humanos, y no puede ser determinado a propósito por medio de acciones impuestas sobre él. Estas dos condiciones atribuidas al ser humano distinguen básicamente la concepción sistémica de los conceptos adheridos hasta ahora por las ciencias humanas y sociales, que lo concibieron fundamentalmente como ser reactivo, apto a ser determinado por inputs provenientes del medioambiente.

Sin entrar aquí en mayores detalles - el lector puede referirse a la literatura original - se puede ya advertir que esta concepción del ser humano confronta a todo quehacer teórico en el campo de la terapia con el problema de concebir medidas terapéuticas adecuadas a esa posición. El problema consiste en resolver lo que he llamado el "dilema del terapeuta", el cual puede ser expresado por medio del siguiente imperativo: "¡Trabaja eficazmente sin nunca saber de antemano ni cómo ni con qué consecuencias!"

Habiendo abandonado la posición positivista y objetivista, el ser humano aparece como incapaz de ser instruido desde "afuera". La labor del terapeuta ya no puede consistir en aplicar medidas standard provenientes de un pensar psicológico que lo ve como "aparato reactivo" que puede ser causal-y prediciblemente determinando por medio de intervenciones. En otras palabras, se hace necesario reconcebir el proceso terapéutico. Nuestra solución - del equipo de Hamburgo - ha consistido en un cambio de enfoque. Como hubo que desechar la posibilidad de idear medidas terapéuticas dirigidas a influenciar causalmente a nuestros clientes hemos optado por concentrarnos en las actividades del terapeuta. Si el terapeuta no puede actuar como causa eficiente, lo que sí puede realizar es crear un ambiente interaccional adecuado en el cual sus clientes pueden efectuar sus cambios (= resolver sus problemas) según sus propias características

³ Las proposiciones básicas de esta teoría clínica fueron presentadas en los siguientes artículos del autor: "10 + 1 Leitsätze bzw. Leitfragen", *Z. systemische Therapie* 5: 178-191, 1987 (cast.: "10 + 1 guías o preguntas-guía. Lineamiento de una teoría clínica en el ámbito psicosocial con fundamento sistémico", *Sistemas familiares* 5: 21-36, 1989); "Problem - 'Bindeglied' klinischer Systeme", en: L. Reiter, E.J. Brunner, S. Reiter-Theil (eds.): "Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive", Berlin: Springer 1988: 231-249; "Nutzen, Schönheit, Respekt - Drei Grundkategorien für die Evaluation von Therapien", *System Familie* 1: 103-114, 1988. Una presentación cabal se encontrará en "Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis" Stuttgart 1992; cast.: "Terapia sistémica", Barcelona 1996/1998).

estructurales. Nuestro trabajo teórico y metodológico se ha dedicado, por lo tanto, a otorgarle un marco de referencia al terapeuta que le sirva de orientación para guiar su conducta de una forma que no le dificulte a sus clientes realizar los cambios deseados.

En vez de pretender la elaboración de una proposición psicopatológica o psicogenética de la anorexia, este ensayo apunta a simplificar la situación del terapeuta mostrándole caminos viables que le permitan cooperar con chicas anorécticas y sus familias evitando entrar con ellos en luchas fútiles e infructíferas. Estas reflexiones no culminan en un modelo de la anorexia en-sí. No se trata de modelarla ni como síndrome patológico ni como un tipo específico de transacción familiar. Nada de eso. Se trata, más bien, de describir el fenómeno clínico de la anorexia en adolescentes de un modo que le sirva de ayuda al terapeuta para adoptar una actitud de aceptación frente al ser-así de estas familias y así poder gatillar cambios significativos sin enredarse en sus propias hipótesis. En otras palabras, el objetivo de este ensayo es una reformulación pro-terapeuta de la anorexia en adolescentes.

Para este efecto distingo la anorexia en adolescentes de otros estados anorécticos en los cuales el rechazo de la alimentación es, más bien, un fenómeno adyacente. Esto se da, por ejemplo, en algunas condiciones depresivas o el en caso de medidas intencionales dirigidas a un fin específico. En estos casos se trata presumiblemente de otro tipo de operabilidad.

El esquema a ser seguido puede resumirse como sigue: Antes de penetrar en el terreno mismo de la anorexia presentaré dos tesis sobre el fenómeno más central del existir humano: la socialización. Distinguiré para este efecto dos fenómenos que son, en sí, inseparables, pero que con respecto a la dimensión biográfica permiten ser tratados individualmente: amar y amor. En el próximo paso derivaré de estos fenómenos algunos elementos que servirán para la comprensión de la anorexia en la forma estipulada más arriba. A continuación discutiré algunos de los problemas con los cuales se han visto confrontados los conceptos terapéuticos tradicionales en el tratamiento de la anorexia. Finalmente presentaré un marco de referencia que permite recontextualizar a grandes rasgos la terapia de este problema.

2 Amar y amor: dos tesis básicas

Las siguientes reflexiones son expresadas como afirmaciones hipotéticas (= tesis). Como tales no pretenden representar una "realidad objetiva" sino fundamentar una operabilidad sistémica.

TESIS 1. *AMAR es constitutivo de lo humano.*

El amar es un emocionar que guía el actuar de todo ser humano hacia otros seres humanos. Sucede en forma espontánea y sin motivo, no es ni aprendible ni regulable sino, a lo más, coordinable. El amar esta a la base de la socialización y es, por eso, una característica biológico-constitutiva del ser humano⁴. Amar es un experimentar primario que, como tal, es incomunicable

⁴ Ver H.R. Maturana: "Reflexionen über Liebe", Z. systemische Therapie 3: 129-131, 1985. Ahí expresa él: "El amor es una condición espontánea y dinámica en la cual un sistema vivo acepta la coexistencia con otro u otros... como tal es un fenómeno biológico que no necesita justificación... Cuando hay amor, hay socialización, si no lo hay, no hay socialización... El amor consiste en abrir espacio para la existencia del otro en coexistencia con uno mismo en un dominio específico de interacción" (p. 129-130). Maturana no distingue explícitamente entre amar y amor. Esta distinción tiene, sin embargo, consecuencias de gran utilidad para los fines de mi trabajo.

y escapa a la reflexión racional; no puede ser ni descrito ni explicado. Tanto la descripción como la explicación del amar aparecen recién en el discurso y señalan, por lo tanto, a un fenómeno distinto al descrito y explicado.

Los seres humanos conocemos el amar desde nuestra propia vivencia experiencial. Gracias a ello lo podemos concebir como existente y tratarlo como constructo teórico que, aunque no comprobable, puede ser utilizado hipotéticamente para explicar el devenir del acoplamiento del ser humano a otros seres humanos, es decir, de los vínculos entre seres humanos. Sin tener una entrada directa al fenómeno mismo, inferimos indirectamente su existencia de nuestras experiencias y de nuestras observaciones en el diario vivir y en las ciencias. Estas demuestran, por ejemplo, que la obstaculización del amar por medio de la isolación tiene consecuencias graves en los seres humanos y en otros animales superiores. Se forman conductas que con respecto a lo común en estas especies aparecen como irregulares ya que dificultan la integración de estos individuos en la comunidad de su especie. La obstaculización del amar puede tener, aún más, consecuencias fatales. Es este sentido propongo considerar el amar como condición fundamental y, sin embargo, no directamente comprobable del vínculo humano.

Si aceptamos esta proposición y entendemos el amar como un estar dirigido constitutivamente hacia otros seres humanos, debemos suponer que el amar persigue su consumación y, que por lo tanto, presupone el estar-ahí del otro. El amar debe necesariamente ocurrir, si no ocurre, no hay socialización². Entendido como característica constitutiva de lo humano el amar no es sólo una necesidad psicológica o un mero impulso motivacional (drive) que estuviera a disposición. El precisa sólo del estar-ahí de un otro. Y sin embargo, ya que el amar sólo persigue su consumación no hace distinción de las particularidades del otro. Lo específico del otro es, en el fondo, irrelevante. A los bebés les basta, por ejemplo, un figurín con algunas características de cara para elicitar sonrisas. Para la consumación del amar el otro es sólo un medio o condición necesaria, pero no un sujeto en derecho propio. Es por esto que el amar aparece siempre en la misma modalidad, tanto en los bebés, como en los niños, adultos y ancianos. Todos ellos precisan del estar-ahí del otro para realizar su amar. Para el amar no hay más que cercanía; la posibilidad de distanciamiento aparece recién tras su frustración, cuando comienza el amor. Ya que el amar en este sentido primario es ciego para lo específico del otro, es también incorregible. El amar, la obsesión y ciertas formas de la psicosis son, entre sí, estructuralmente indistinguibles. Pero esto ya lo sabían desde siempre los poetas y los amantes.

TESIS 2. *AMOR es amar socializado.*

Durante el devenir en un ser humano, es decir, en el transcurso del vivir aparece paulatinamente la individualidad del otro. Esta se experimenta primero como obstáculo ya que dificulta la consumación del amar. El amar topa con el otro en sus fronteras y estados de ánimo, ocasionalmente en su desinterés o en intereses ajenos, en fin, con sus particularidades estructurales y de su vivir. Esto frustra. Las frustraciones del amar modulan en el niño el transcurso específico de su socialización primaria. El niño reacciona alarmado (llora, grita, se pone apático etc.) lo cual gatilla en los adultos relevantes sentimiento de compasión y también de frustración. El curso de la socialización se decide en referencia a las modalidades que los participantes crean para mitigar estas molestias mútuas. Las madres y otros adultos relevantes pueden reaccionar de distintas maneras. Muchas de estas modalidades están condicionadas por el momento cultural y epocal, así por ejemplo, si el llorar del infante es visto como común en esa fase del desarrollo o como necesario para que crezca fuerte y sano o bien como motivo para inmediatamente tomarlo en brazos y calmarlo. En lo esencial, este primer paso en la

socialización deviene del proceso específico que el niño y su medioambiente adulto realizan al tratar de manejar estas frustraciones que se infligen mutuamente como consecuencia de ir expresando su individualidad y autonomía.

Entre los participantes se establecen poco a poco estrategias o modalidades para el manejo de esas frustraciones. De no ser perturbadas en su transcurso posterior se consolidan cada vez más hasta pasar a configurar patrones de conducta interrelacional estables (recurrentes). La forma que toma este proceso depende, aparte de las particularidades personales de los actores (patrones perceptivos y conductuales genéticos y adquiridos, sensibilidades, enfermedades, etc.) y del contexto socio-cultural en que ocurre (obligaciones externas de los adultos, mantención del hogar y/o trabajo, cuidado de otros niños etc.), del grado de exclusividad en que este vincularse tiene lugar. De no haber nada o nadie que exija simultáneamente la atención del adulto y de corresponder el amar del niño con las expectativas de la madre (u otro) tienden ambos a mantener sus frustraciones mutuas a un mínimo nivel. La exclusividad de su vínculo tiende a estabilizarse y su vínculo a conservarse en su estado inicial, a menos que existan condiciones que operen en contra de esa exclusividad y que motiven a ambos - niño y madre - a aprender formas como incorporar las exigencias del diario vivir en su amarse. En ese caso, el amar deberá ser estrategizado si quiere llegar a consumarse. Se hace necesario encontrar formas de comunidad que permitan distanciamiento sin sensación de pérdida. Por así decirlo, es necesario crear "vínculos de segundo orden" en los cuales tanto el niño como el adulto puedan sentir al otro, a pesar de su alejamiento concreto, como virtualmente presente. Esto implica la sintetización de un "concepto del otro". Para que pueda cumplir su objetivo como "substituto relacional" este proceso de sintetización deberá atribuirle al "otro conceptual" características específicas. Estas dependerán de las circunstancias contextuales que modulen este proceso. Para ello se requiere de un lento proceso de alejamientos y acercamientos. En el caso que este proceso produzca, por ejemplo, un sufrimiento intolerable, él propiciará el desarrollo de tendencias de retractivas (del otro) y/o insistentes (en la presencia física del otro). La vivencia del otro como confiable, como alguien acopable cada vez que es necesario, procura el fundamento de lo que el terapeuta familiar alemán Helm Stierlin llama "individuación relacionada" (= bezogene Individuation, ver nota 1). Esa vivencia facilita la sintetización del otro como ser que, a pesar de ser autónomo, es a la vez, confiable. Esto provee el fundamento para la formación de una actitud de aceptación del otro y de respeto por el otro.

El niño y el adulto han aprendido a regular la consumación del amar, lo han "estrategizado" al aprender a coordinarlo o condicionarlo al amar del otro. Las condiciones están dadas para aceptar separaciones y poder sobrellevarlas. Lo que inicialmente era un emocional biológico-individual unidireccional - un actuar - se ha extendido a una relación recíproca y ha pasado a ser comunicación⁵. Se ha dado el segundo paso de la socialización que permite la experiencia del "amarse" en reciprocidad. Esto permite, a su vez, tomar parte en relaciones extrafamiliares sin mayor desosiego. De aquí en adelante se puede hablar, en sentido estricto, de "amor" como de aquel fenómeno que resulta de la coordinación del amar entre sujetos autónomos y que conlleva a la aceptación mutua.

⁵ El sociólogo alemán Niklas Luhmann distingue claramente entre "actos" que involucran a un sujeto actor y "comunicación" que implica inseparablemente la coordinación conductual entre dos seres capaces de observar y de distinguir entre información y mensaje y así entender lo que constituye la comunicación.

Desde un punto de vista de la psicología del desarrollo postulamos que según como se realice este proceso se irán formando los patrones de conducta interrelacional y de vinculación del futuro adulto. Así aparecen las actitudes básicas de la interacción:

- ▶ *Respeto*: el "ver" (y aceptar) al otro como ser autónomo y
- ▶ *Confianza*: la expectativa de ser "visto" (y aceptado) por el otro como ser autónomo; y asimismo
- ▶ *Negación*: tendencia a controlar, subyugar e incluso destruir (negar, "trivializar" o desautonomizar) al otro con el fin de determinar causalmente el vínculo y/o de evitar el sufrimiento por pérdida y
- ▶ *Desconfianza*: inseguridad sobre si se puede contar con respeto por parte del otro, lo que produce miedo de ser controlado y conduce a frenar en forma generalizada el propio amar.

A modo de resumen: La socialización, ese fenómeno ineludible de vincularse a otros seres humanos, deviene de la interrelación entre el amar y su frustración, del acercarse y alejarse⁶. Desde este punto de vista aparecen las posibilidades del ser humano de crecer como tal entre iguales como formas socializadas, es decir, estratégicamente frenadas del amar primario. Así como el niño aprende a orientarse en el mundo de las cosas sintetizando coordinaciones conductuales o esquemas de conducta al verse obstaculizado por objetos duros e inamovibles, aprende también a moverse en el mundo de sus iguales al reconocerles su individualidad y autonomía. El otro se le presenta al niño también como algo incontrolable y frustrante. El niño aprende a "ver", es decir, a respetar al otro. Disgustos entre niños y adultos que son aptos de ser reconciliados facilitan este proceso; les permiten tanto al niño como al adulto individuarse recíprocamente sin perder su relación de vínculo.

3 Elementos para un entendimiento de la anorexia

Las - así llamadas - sociedades desarrolladas exigen un alto grado de individuación en sus miembros. Especialmente por razones de la organización laboral se precisa estar en condiciones de separarse de los amados por distintos períodos. En sociedades más "primitivas", por ejemplo de índole agrario y nómada, ésto no era necesario. En sociedades con alto grado de diferenciación las separaciones involuntarias pueden efectuarse, tipológicamente hablando, de distintas maneras y pueden, asimismo, ser dificultadas también de varias maneras, entre ellas:

- ▶ por causa de una dedicación (cercanía) interrumpida, es decir, por ausencia de frustraciones del amar primario lo que dificulta el des-vínculo y la individuación;
- ▶ por falta de regularidad en las frustraciones infligidas por los adultos lo que dificulta la construcción de expectativas estables; y
- ▶ por demasía de distanciamiento de los adultos, o sea, por ausencia de un otro estable y confiable lo que conduce a actitudes resignativas y a la retención del amar.

⁶ La noción que sin amar no habría socialización se basa directamente en Maturana (1985, p. 13). Sin embargo, con respecto a su proposición de que "cuando no hay amor, no hay una socialización real" (1985, p. 13), prefiero orientarme en Luhmann: "La socialización no es una empresa dependiente del éxito (que igualmente puede fallar)... socialización es siempre auto-socialización... y ocurre así, semejante a la evolución... como comunicación" (1984, p. 327-330). Si socialización es humanización ella no está a la disposición. Si socialización deviene del amar y éste se entiende como un fenómeno unitario e indiferenciable, no puede haber socialización gradual: ¡todo ser humano es ser humano!

La vivencia de estos tipos de interacción por largos períodos lleva a crear estrategias sociales en los participantes que hacen poco probable el atreverse espontáneamente a experimentar con otras modalidades de vínculo. La medida en que estas estrategias tienden a generalizarse depende de la influencia del medioambiente social extendido en el cual el niño crece. Otros parientes, empleadas domésticas, profesores de escuela como también amigos y amigas pueden contribuir notablemente al desarrollo de estrategias alternativas que ensanchen el repertorio de expectativas y conductual del niño. En la vida en sociedad no sucede, por lo general, que sólo una forma de vincularse tenga lugar. Bajo estas circunstancias es poco probable que las relaciones primarias puedan mantenerse en alto grado de exclusividad. Es por ésto que cada ser humano vivencia en el transcurso de su vida, por lo menos en cierta medida, tanto la consumación del amar como su frustración. Ahí está la posibilidad fundamental de una terapia que en busca de la solución de problemas apunta a reactivar las posibilidades alternativas de vivencia y de interacción en sus clientes.

En el caso de la anorexia juvenil parece razonable mirar este fenómeno como modulado por la primera de las dificultades nombradas más arriba, es decir, por el caso en el cual el amar ha sido poco frustrado. En estas familias juega un papel importante el no haber aprendido a manejar con flexibilidad la cercanía y distancia. Esto se hace notable, especialmente, con respecto a la separación e individuación de sus miembros. Una separación imaginada, esperada, inminente o consumada es vivenciada, dada la poca experiencia con separaciones, como amenaza alarmante. Para la niña (en la gran mayoría de los casos se trata de niñas) que no ha experimentado satisfactoriamente con separaciones reversibles se convierte en indistinguible e indecible si su madre (y/o padre) podrán sobrevivir la separación amenazante ya que no han tenido suficientemente la oportunidad de verlos como sujetos en derecho propio capaces de existir sin el otro. Lo mismo le ocurre a los padres con respecto a su hija.

No habiendo podido sintetizar vínculos de 2º orden por falta de los sucesos necesarios para ello, los miembros de familias con trastornos anorécticos se vivencian como unidos de modo existencial e indisoluble. No habiendo sintetizado un "tu" autónomo fundamentalmente distinto del "yo" no están en condiciones de vivir la relación de amor entre seres que son, a la vez, distintos (por individualidad) e iguales (por pertenencia a la misma familia y especie). En el transcurso del fluir en su conversar no han construido al otro como ser autónomo. Su interrelación corresponde a un acoplamiento estructural intenso y rígido que, en situaciones de alta emocionalidad, dificulta la realización de un diálogo abierto y tiende a adquirir el carácter de un "sistema-problema"⁷. Un sistema-problema es un sistema social sui generis en el cual se mantiene la relación interpersonal por medio de monólogos que no confluyen a co-construir conjuntamente realidades sociales sino que, al mantener su carácter monológico y paralelo, mantienen el status quo en forma altamente ritualizada repitiendo sin cesar las recurrencias comunicativas pre-establecidas y así anulando toda posibilidad de desarrollo posterior.

⁷ El concepto de "problema-sistema" fue postulado inicialmente por Harry Goolishian en 1984-5 y puede ser resumido por el slogan: "Las estructuras sociales no tienen problemas, sino los problemas crean estructuras sociales" (comp. H. Anderson, H.A. Goolishian, G. Pulliam, L. Winderman: "The Galveston Family Institute: Some Personal and Historical Perspectives", en: D.E. Efron (ed.): "Journeys. Expansion of the Strategic-Systemic Therapies". New York: Brunner/Mazel 1986, p. 97-122.); ver también Ludwig, K. (1984). "Symptom - Bindeglied einer 'klinischen' Beziehung", 20. Hamburger psychiatrisch-medizinischen Gespraechen en noviembre de 1984). A partir de 1985 he dedicado gran parte de mi trabajo teórico a la elaboración más acabada de ese concepto.

Dado su carácter repetitivo destinado a anular cambios la anorexia juvenil posee las características típicas del fenómeno de la adicción. En este caso se trata, figurativamente hablando, de una "adicción al otro" que nace de la incertidumbre y de la incapacidad de decidir si el otro amado es autónomo e independiente. Como toda adicción ésta no significa que el adicto no pueda prescindir de la "droga", sino que el acoplamiento entre el adicto y la droga (la madre u otra persona de equivalente relevancia) es vivenciado como indisoluble. El adicto busca conservar la coherencia de su auto-descripción (auto-concepto) la cual en este caso aparece como "componente de un acoplamiento relacional con otro no frenado".

Las ideas expuestas hasta ahora, repito, no son nuevas. Se encuentran dispersas en el todo del pensar psicológico y psiquiátrico. Nueva es, fundamentalmente, la proposición de referir el proceso de la socialización al interjuego relacional en el proceso de individuación mútua en vez de reducirla unidimensionalmente a la satisfacción/no-satisfacción de necesidades pasivas del infante (a ser amado, cuidado, alimentado etc.) o al juego, por lo demás, altamente abstracto de la así llamada adaptación social. El propósito de estas líneas es alentar un cambio de perspectivas que vaya desde la comprensión de la socialización como un recibir pasivo por parte del niño hacia otra que enfoque la relación activa entre todos los participantes del proceso. Con respecto al problema de nuestro interés - la anorexia - el cambio de perspectivas propuesto apunta a recontextualizar los planteamientos genético-teóricos sobre ese fenómeno con el fin de permitir su aplicación terapéutica con menor número de dificultades a lo que ha sido común hasta ahora.

4 Observaciones

En conversaciones con familias de niñas anorécticas se pueden observar las siguientes particularidades:

- ▶ Las niñas que dejan de comer lo hacen, en la mayoría de los casos, al enfrentar una separación virtual, esperada, prometida, necesaria, inminente o ya consumada de su medioambiente familiar o equivalente. Esto se da, por lo menos en los países europeos, a causa de los siguientes cambios: Abandono natural o impuesto del hogar por un hermano, muerte de un pariente importante, crisis conyugal de los padres con la consecuente amenaza de que uno de ellos abandone el hogar, bachillerato de la niña seguido por el traslado de vivienda a otro lugar, cambio de colegio o entrada a un internado apartado, traslado a otro lugar (especialmente en chicas internadas en un hogar infantil), largo viaje de estudios o una estadía prolongada en otro país.
- ▶ Estas niñas provienen, por lo general, de familias en las cuales se ha conservado una comunidad armónica y cariñosa de estrechos vínculos, lo cual no sólo es así descrito por los miembros de la familia misma sino que es valorado igualmente por observadores extraños.
- ▶ Antes de comenzar la anorexia, pero más aún durante su transcurso, los miembros de estas familias tienden a bastarse a sí mismos. Por motivo de distintas razones se han aislado, como familia, de su contorno social. La anorexia refuerza este estado de cosas.
- ▶ La experiencia clínica (en el sentido extenso de esta noción, o sea, no sólo del trabajo en clínicas) y, muy especialmente, la experiencia en la terapia familiar demuestran que, al menos, algunos de los miembros de estas familias mantienen vínculos más intensos de lo común: sienten los sentimientos del otro, piensan los pensamientos del otro, vivencian sus propios deseos como los del otro etc.
- ▶ Las disputas posteriormente reconciliadas son poco frecuentes; domina la armonía y la ausencia de conflicto.

- ▶ Las vivencias de "yo" y "tu" son bastante más escasas que la del "nosotros". Se evitan las frustraciones en general, o sea, también aquellas que son necesarias para construir un "tu" autónomo. Rige una ley inédita que demanda evitarle sufrimientos al otro.
- ▶ Desde su vivencia y entendimiento de la situación familiar reacciona la niña frente a las consecuencias de la separación a consumarse o ya consumada con pánico. No esta en condiciones de decidir si el otro relevante (madre y/o padre o toda la familia) podrá soportar la separación sin daños irreparables. La niña desconfía de la capacidad de sobrevivencia de los amados sin ella.
- ▶ La anorexia aglutina las actividades de todos los familiares relevantes en miras a un solo tema que posteriormente pasará a ser único: comer o no comer. Todo lo demás deja de tener importancia y pasa a segundo plano. La vida familiar es estabiliza en torno a este nuevo problema el cual, comparado con el original - la separación - es aún más virulento y actúa, por lo tanto, como sustituto de gran efectividad. Durante un tiempo la opinión de terceros es desestimada; su intromisión es neutralizada. La influencia de terceros tiende a reactivarse espontáneamente recién tras cierto tiempo cuando la baja de peso se hace notoria. Entonces aparece en forma de presión social (por parte de profesores, vecinos, parientes lejanos etc.) lo que obliga moralmente a la familia a abrirse hacia el exterior y a buscar ayuda profesional.
- ▶ Las terapias individuales han sido tradicionalmente poco efectivas. Tanto las niñas como sus familias son reacias a aceptarlas y la resisten conjuntamente en forma masiva. Por otro lado, el ofrecimiento de medidas terapéuticas a nivel familiar es aceptado con alivio. De mujeres que han conservado su adicción hasta la edad de adultas hemos escuchado que lamentan agriamente que en su tiempo, cuando eran adolescentes, no les propusieran una terapia familiar. Aseguran que su problema sólo podría haberse resuelto dentro del marcofamiliar y que ahora, para hacerlo así, ya es muy tarde.
- ▶ Algunas medidas altamente interventivas, tales como por ejemplo, la terapia conductual (aversiva), el inculpamiento de la familia por algunos terapeutas familiares o la alimentación obligatoria por la medicina internista producen, a veces, mejorías rápidas y duraderas. Sin embargo, pueden conducir a su vez a que las niñas oculten el desconcierto de su identidad detrás de un desarrollo bulímico. Este deja de ser notorio para terceros pero sigue siéndolo, de una forma u otra, para los miembros relevantes de la familia. De ahí en adelante tienden a rechazar otras medidas terapéuticas.

5 En camino hacia la anorexia

En relación con algunas o todas de las observaciones recién esbozadas el desarrollo de un proceso anoréctico tiende, por lo general, a seguir los siguientes pasos:

- ▶ El rechazo de la alimentación empieza comúnmente en forma accidental, ya sea como consecuencia de un catarro gástrico-intestinal, de una dieta debida a la preocupación adolescente por el peso y la figura o de un desgano apetitivo pasajero (por ejemplo, por enamoramiento). Este rechazo pasajero de la comida produce generalmente desazono en sus familias en las cuales el nutrir y proteger se da como forma de mostrar preocupación, es decir, de amar. Por este motivo la anorexia adquiere rápidamente una gran potencia interaccional que devuelve a niña y madre (u otros) al estado de amar primario del cual nunca se alejaran eficazmente. La niña amante que fuera perturbada por la inminente o ya consumada separación vivencia este reenfoque del vínculo con alivio ya que erradica los peligros de la separación. En ésto no juega un gran papel si los participantes advierten conscientemente la finalidad funcional del nuevo problema o no.

- ▶ Las madres (a veces, ambos padres), unidas a su vez con la niña por un amar no frenado, están dispuestos a hacer cualquier cosa para ayudar a la niña y evitarle frustraciones. Dispuestos a echar de lado todo el resto de sus preocupaciones habituales le otorgan indirectamente sentido a la anorexia de la niña y la consolidan secundariamente sin darse cuenta.
- ▶ En el curso posterior de la anorexia aparecen en la familia momentos de abierta agresividad. Se dan en forma de deslices afectivos, de recriminaciones en las cuales se acusan mutuamente de un tratamiento injusto, de incriminaciones irrespetuosas llenas de desprecio, de rivalidades entre hermanos y de abandono del hogar por parte de la niña o de uno de los padres. Esto ha conducido a muchos terapeutas a pensar que la agresividad es causa esencial del fenómeno. Sin embargo, la experiencia clínica demuestra que es bastante más probable que estas alteraciones sean secundarias a la anorexia y que provengan de las limitaciones que los actores se imponen mutuamente en su diario vivir las cuales con el tiempo pasan a ser transitoriamente insoportables. Además, estas manifestaciones secundarias no son, en absoluto, típicas o exclusivas de la anorexia juvenil ya que aparecen en toda clase de fenómenos clínicos. Lo característico en la anorexia es, más bien, que en cuanto la alteración pasa los miembros de la familia están inmediatamente dispuestos a reanudar su relación de estrecho vínculo sin grandes cambios.
- ▶ El establecimiento de un proceso anoréctico puede ser reforzado, además, por tipos de relación matrimonial que dificultan la eventual ayuda por parte del padre. Esto puede suceder de varias maneras, entre ellas: a) el padre ocupa por distintas razones el rol de un extraño que, por lo mismo, no está en condiciones de seducir ni a la niña ni a la madre a abandonar la exclusividad de la matriz madre-hija; b) el padre está tan fuertemente ligado a su mujer que no le puede servir ni a la hija en el papel de sujeto autónomo relevante ni a la madre como alternativa lo suficientemente autónoma y atractiva. En esos casos, madre e hija permanecen en su nudo primario. Por otra parte, el eventual efecto modulador que otras personas del medio extrafamiliar podrían tener es generalmente neutralizado a través del aislamiento social en que viven las familias.

5 Dificultades de la terapia

La experiencia terapéutica individual y familiar con anorécticas muestra que muchas de ellas fracasan debido a que el terapeuta permanece amarrado a suposiciones inaceptables para la familia. A continuación enuncio algunas de ellas en forma sucinta y las discuto a grandes razgos:

- ▶ Las chicas anorécticas buscan adquirir poder sobre sus padres o los padres se apoderan posesivamente de la hija no permitiéndoles crecer. Aquí se confunden indebidamente el querer-tener-ahí para consumir el amar con intereses posesivos o deseos de poder. El terapeuta que confunde estos fenómenos adopta fácilmente una actitud combativa frente a la familia y la tratar en forma despectiva o deceptiva. Esto ocasiona, a veces, frustraciones que pueden resultar útiles y benéficas para los miembros de la familia permitiéndoles la vivencia recíproca de su identidad individual. Sin embargo, no es la forma más empática de hacerlo.
- ▶ El matrimonio de los padres es culpable. Cierto es que algunas de las chicas que desarrollan anorexia se sienten intensamente ligadas a uno de los padres por causa de la soledad emocional de éste. Eso propicia la exclusividad del vínculo entre hija y madre o padre y la convierte en prácticamente inescapable. Esta explicación aparece, sin embargo, como

incriminación unidireccional que ignora el amor de la hija hacia dicho padre. Con esta suposición en mente el terapeuta puede verse fácilmente seducido a tratar de "salvar" a la niña de ese enlace patogénico, de promoverle una actitud de rechazo frente a ese padre o de "reparar" el matrimonio de los padres sin tomar en consideración las actividades amorosas de la hija. Así fracasan muchas terapias; tanto la hija y como sus padres se sienten malentendidos.

- ▶ La familia es "sobreinvolucrada" ("enmeshed"), sobreprotectiva, rígida e incapaz de enfrentar conflictos. Estas atribuciones son el resultado de la forma como observadores extraños interpretan el vínculo amoroso en la familia y no significa necesariamente que sean características de la familia misma. No hay, por lo tanto, ninguna necesidad de atacarlas por medio de la terapia.
- ▶ Las niñas anorécticas son regresivas, narcisistas o tempranamente perturbadas en las fases preedipales. Según este entendimiento habría que suponer que todos los amantes tienen disturbios narcisistas. Sólo aquellos amantes "frenados" por su socialización se atienen a marcos racionales. Sin embargo, en gran parte de los casos se puede observar que los miembros de aquellas familias en las cuales aparecen procesos anorécticos son personas socialmente aptas y exitosas en contextos ajenos a la relación padre/madre-hija. Atribuirles defectos o déficits de personalidad no es ni justificado ni mucho menos adecuado si se trata de conducir terapias de pronta ayuda.
- ▶ El amor en familias con anorexia juvenil no es auténtico sino que sirve sólo como defensa frente a impulsos agresivos intrapsíquicos o entre sus miembros. Sin embargo, ¿cual amor es más auténtico que aquel que puede conducir a prescindir de realizar las posibilidades del vivir y, más aún, hasta la muerte?

6 Algunas consecuencias de estas suposiciones

El adherirse a suposiciones de los tipos recién enumerados o semejantes puede conducir a medidas terapéuticas con consecuencias problemáticas, entre ellas a las siguientes:

- ▶ Terapeutas que trabajan basándose en inculcaciones diferenciales se ponen al lado o de la hija o de los padres. Así desconocen el amor existente en la familia y aumentan entre los participantes, sin quererlo, el miedo a la separación y la culpa. Se reencuentran a menudo en el medio de su propio enredo ideológico con las familias.
- ▶ Terapeutas que enfocan circunstancias marginales de la anorexia y las consideran esenciales para la terapia apuntan, por lo general, muy bajo y no llegan a cumplir sus metas. Al ver lo fundamental, por ejemplo, en el rechazo del rol femenino, en rechazo fóbico a la alimentación, en rivalidades entre los hermanos, en coaliciones y seducciones sutiles entre hija y padre etc., fallan en reconocer la totalidad del contexto relacional de estas familias que se distinguen por su amor no-frenado y la consecuente preocupación mutua entre sus miembros.
- ▶ Terapeutas que operan con suposiciones de índole normativo sobre la estructura de "familias sanas" tratan de separar a padres e hija prescribiendo líneas generacionales claras. El que a veces tengan éxito comprueba que tanto la hija como sus padres, debido al amor que los une, están dispuestos a todo, aún a aceptar el mal menor, es decir, la separación si se trata de evitarle daño al otro amado.

- ▶ Terapeutas que entienden la adicción como una mala costumbre aplican frecuentemente medidas altamente interventivas para reducirla, por ejemplo, la privación de estímulos, la abstinencia social, la alimentación obligatoria etc. Su éxito deviene de que en el transcurso de estas intervenciones se gatillan experiencias que discuerdan con las expectativas habituales de la familia y que, por lo tanto, pueden ser útiles. Los miembros de la familia comprueban que pueden "herirse" y abandonarse mutuamente sin que el drama temido realmente ocurra. Estas condiciones abren espacio para experimentar con distancia, alejamiento y separación. Cabe, eso sí, preguntarse si el precio humano a ser pagado es en todos los casos el apropiado, especialmente si existen otras medidas menos invasivas.

- ▶ Terapeutas que se orientan en conceptos como trastorno narcisista o preedipal ("temprano"), "jaula dorada" etc. le ofrecen frecuentemente a la niña anoréctica una relación que implícitamente aparece como alternativa "liberadora". Aparte de que esto no resulta sin la autorización explícita de los padres, esta solución puede convertirse, si resulta, en un problema aún más difícil de solucionar que el original. Esto se manifiesta claramente cuando se trata de finalizar la terapia.

- ▶ Terapeutas que trabajan dentro del marco tradicional de la terapia psiquiátrica, especialmente de la psiquiatría infanto-juvenil, sostienen que la anorexia juvenil debe tratarse bajo condiciones de hospitalización. Basan esta aseveración en resultados de investigaciones empíricas que se atribuyen eficacia a la hospitalización. De ahí que, por lo menos en los países europeos donde el seguro médico obligatorio paga los gastos, la hospitalización de larga duración (meses a años) sea la terapia predilecta. La separación así lograda contribuye, por un lado, a reconocer que el distanciamiento no destruye, pero involucra, asimismo, la creación de vínculos sustitutos entre la niña y el personal del hospital y así en muchos casos un mero cambio de escenario. En nuestros días la hospitalización no es una necesidad indiscutible. (En nuestra clínica en Hamburgo hospitalizamos en los últimos diez años no más de 10% de las chicas anorécticas; la gran mayoría fue tratada en forma ambulatoria). Aparte de su dudosa necesidad que más bien proviene de la falta de conceptos alternativos, la internación clínica tiende a promover suspicacias entre el personal y la familia que fácilmente pueden alcanzar el grado de enemistad disimulada. Algunas de las medidas típicamente aplicadas en estos casos, tales como la prohibición de la visita y otras expresiones de desprecio hacia la familia, tienden a desencadenar una secuela de interacciones emocionalmente negativas que lleva al personal a la creencia que sea necesario jugar el papel de "mejores padres" y así compensarles a las chicas anorécticas, especialmente a las más jóvenes entre ellas, sus padres incapaces y malignos. Los miembros de la familia, incluyendo a la niña, reaccionan frecuentemente intensificando sus vínculos, ahora sí, en forma secreta y disfrazada y dirigida a contrarrestar las influencias del enemigo común: el personal del hospital. En ese caso el personal y la familia pierden rápidamente sus posibilidades de cooperar hacia el fin común.

7 Un marco para una terapia respetuosa

Tal como fue descrito en su comienzo, este ensayo no propone una terapia nueva de la anorexia juvenil sino que pretende servirle de ayuda al terapeuta para que se libere de los obstáculos ideológicos existentes en la psicoterapia tradicional. Eso se puede ayudar a adoptar una actitud benigna, coherente y positiva frente a sus clientes la cual le facilite ser aceptado por parte de las familias así afligidas. Para este efecto, se discutieron los modelos psicoterapéuticos actualmente en uso desde el punto de vista sistémico. Para finalizar, resumo mi experiencia de más de 70

terapias proponiendo un marco general de orientación para el terapeuta que ha demostrado su eficiencia en el trabajo con familias de chicas anorécticas. La terapia transcurre en tres fases:

Fase 1. Las niñas anorécticas y sus familiares describen su problema de buena fe como algo que les parece infundado e incomprensible. No tienen conciencia de ser culpables. Comunican más bien la impresión inequívoca de amarse y de haber vivido hasta ahora en plena armonía. Además han tratado todo lo posible y a su alcance para resolver el problema por medios propios. Los padres se sienten desconcertados e incapaces y estarían dispuestos a resignar si la situación de la niña no fuera tan amenazante. Vienen con a pedirle al terapeuta que motive a la niña para que vuelva a comer normalmente. Ellos están dispuestos a cooperar en la medida de lo necesario. La aceptación sin más de esa definición de la meta le significaría al terapeuta tomar el lugar de los padres y convertirse en un desconcertado más, incapaz de ayudar. Por eso hacemos en nuestro modelo terapéutico una distinción muy explícita entre los deseos de nuestros clientes y lo que llamamos un "encargo" ("acuerdo" o tema del sistema terapia). Al iniciar la conversación terapéutica nos concentramos en reformular conjuntamente con nuestros clientes sus deseos en términos operables para la terapia⁸. Esto puede documentarse al definir, por ejemplo, un peso mínimo que de no ser conservado por la niña significa la interrupción de la terapia. En nuestra experiencia de los últimos años la determinación acordada de un peso mínimo sólo fue trasgredida en un número ínfimo de casos. El sólo hecho de determinar conjuntamente un criterio de peso mínimo conlleva a que la preocupación por el peso que se había convertido en tema central de las relaciones familiares pierda importancia y abra así espacio para otras actividades y temas.

Fase 2. La segunda fase de la terapia esta destinada a crear un ambiente de confianza estable entre la familia y el terapeuta que sea favorable para la reflexión y el cambio. El terapeuta contribuye en la medida en que acepta y respeta el ser-así de la familia. Concretamente esto lo puede realizar por medio de preguntas dirigidas hacia aspectos de la vida familiar que involucren sus vínculos amorosos. Las respuestas a este tipo de preguntas facilitan adoptar una actitud aceptante y respetuosa hacia la familia. El terapeuta se siente libre para comportarse de tal manera que los afligidos miembros de la familia se sientan confirmados y no rechazados o juzgados. Por este camino el terapeuta aprende a sentir empatía y simpatía por la familia. Una forma de evitar un sobreinvolucramiento emocional contraproducente con la familia es el formular "preguntas constructivas" (que conducen a otras preguntas) que "buscan lo positivo". Concentrado en la búsqueda de lo positivo el terapeuta puede, además, conducir la terapia en forma neutral y evitar hacerla a costos de uno o más de los miembros de la familia. El terapeuta no intenta promover la individuación tan ambivalentemente temido como deseada por la familia; el vínculo entre ellos no es sólo respetado sino, por encima, confirmado. Por lo general, esta actitud motiva a los miembros de la familia a problematizar su situación por si mismos. Para todos estos efectos es conveniente conducir la conversación terapéutica a nivel familiar. Ahí se puede probar paulatinamente el alejamiento sin temor a una distancia inducida externamente. En la medida en que el terapeuta garantiza un marco relacional de aceptación aparecen poco a poco posiciones, entendimientos e intereses distintos entre los miembros de la familia. Esto les

⁸ La distinción entre los deseos, intereses y metas de los clientes (alemán = Anliegen) y el "encargo" (= Auftrag) conjuntamente formulado por los clientes y sus terapeutas en el curso de su conversación al generar un sistema terapia le permite al terapeuta atenerse a lo posible y así eludir la incorporación al sistema-problema (comp.: K. Ludewig: "Grundarten des Helfens. Ein Schema zur Orientierung der Helfer und der Helfer der Helfer" en: H. Brandau (ed.): "Supervision aus systemischer Sicht", Salzburg: Otto Mueller Verlag, en imprenta para 1991).

permite reconocer que la individuación, es decir, la separación sin destrucción de vínculo no sólo es posible sino además aliviante y distensionante.

Fase 3. Una vez que los miembros de la familia aceptaron al terapeuta como alguien que reconoce y valora su vínculo familiar se abre el camino para una tercera y última fase. El marco de la terapia familiar puede ser abandonado y, de ser necesario, acordado para un tiempo posterior. A la niña se le pueden ofrecer conversaciones individuales para una fecha que le parezca conveniente a ella. La familia está ya en condiciones de autorizar al terapeuta para que, siendo garante aprobado de la conservación del amor y la relación en la familia, entable una relación extrafamiliar con la chica. De hecho, muchas de las chicas no hacen uso de ese ofrecimiento sino que vuelven a comer sin más terapia. Lo importante no es que ellas hayan retomado la terapia sino que hayan comprendido en el curso de ese alejamiento real o virtual, pero autorizado, que la separación es posible sin causarle daños a los amados. Poco a poco la familia se abre camino para salir en respeto mutuo de la disyuntiva que los tenía paralizados: la decisión entre mantener la comunidad familiar o permitir la individuación de sus miembros.

Dirección del autor:

Dr. Kurt Ludewig
Universitäts-Krankenhaus Eppendorf
Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Martinistr. 52, 2000 Hamburg 20, Alemania
y
Institut für systemische Studien
Sophienallee 24, 2000 Hamburg 20, Alemania.

NOTAS