

Anorexia-bulimia: una lucha visible contra el dolor invisible

Anorexia-bulimia: A visible struggle against an invisible pain

Rosa Velasco

Sociedad Española de Psicoanálisis (IPA)
IARPP-E (Asociación para el Psicoanálisis y la Psicoterapia Relacional)

Resumen

Este trabajo es una aproximación a la comprensión emocional de los trastornos alimentarios desde una perspectiva psicoanalítica relacional. Se presenta la dinámica psicopatológica anorexia-bulimia como un escudo protector ante el dolor mental. Debajo, de una manera mucho menos visible, encontramos tristeza y sentimiento de soledad. El sentimiento de soledad en la infancia es siempre traumático. En el vínculo analítico, la conexión emocional con la propia vulnerabilidad y su aceptación, validando la experiencia subjetiva de fragilidad, promueve el desarrollo de nuevas formas de autorregulación mental que perduraran durante toda la vida. Además del trabajo individual con el paciente identificado, será necesario trabajar con la familia.

Palabras clave: anorexia, arte, bulimia, conexión intersubjetiva, culpa, dolor mental, emoción, estados de ánimo, invisibilidad, patrón relacional, psicoanálisis, tristeza, soledad, vergüenza, vulnerabilidad

Abstract

This paper is an approach to the emotional understanding of eating disorders from a relational psychoanalytic perspective. The psychopathological dynamic of anorexia-bulimia is presented as a protective shield against mental pain. Underneath, in a much less visible way, we find sadness and feelings of loneliness. The feeling of loneliness in childhood is always traumatic. In the analytical bond, the emotional connection with one's own vulnerability and its acceptance, validating the subjective experience of fragility, promotes the development of new forms of mental self-regulation that will last throughout life. In addition to the individual work with the identified patient, it will be necessary to work with the family.

Keywords: anorexia, art, bulimia, intersubjective connection, guilt, mental pain, emotion, mood, invisibility, relational pattern, psychoanalysis, sadness, loneliness, shame, vulnerability

Publicación original: Velasco, R. (2022). Anorèxia-bulímia: una lluita visible davant el dolor invisible. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, Vol. XXXIX/2, 105-123.

Este trabajo se presentó en las XXXVII Jornadas de la *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, celebradas en Barcelona el 11 de noviembre de 2022. Se publica en lengua catalana en la *Revista Catalana de Psicoanàlisi* en diciembre de 2022. La primera edición en lengua castellana se publica el 28 de febrero de 2023 en la revista on line *Aperturas Psicoanalíticas*.

Descargo de responsabilidad: el artículo utiliza un estilo de citación y referencias distinto al que utiliza *Aperturas Psicoanalíticas*, puesto que es una traducción y se conserva el formato original.

Recuerdo mi infancia como un largo de deseo de estar en otra parte (Louise Glück)

Debajo estaba la tristeza

En la última sesión de tratamiento, una paciente me regaló un cuadro que había pintado. Los personajes del cuadro llevan una máscara. Desde la subjetividad de esta joven con anorexia, las interacciones no fluían abiertamente. El intercambio relacional en la familia resultaba tenso. Todos se esforzaban. Las máscaras tienen una función protectora. Debajo estaba la tristeza, invisible tras la máscara.

El día que me entregó el cuadro ella me expresó con emoción: “*Me has ayudado a quitarme la máscara*”. Habíamos acordado con antelación la última sesión. Fue un momento muy emotivo. Un día importante para ambas. Ella se despedía de mí, así, atreviéndose a ser ella misma. Atrás quedaban muchos momentos de preocupación vividos por las dos.

En el proceso analítico pudimos visibilizar la tristeza, legitimando la vulnerabilidad que tanto la había incomodado, validando sus reacciones emocionales. Una escucha atenta, acogiendo sus estados de ánimo, permitió que esta paciente se atreviera a ser ella misma. Pudo dejar de lado el tener que esforzarse para ser perfecta, para no fallar. Quitarse la máscara fue un logro terapéutico.

Una de las experiencias que más me impactaron en este tratamiento fue la siguiente: En esa época, el invierno del año 2003, se organizó en Barcelona una gran manifestación con el lema “no a la guerra”. Lema que sigue vigente hoy en día y que está presente en nuestros corazones ante el dolor de la actual guerra en Ucrania. Mi paciente había decidido asistir a la manifestación. Era la primera vez que asistiría a un acto público tan multitudinario. Iría con sus amigas. Era su primera manifestación. Una vez allí, se esforzó para decirles que era mejor caminar por los laterales de la manifestación que quedarse en el medio. Se expresó, de manera normativa e impositiva, con rotunda contundencia. Sus amigas consideraron que ella estaba siendo muy dominante, “*tú*

siempre queriendo salirte con la tuya” le dijeron. Me pudo explicar que, en aquel momento, una sensación claustrofóbica la atravesaba de tal manera, que necesitó decir, de forma urgente y exigente, que era mejor que el grupo se colocara en el lateral y no en el medio de la manifestación. Buscaba poder protegerse así de la ansiedad claustrofóbica que estaba sufriendo.

Aquel día no pudo expresar su fragilidad a sus amigas, como le ocurría habitualmente en sus relaciones. Mostrarse frágil con las amigas le habría generado una vergüenza insoportable; ella se veía a sí misma como alguien incapaz de ir tranquila por el mundo como las demás.

Su manera de comportarse ocultaba la vulnerabilidad interior, como si no existiera. La imagen que ella mostraba de sí misma era la de alguien con carácter fuerte, aparentemente segura y consistente. Seguidamente, la imagen que de ella misma le devolvían los demás era la de alguien “manipuladora” “siempre queriendo salirse con la suya”. Ella se veía a sí misma inadecuada y culpable. Esto le ocurría con frecuencia en sus relaciones. En cada ocasión en la que se veía a sí misma inadecuada solía recurrir a autolesionarse realizando pequeños cortes superficiales en antebrazos. Como describe muy bien Doctors (2013) son acciones autorreguladoras del dolor mental. Las autolesiones disminuyeron hasta su desaparición a medida que fueron apareciendo las nuevas formas de autorregulación emocional desarrolladas en el proceso terapéutico.

En aquella ocasión ella no se autolesionó. En cambio, me compartió como se había sentido realmente. La escuché con atención. Conecté con mis propias experiencias adolescentes. Entendía muy bien lo que ella decía. Yo misma fui una niña más tímida y prudente que expansiva. Esta conexión emocional intersubjetiva es central en el trabajo analítico. En el trabajo con nuestros pacientes tenemos que poder reconocer la propia vulnerabilidad para poder conectar con la suya.

En aquella época yo estaba estudiando el sentimiento de vergüenza. Me fascinó el libro de Andrew Morrison *La cultura de la vergüenza* (1998).

La vergüenza está presente en todos los trastornos alimentarios. Es un afecto social. Las dinámicas intersubjetivas que se establecen en el marco psicopatológico de los trastornos alimentarios generan sentimientos de vergüenza o vivencias de insuficiencia en todos los miembros de la familia. También los psicoanalistas experimentamos sensaciones de insuficiencia en la intimidad de la sesión clínica trabajando con pacientes graves (Orange, D. 2005, Velasco, R. 2005). Acogerlos sin prejuicios es central para una comprensión realizada desde una conexión emocional intersubjetiva. Estos momentos de vergüenza son momentos de transformación en los que se validan las reacciones emocionales en el presente de la sesión analítica. Estábamos trabajando con los afectos y observábamos las secuencias relacionales que los motivaban. En el espacio analítico podíamos nombrarlos: vergüenza, y también miedo, tristeza, rabia, celos, envidia, soledad.

De pacientes como ella aprendí que los trastornos alimentarios funcionan como un escudo protector con el que una criatura frágil y vulnerable se enfrenta al mundo. Esta protección infantil, no era autodestructiva en sí misma en el momento de su aparición, pero las defensas infantiles no sirven para la vida adulta. Hubiera sido un error interpretar que ella tenía “deseos inconscientes de autodestrucción”. Tener la mente ocupada con estrategias de control, para conseguir objetivos concretos, es más sencillo que dejar la

mente abierta. Se evita de esta forma lo imprevisto, porque lo inesperado da mucho miedo.

Cuando el sentimiento de impotencia es devastador, la sensación de control del cuerpo se vuelve central. Una terapéutica basada exclusivamente en la reeducación normativa de los hábitos alimentarios no servirá para abordar de manera integral la complejidad de este cuadro clínico.

En el tratamiento, en las sesiones analíticas, una escucha atenta permitirá el desarrollo de nuevas formas de autorregulación emocional. Una protección distinta, derivada de poder conectar con la vulnerabilidad, tenerla en cuenta, no anularla o rechazarla. Mirar para otro lado, ante las tensiones emocionales que se presentan en la vida, es una forma adquirida de reaccionar que se transmite de generación en generación. La herencia emocional (Riera, R. 2019, Atlas, G. 2022) se transmite de manera invisible a través de las generaciones.

En una psicoterapia, exploraremos las interacciones emocionales en el presente, tanto en el vínculo analítico como en los vínculos principales. Exploraremos también las experiencias emocionales en las diferentes etapas de desarrollo. Observaremos la secuencia emocional que desencadena el afecto que siempre está en la base de las acciones. Los afectos son hechos clínicos, como definió Bion, citado por Hernández (1996).

Trabajando con pacientes que padecen trastornos alimentarios observamos que los afectos son invisibles, los encontraremos debajo de la conducta.

Patrón relacional y experiencia subjetiva

Hablaré a continuación de la comprensión psicoanalítica del patrón relacional presente en los trastornos alimentarios, cada vez más presentes en nuestras consultas. Una perspectiva psicoanalítica relacional (Mitchell, S. 1988. Velasco, R. 2009), desde la que trabajo, quiere decir que trabajamos con lo que está implícito (lo inconsciente) en el paciente en su principal contexto de desarrollo, la familia. Trabajamos con la experiencia y con el contexto, subraya Robert Stolorow (1997), uno de los principales referentes de la teoría intersubjetiva. No trabajamos con mentes aisladas, trabajamos con mentes en continua interacción. El estilo predominante de interactuar en el presente está relacionado con las experiencias de nuestro pasado infantil.

Contemporáneamente, trabajando intersubjetivamente con pacientes, tendremos en cuenta el presente y el pasado, sabiendo que las experiencias emocionales son inseparables del contexto en el que se producen.

Tras la pandemia Covid-19 se incrementaron las demandas de ayuda de todos los cuadros psicopatológicos, la anorexia fue uno de los trastornos que más ha aumentado. Nuestros adolescentes sufrieron especialmente las restricciones impuestas por el obligado confinamiento pandémico. Las secuencias interactivas que generaban tensión interior en nuestros jóvenes se multiplicaron en contextos relacionales menos abiertos. El contexto, en pandemia, quedó exclusivamente reducido a la familia nuclear. Las experiencias emocionales de los adolescentes con sus iguales mermaron en extremo. Quedaron reducidas al intercambio on line. Las redes sociales cobraron todavía más importancia.

Moverse con fluidez en el terreno social, como pez en el agua, en ese contexto particular de obligada restricción relacional fue muy difícil para muchos adolescentes. Según el patrón relacional de cada cual, las relaciones sociales se pueden vivir con ilusión o se pueden temer.

El “Patrón relacional” es la manera habitual que tiene la persona de relacionarse consigo misma y con el entorno que la rodea. Del trabajo con pacientes que presentan trastornos de la conducta alimentaria, destacaría que una forma predominante de estar en el mundo consiste en no tener en cuenta la propia subjetividad. Estando más pendientes de gustar que de descubrir realmente los gustos propios.

La restricción alimentaria y el ejercicio físico en exceso tienen una función auto-calmante. Estas conductas están sostenidas mentalmente por ideas idealizadas de lo que se supone que se tiene que ser para gustar. En muchos casos el esfuerzo va dirigido a disminuir el miedo extremo a ser defectuosa, gorda, inadecuada y rara. Estos comportamientos funcionan como defensas de carácter obsesivo ante la experiencia subjetiva de “aniquilación del *Self*” (Atwood, G. 2012), es decir, el sentimiento de que lo que uno siente es ignorado o despreciado. La forma protectora restrictiva de la dieta desgasta mucho y potencia, a su vez, la forma compulsiva de defensa consistente en recurrentes episodios de atracones bulímicos.

A continuación, relataré un ejemplo clínico de experiencia de “aniquilación del *Self*” (Atwood, G. 1997) ante las miradas normativas del contexto, aunque éstas tienen una intención protectora, suelen tener un efecto aniquilador del sentimiento de sí mismo.

Luisa seguía tratamiento integral por una anorexia restrictiva. La madre seguía las recomendaciones de la nutricionista consistentes en supervisar una ingesta de una cantidad determinada y en asegurar el reposo después de cada comida, evitando el salir deprisa, ni para ir al baño ni para realizar ejercicio físico. Con frecuencia el entorno imagina que en el baño ella podría provocarse el vómito. Como es sabido provocarse el vómito, después de la ingesta, es habitual en las dinámicas conductuales de los trastornos alimentarios.

Aquel día, después de acabar de cenar, Luisa le pregunta a su madre si puede ir a ducharse para ponerse el pijama. La madre le dice que no. Tiene que esperar a que todos en la mesa hayan terminado para poder levantarse. Ella espera a tener el permiso materno, dócilmente, sentada en la mesa. Pero después para poder salir de su sentimiento de aniquilación se pasará toda la noche sin dormir, de pie, en su habitación. Esta fue la forma que ella encontró para sostener su sentimiento de sí, que había sido anulado, de forma inconsciente, en un vínculo predominantemente normativo.

Fue muy importante en este tratamiento que este comportamiento no fuese entendido por la terapeuta como un oposicionismo narcisista, en cambio, fue visto como una manera de salir de la vivencia insoportable de aniquilación del *Self*.

Una interpretación del comportamiento sin entender su sentido nos llevaría a que la paciente viviera de nuevo, ahora en el presente de la sesión, la temida experiencia de aniquilación, produciéndose entonces una retraumatización que aumentaría el dolor en la paciente, con el riesgo de quedar menoscabada la confianza en el vínculo terapéutico.

El contexto relacional, la familia, aplica formas predominantemente protectoras normativas en la resolución de los conflictos relacionales porque éstas forman parte de la experiencia vivida en sus respectivos pasados infantiles. La adolescente de nuestro ejemplo clínico, en ese tipo de experiencias, se siente sola, incomprendida, culpable y avergonzada porque reiteradamente no cumple con las expectativas depositadas en ella.

En la terapia visibilizaremos este dolor mental y acogeremos las necesidades primarias de la paciente, como la necesidad de existir en continuidad en la mente de alguien significativo (Velasco, R. 2010).

Afortunadamente nuestra pequeña Luisa comparte esta vivencia en su sesión analítica. Ahora ya no vive en soledad, como le solía ocurrir antes de la terapia. La terapia es ahora para ella un hogar relacional (Stolorow, R. 1997, Velasco, R. 2009, 2013) en el que se pueden comprender sus estados de ánimo sin prejuicios. Antes, las experiencias emocionales de rabia intensa no se identificaban, no se podían legitimar, no se acogían y por tanto no podían ser transformadas. En situaciones como estas, la imagen interiorizada de sí misma se devaluaba. Se veía a sí misma “monstruosa”. Se aumentaba de esta forma, la necesidad imperiosa de protegerse con la máscara de la anorexia, para poder sentirse un poco mejor tras su efecto calmante. Ante la impotencia de sentir que los demás la ven monstruosa, sentir que controla su cuerpo es de gran alivio. Pero de esta forma se reproduce de nuevo este círculo cerrado de la repetición (Freud, S. 1914) del que es muy difícil salirse.

La soledad emocional en la infancia es siempre traumática. Esta experiencia traumática está presente en todos y cada uno de los trastornos alimentarios que he tratado en mi trayectoria profesional. Veamos ahora la proyección de una de las obras de la artista polaca contemporánea Ghoska Macuga¹ (2022). En esta composición escultórica de dimensiones reales, un niño está sentado en el suelo, junto a una chimenea señorial, ante la mirada de la asistenta de la casa, que está de pie. La sensación de soledad que experimentamos en esta escena del niño, observado pasivamente por la asistenta que realiza normativamente su trabajo, es espeluznante. Nos impresiona. La criatura aquí es invisible para el contexto.

La teoría del apego (Bowlby, J. 1989) es un marco teórico clínico desde el que podemos pensar los “mundos de experiencia” (Stolorow, R. 1997) de nuestros analizados y desde donde podemos comprender el desarrollo emocional de cada persona. Una base segura sobre la que se da un buen desarrollo madurativo nos la ofrece un contexto familiar suficientemente bien organizado emocionalmente.

Durante toda la vida necesitamos estructuras de acogida (Coderch, J. 2013, Velasco, R. 2021) desde las que desarrollamos nuestro potencial expansivo. En la infancia es la familia, en la adultez, la pareja. También lo son, en la adultez, los vínculos íntimos de amistad. La psicoterapia psicoanalítica es también una buena estructura de acogida para la subjetividad del paciente.

Escuchando estados de ánimo

Las historias populares, conocidas universalmente, permiten visualizar mejor las dinámicas intersubjetivas que tratamos de identificar, para su comprensión, en el

trabajo con pacientes. Veamos ahora una comprensión subjetiva de una de las metáforas implícitas en el popular cuento de Blancanieves (Velasco, R. 2021).

Una forma de mirar el cuento de Blancanieves con el implícito de las conceptualizaciones sobre la “base segura” de Bowlby, J. (1989) y con las conceptualizaciones del cambio de valores sociales que desarrollan Ramon Riera en el libro *La herencia emocional* (2019) y Galit Atlas (2022), en el libro del mismo nombre, recientemente publicado, es la siguiente:

Blancanieves, una joven adolescente, se va de casa porque no se siente segura en su hogar después de que su padre, viudo, se volviera a casar. Ella se siente sola, sin la madre, y con un padre ausente. La soledad en la infancia es siempre traumática como ya hemos dicho. Blancanieves encuentra un hogar en mitad del bosque conviviendo con los enanitos.

Los siete enanitos se dedican a trabajar duro. Son leñadores del bosque. En la versión original de los hermanos Grimm, en el siglo XIX, cada uno de ellos no tiene un nombre singular. En cambio, en la versión cinematográfica de Disney, en el siglo XX, los enanitos tienen nombre. Son nombres que les adjetivan, que les dan subjetividad: el gruñón, el dormilón, el mocososo, el sabio, el mudito, el tímido y el feliz. Para mí, esta sería una forma de nombrar algunos de los estados de ánimo de la infancia (Velasco, R. 2021).

A medida que los contextos sociales evolucionan la subjetividad se valora cada vez más (Riera, R. 2019). Cada vez más, los estados subjetivos son tenidos más en cuenta, especialmente en los niños. Los matices emocionales son variados y transitorios. En el presente atendemos la subjetividad de nuestros pequeños de diferente manera que en el pasado. La sociedad cambia, evoluciona de esta manera. Las nuevas patologías en nuestra contemporaneidad se corresponden con esta nueva normalidad.

En la época del estreno en el cine de la película Blancanieves, los valores sociales ya han evolucionado. La subjetividad se tiene más en cuenta. En la época de los hermanos Grimm los valores del esfuerzo en el trabajo eran los predominantes. El cambio de valores es constante porque vida es movimiento y nosotros como médicos y psicólogos, como terapeutas psicoanalíticos, observamos al detalle estas transformaciones en nuestro trabajo cotidiano.

Necesitamos dar acogida a cada uno de los estados mentales de la infancia. Acoger estados de ánimo en la infancia es una forma de regulación emocional que prepara para la adultez. La regulación a través de la aceptación de las emociones, y no de su negación, nos acompañará durante toda la vida. La experiencia emocional nutritiva es aquella vivencia afectiva que queda en nosotros a partir de la aceptación del afecto sentido. Por ejemplo, la intensa rabia que sintió nuestra pequeña Luisa para poder salir de la vivencia de aniquilación puede ser legitimada en su sesión analítica y ser así procesada de una manera distinta. La vergüenza de la joven ante el reto social de sentirse como las demás, como vimos en la chica del cuadro, se legitima en la sesión analítica y se conduce de una manera distinta. Estas experiencias nos sirven para nuestro desarrollo emocional. Los estados de ánimo sólo podrán ser transformados si primero pueden ser acogidos empáticamente. La empatía es una herramienta con la que trabajamos los terapeutas. Los terapeutas podemos empatizar con la vulnerabilidad de los pacientes si antes somos capaces de conectar con nuestra propia vulnerabilidad.

Contaremos con “una mente protectora”, que pueda identificar, sostener y transformar el dolor psíquico, si desde la infancia tuvimos la práctica de poder identificar y acoger nuestros estados de ánimo.

Crecer y desarrollarnos implica poder usar los sentidos (vista, olfato, tacto, oído y gusto), pero también poder usar el sentido de sí, el sentimiento de sí mismo (Velasco, R. 2002). Los sentidos nos protegen, necesitamos el olfato para reconocer por ejemplo que algo se está quemando, todos los sentidos son necesarios. De la misma manera, si existe conexión con la propia subjetividad estaremos más protegidos.

Pere Folch decía con frecuencia, en los debates de las sesiones científicas de la Sociedad Española de Psicoanálisis, que “quien no tiene miedo no cuida la viña”.

Tener en cuenta lo que sentimos, lo que nos gusta más y lo que nos gusta menos, es decir, darle valor al mundo subjetivo, es una buena manera de “cuidar la viña”. Relacionarnos con los demás desde este punto de partida, en el que las percepciones subjetivas cuentan, es más considerado con uno mismo. Relacionarnos con empatía para con nosotros mismos también es buscar en la relación con los demás esa conexión empática (Velasco, R. 2011) que está en la base de las interacciones constructivas de desarrollo. Son dinámicas que nutren.

Blancanieves se protege de los peligros imaginados, lejos de casa (Velasco, R. 2013). Escucha atentamente a todos y cada uno de los estados de ánimo de la infancia. Cada uno de ellos tiene un lugar en ella, es importante para ella.

Nuestra joven está en condiciones de establecer relaciones simétricas después de escuchar con atención a cada uno de los estados de ánimo de la infancia. Un igual para ella es el joven con el que se besa por primera vez. El deseo de conexión erótica se da en este periodo de salida de la infancia para entrar en el camino de desarrollo de la adultez.

Es habitual que en los trastornos alimentarios la consulta se inicie a través de la demanda de la familia de la joven, que es la que necesita ayuda de forma visible. En todas esas situaciones es importante acoger el dolor de toda la familia. Además del trabajo individual con el paciente identificado (Atlas, G. 2022), el trabajo con los miembros de la familia es crucial. Por ejemplo, escuchando con atención a la madre de una joven con un trastorno alimentario restrictivo, descubrimos su temor a que la hija sufriera una violación de la misma manera que le pasó a ella en sus años de juventud. Registrar esta experiencia traumática fue de vital importancia para entender la transmisión intergeneracional del trauma. La actitud evitativa de la madre combinada con una predominancia normativa en la relación con su hija era una consecuencia del miedo extremo a que la hija quedara desprotegida. En el imaginario de las familias existen caperucitas masacradas. Son secuelas emocionales de los traumatismos psíquicos transgeneracionales. El trauma psíquico se elabora durante toda la vida y se manifiesta en las diferentes etapas de la vida. Una mirada evitativa o invasiva puede estar presente en muchas dinámicas relacionales entre padres y adolescentes, interfiriendo en el desarrollo de las hijas. El temor de la familia ante el crecimiento sexuado de las hijas existe. Acoger estas emociones de miedo implícito ante el crecimiento de las hijas, a partir de que los padres puedan reconocer los miedos de sus propias adolescencias permite entender muchas de las trabas emergentes. Será de vital importancia poder liberar la mente de los padres de aquellas defensas que tienen más sentido en un pasado traumático que en el presente.

Es frecuente que la alerta de que el adolescente necesita ayuda llegue desde el centro escolar, o desde el centro deportivo de preparación física., o desde el círculo de amistad de la joven en riesgo. Como dicen en África: necesitamos de todo un poblado para que una criatura llegue a la adultez. Es decir, todos y cada uno de los adultos de un contexto social son importantes en la experiencia de acoger estados de ánimo de alguien que sufre.

El proceso de diferenciación que se lleva a cabo durante toda la vida consiste en poder sentir que formamos parte del grupo de los humanos y que nuestra singularidad se tiene en cuenta.

El poema es la morada del dolor

Necesitaremos que nuestro contexto más íntimo esté en sintonía con la necesidad natural de ser vistos en nuestra singularidad, de ser mirados, aceptados sin prejuicios. Esto depende en gran parte de cómo fueron escuchados por los referentes significativos, habitualmente, los padres. Padres que, si no han sido escuchados, no podrán escuchar a sus hijos. Además, la escucha, dependerá de aquellas circunstancias duras, traumáticas, que, de manera imprevista, formaron parte de la vida. Padres y madres que atraviesan duelos como puede ser el duelo por la muerte de un ser querido, o que experimentan otras pérdidas, ya sean sentimentales, laborales, o migratorias, y que no pueden rescatarse vitalmente de la pena vivida, tampoco podrán estar suficientemente disponibles para ver y acoger estados de ánimo en los hijos. Los hijos captan el dolor en sus principales referentes y buscan de manera prioritaria el poder disminuirlo entrando en sistemas de “acomodación patológica” (Brandchaft, B. Doctors, S. Sorter, D. 2010; Doctors, S. 2018). Es decir, entran en dinámicas de priorizar la subjetividad de los demás en detrimento de la propia. Se busca de esta manera disminuir dolor en los vínculos significativos. Este sería un modo de supervivencia emocional en lugar de un desarrollo emocional.

Los duelos forman parte de la vida. No podemos prepararnos para evitarlos o para que no existan porque eso es imposible. Veamos ahora un ejemplo clínico para entender como una experiencia de duelo en la madre afecta en el desarrollo emocional de la hija: La madre perdió su habitual lugar de trabajo tras una crisis económica generalizada. Ella esta triste. La hija, capta esta tristeza, pero no puede atribuirla a causas externas a la relación de ella con su madre, no puede evitar sentirse culpable de la tristeza de la madre. Sabemos que en la infancia el pensamiento es predominantemente autorreferencial. Si los padres no muestran señales de vitalidad con sus hijos, estos suelen pensar que ellos son defectuosos, acaban concluyendo que no son suficientes, que son portadores de algún tipo de defecto. Sienten que es un defecto intrínseco a ellos, que es inherente a la esencia de su ser.

En las primeras consultas, en los inicios del proceso analítico, no existe narrativa alguna que nos explique las secuelas de las experiencias traumáticas que se han vivido. Las reacciones emocionales pasaban desapercibidas en el pasado. La ayuda terapéutica, en parte, consiste en desarrollar una narrativa que da cuenta de cómo se vivieron emocionalmente las experiencias de la infancia y como repercuten en el presente. De esta manera los afectos pueden ser legitimados en el presente. Por ello considero que la ayuda psicoanalítica es una oportunidad para influir en el desarrollo emocional que estaba detenido.

“*Recuerdo mi infancia como un largo deseo de estar en otra parte*”, uno de los versos de la poeta Louise Glück, es una narrativa que da cuenta de una experiencia pasada. Su obra es reconocida mundialmente, se le concedió el premio nobel de literatura en el año 2019. El poema es la morada de su dolor mental (Velasco, R. 2022). Louise plasma en su obra la vivencia de la niña sensible. Consigue una espléndida expresión escrita en la etapa de la madurez, a sus 80 años. De su biografía, ella misma nos comparte que en su adolescencia sufrió una anorexia restrictiva. Su trastorno alimentario fue la protección visible de su dolor invisible. La niña se replegó sobre sí misma ya que no pudo expresarse en su principal contexto relacional, con su familia.

El tratamiento llevado a cabo en su adolescencia la ayudó a superar la enfermedad. Ella siente gratitud por su tratamiento y habla de ello abiertamente. Su obra poética le ayuda, a ella misma, y a muchas personas como ella, a acoger el dolor emocional. A través de su lectura podemos comprender su subjetividad.

La artista se expresa. Si el arte es bueno nos conmueve. Los afectos son universales. Con la dimensión emocional de la obra artística nos conmovemos porque nos conecta con nuestra criatura interior. Louise plasma en su obra la vivencia de soledad de su infancia. Sus poemas son registros de esa experiencia.

Veamos ahora como la poeta rescata a la criatura interior para acogerla y comprenderla, de manera similar a como trabajamos analíticamente, siendo testigos del dolor mental y ayudando a que en el presente el *Self* del paciente acoja a la criatura interior y la acompañe. Me gusta decir que el paciente conduce, el analista es su copiloto (Velasco, 2011), detrás en el asiento trasero llevamos a la criatura interna asustada y a los protectores infantiles (como pueden ser una sobre-adaptación excesiva al contexto o una severa irritación y disconformidad con el mundo, o formas repetitivas de ideación obsesiva, o tendencias compulsivas), que si bien tienen función protectora, son formas del pasado infantil y no protegen tan bien como las nuevas formas del presente, las derivadas del desarrollo de la empatía para conectar con la vulnerabilidad humana, la propia y la del otro.

En su poema “niños volviendo de la escuela” Louise Glück (2008) escribe:

El año en que empecé a ir a la escuela, mi hermana no podía caminar largas distancias.
Diariamente, mi madre la ataba al cochecito y después iban hasta la esquina.
Así, cuando la clase acababa, podía verlas: veía a mi madre
Imprecisa primero, poco después una figura con brazos.
Yo caminaba muy lenta, haciéndome la independiente.
Por eso mi hermana me envidiaba; ella no sabía
Que uno puede mentir con el rostro, con el cuerpo.
No veía que las dos representábamos falsos papeles.
Ella quería libertad. Mientras que yo seguía, patéticamente,
codiciando el cochecito. Así
toda mi vida.
Y así, dentro de mí se fue perdiendo: toda la espera,
todo el esfuerzo de mi madre por controlar a mi hermana, las llamadas,
los aspavientos...
pues, en ese sentido, **yo no tenía ya un hogar**²

Por la biografía de la poeta sabemos del trastorno alimentario de su adolescencia. La anorexia restrictiva que sufrió sirvió para sostener su fragilidad interior y los traumas de desarrollo de la infancia ¿Cómo vivió nuestra pequeña Louise el nacimiento de su hermana? ¿Cómo superó el impacto emocional de tener que aceptar la nueva dinámica familiar? ¿Cómo sus padres pudieron conducir y regular en sí mismos y en sus hijas las emociones derivadas de la nueva complejidad familiar?

Para responder a estas preguntas veamos el poema. Ella a los cinco años no expresaba sus verdaderas emociones, aprendió a disimular, “*no tenía ya un hogar*”, concluye. La niña visualiza, siempre muy ocupada, a su madre, tratando de reponerse de los desbordamientos emocionales vividos en esta nueva situación. La nueva complejidad familiar. Ella ve a su madre, siempre esforzándose tratando de controlar a su hermana menor; el padre está ausente. La pequeña Louise se adapta a la situación predominante de su contexto relacional retirándose, replegándose sobre sí misma. La forma principal de regulación emocional (compartir estados de ánimo) muy pronto se substituye por una actitud de “falsa independencia” disimulando la fragilidad que arrastrará hasta su adolescencia, en la que aparece la anorexia restrictiva.

La anorexia, como una forma de regular los nuevos retos emocionales que se presentan en ese periodo de la vida. Retos que son principalmente sociales. ¿Cómo nos mostraremos? Y ¿Cómo interactuaremos fuera de casa? Utilizaremos los sistemas de autorregulación que hemos podido desarrollar hasta ese momento. Lo central para alguien que se acostumbró a moverse en un clima emocionalmente poco acogedor con la propia fragilidad, será el esfuerzo para conseguir que los demás, empezando por la madre, estén bien, que no se enfaden, la prioridad de no decepcionar se llevará a cabo a costa de frenar o anular la externalización de la verdadera reacción emocional, los miedos naturales se rechazan. La poeta en su adultez acoge a la criatura exiliada (Schwartz, R. 2021), le da la mano, la acompaña y la comprende, le da voz.

Trabajando intersubjetivamente

Luisa, una joven de 20 años me comparte en su sesión que, en casa, ayer su madre no se encontraba bien. Su madre le dijo que pensaba que su malestar se debía a que comió mucho chocolate.

Seguidamente me explica: “*Yo estuve casi toda la tarde probándome ropa. No me sentía bien. Me veía fea en el espejo. Había quedado con mis amigas y no encontraba la ropa que me sentara bien. Allí en la cocina me preparé la merienda, leche fría con cereales. Me sentía mal, muy mal. Mi madre me preguntó y le dije que me sentía gorda y mal porque había merendado demasiado*”.

Si nos fijamos, la lectura que realizan madre e hija de la causa del malestar es el haber comido demasiado. Con lo cual pasa desapercibida la ansiedad de la joven ante la cita social. “¿Cómo es que no le dijiste que empezaste a sentirte mal cuando te estabas probando ropa?” le comenté.

“*No sé, puede que pensara en aquel momento que ella no me entendería*”.

Pensemos esta escena clínica: La joven Luisa se siente sola y abrumada frente al esfuerzo que le supone sentirse mínimamente bien ante la cita social. La cita es vivida

como una amenaza más que como una ilusión. Esta chica frágil y vulnerable estaba sola. Ella aprendió desde niña a autorregular sus estados de ánimo con la comida. Esta protección visible (comer) ante su invisible fragilidad le causa culpa y vergüenza. Culpa por comer demasiado. No vive como algo natural el sentir miedo ante la cita social. Se avergüenza de sentir miedo. Se avergüenza de no lograr una buena imagen de sí misma. Es muy importante la mirada que le devuelve su contexto. No es una mirada de aceptación de su realidad interior.

Como antecedente, a los 10 años sufrió acoso escolar que ella atribuye a un sobrepeso que la avergonzaba. Se esforzó mucho en mantener a raya la báscula controlando la ingesta. A los 13 años debuta el cuadro clínico de anorexia restrictiva. Siguió tratamiento en hospital de día. En la actualidad ella tiene 20 años. Acude con su familia a mi consulta con un sentimiento de estar estancada en el trastorno alimentario.

Su mundo subjetivo no se acoge suficientemente, no le pudo explicar a su madre que se sentía insegura ante su cita social, puede que no decir nada fuera la forma predominante de ahorrarse el sentirse avergonzada ante su madre, como si anticipara que “su inseguridad” sería una tontería ante la mirada de la madre. La lucha anorexia- bulimia, que se inició en su adolescencia, sería una protección visible ante su dolor invisible. La prioridad para Luisa es no decepcionar a su familia y, en especial, a su madre.

Un sentimiento de inadecuación la acecha constantemente interfiriendo sus relaciones. Especialmente en la etapa de desarrollo en la que la socialización es muy importante. Siente vergüenza. La vergüenza es el afecto central del *Self*. ¿Cómo me ven los demás? ¿Cómo me veo yo a mi misma? En el presente, su manera de estar en el mundo es precaria, no se puede proteger bien.

El psicoanálisis relacional amplía la ayuda tanto al paciente identificado como a su entorno de relación. La indicación integral de tratamiento para nuestra paciente consiste en un tratamiento individual para ella, atención familiar, una revisión regular de la nutrición y, en muchas ocasiones, será necesario un complemento farmacológico con funciones antidepresivas y ansiolíticas.

En el proceso terapéutico se podrán ir identificando las sensibilidades de la pequeña que está en su interior defendida y “protegida” por el trastorno alimentario que debutó al inicio de la adolescencia y que es hasta hoy, los veinte años, el escudo protector que le permite vivir el día a día en “modo supervivencia emocional”. Para ella, más importante que decidir que le gusta y que le disgusta es saber si ella gustará. Si los demás la aceptarán.

En una de las sesiones no puede hablar, llora desconsoladamente, después de unos minutos consigue explicar con dificultades que se ha peleado con su madre.

Me dice de manera entrecortada, sollozando:

“Se ha quedado abajo, en el portal de la consulta, me espera. Nos hemos dicho de todo, cosas muy feas”.

Llora con culpa, con mucha culpa.

Más adelante, muy turbada, me dice, susurrando, que su madre le ha dicho que siente que su vida no tiene sentido y que querría desaparecer. Nuestra Luisa expresa en

la sesión que este momento tenso es horrible, en momentos como este ella desea morir. Yo entendí en ese momento la ideación suicida que ella me explicó al inicio de nuestras sesiones, con muchas dificultades.

La escucho con atención y le digo que me doy cuenta del dolor que ella siente ahora. Y le pregunto ¿Luisa, tu madre cuando se enfada con su madre puede expresar su enfado?

Ella responde rápidamente que no, *“mi madre no puede expresarse así con ella”*.

¿Qué hace mamá cuando se enfada con tu abuela?

“Nunca se lo dice, se calla, lo lleva por dentro”.

Si tú puedes expresar tu enfado y mamá puede escucharlo, estaríamos avanzando. En ese sentido, vosotras estaríais más avanzadas que tu madre y la abuela. Ellas no hablan de eso.

“¿Qué suele pasar en casa cuando, ocurre como hoy, que te enfadas con tu madre?”, le pregunté. De esta forma yo la estaba ayudando a acoger aquí y ahora situaciones que la perturban en casa, con su madre.

“Es horrible, me quiero morir, por mi culpa ella dice que su vida no tiene sentido Y luego no hablamos más. No podemos hablar de lo que ha pasado”.

Yo continuo aquí, integrando las vivencias que en el contexto familiar quedaron disociadas, y le digo: “Ahora estás expresando en la sesión como te sientes. Te sientes triste. Te duele mucho lo que ha pasado. Te asusta mucho la respuesta de mamá. Te sientes culpable. Expresar un estado de ánimo como el de estar muy enfadada no es malo. Tenemos que poder acoger todo lo que estas sintiendo para regularnos mejor. Acoger este dolor y conducirlo, para transformarlo. Muchas veces esto, que vemos ahora aquí en esta sesión, está en la base de tener que calmar ese dolor comiendo, o está en la base del esfuerzo para no comer, porque da mucho miedo no gustar, engordar y no gustar, como te pasó a tus 10 años, tal como me explicaste.”

En la etapa de latencia Luisa atravesó por dificultades escolares, la madre siempre la ayudó, pero también, al mismo tiempo, se cansaba. Esta doble sensación de la madre de entrega y desgaste mina la interacción madre-hija. La ayuda que recibe la hija conlleva también arrastrar cargas de culpa y vergüenza que son invisibles. Debajo del control de la comida su mundo subjetivo, quedaba invisibilizado. La madre trata de aplacar la tensión en su hija a través de lo visible, con la comida, igual que hace consigo misma.

Los psicoanalistas entramos en “la casa en llamas” (Ogden, T. 2005) y observamos. Quizás encontremos a “alguien muy pequeño, escondido, muy asustado”, tratando de protegerse del incendio, sin saber que hacer. Con mucho cuidado miramos atentamente debajo de la cama, revisaremos con paciencia todos los rincones. Dialogamos con esta parte frágil del sí mismo de la persona que sufre. Es importante esta conexión profunda en el diálogo con la paciente (nuestra pequeña Luisa) y en el diálogo con la paciente no identificada (la madre de Luisa).

Vemos otro ejemplo. En este caso, una mirada prejuiciosa desata un puchero inconsolable (como si fuera el llanto de una bebé desconsolada) en la joven de 20 años,

después de que ella explica con emoción como transcurrió el día en casa de la familia de su novio.

La familia de su novio vive en un ámbito rural. A Luisa le costó mucho decidirse si aceptaba la invitación a pasar un día con ellos. Como ya hemos visto, la socialización se suele vivir como una amenaza antes que con ilusión. El miedo al rechazo y a la humillación está muy presente en momentos así. Atreverse a tomar una nueva iniciativa que implique socializar es muy difícil para ella.

Una de las nuevas actividades para Luisa, en casa de la familia de su novio, fue el salir al campo para “cazar conejos”. Su novio le explica que los conejos se reproducen mucho y los cultivos salen siempre perjudicados. Es la primera vez para Luisa. Con miedo sale de “cacería” con su novio y el padre de este.

La película *Alcarràs* de la directora catalana Carla Simón, recientemente ganadora del oso de oro en la Berlinale (2022) nos muestra muy bien, entre otras muchas cosas, como se resuelven en el ámbito rural los daños en los cultivos causados por la excesiva proliferación de conejos.

Al llegar a casa, en su contexto familiar, explica con emoción su aventura. Sus padres la miran atentamente y miran “prejuiciosamente” la experiencia de su hija. Le comentan que ellos no entienden como ella ha hecho una cosa semejante. Los padres no entienden la aventura de la hija. La critican abiertamente. La intentan proteger de esa manera. No la escuchan emocionalmente. No pueden sumergirse en la experiencia subjetiva de la hija. La función educativa predomina sobre la función relacional, como ocurre en muchas de las dinámicas relacionales de pacientes con trastorno alimentario.

En sesión, nuestra Luisa llora desconsoladamente porque se siente “monstruosa” en la mente de sus padres. Este es un ejemplo donde predomina la “mirada prejuiciosa”. Una mirada llena de cargas vergonzantes y culpabilizadoras que tiene que soportar nuestra pequeña Luisa. Ahora en la sesión ella puede expresar su desconsuelo sin la vergüenza extrema de la niña, que se había acostumbrado a vivir replegada hacia dentro para protegerse. El llanto inconsolable se expresa sin barreras en la sesión. Una genuina experiencia transformadora. No únicamente se transforma ahora la vivencia del presente, además cobran sentido otras ocasiones en las que no se pudo externalizar la verdadera emoción. El viejo miedo a ser inadecuada, se concretaba, se visualizaba ahora en la sesión. Entendemos que para ella la invisibilidad había sido una forma viable, aunque precaria, de estar en el mundo.

Las convicciones de los padres, inmersos en una cultura vegana, impedían una conexión con la subjetividad de la hija, respecto a la actividad de cazar conejos en el campo.

En estas viñetas clínicas lo común es la mirada que recibe la joven, se mira predominantemente el comportamiento, dejando de lado el mundo subjetivo. Si la conexión a este nivel es precaria, tenemos que pensar que el desarrollo emocional de la familia, probablemente también lo puede ser. Paradojalmente la sintomatología del cuadro clínico anorexia – bulimia desencadena reacciones muy normativas, se cuentan calorías, se contabiliza el ejercicio físico, encontramos rigidez en estas conductas. Sumergiéndonos en la experiencia y en el contexto de este complejo cuadro clínico,

encontraremos que las formas de protección que predominan son formas educativas y normativas. El reconocimiento de la subjetividad se detiene. La vida creativa se detiene.

Louise Bourgeois: hacer visible lo invisible

Con la intención de poder ilustrar el concepto central de mi exposición (hacer visible lo invisible) concluyo este trabajo con la proyección de la escultura, por todos conocida como la Araña de Louise Bourgeois. La encontramos en las ciudades principales del mundo. Una de ellas es una escultura en bronce de 10 metros de alto por 11 de ancho. Interactuando magníficamente con el Guggenheim de Bilbao. La artista titula esta obra “Mamá”.

Si nos situamos debajo de la escultura podemos experimentar una sensación de protección. La araña tejedora protege, pero al mismo tiempo intimida.

Louise vivió de niña en París, junto a la empresa de tapices familiar. Para que los hijos aprendieran inglés, sus padres contrataron a una aupair inglesa cuando ella era una adolescente. Pronto la joven profesora se convirtió en la amante de su padre. La madre llevaba en silencio su pena. La hija captaba el dolor de la madre, como ocurre en muchas de nuestras jóvenes pacientes.

A sus 21 años, coincidiendo con la muerte de su madre, Louise empieza a dedicarse al arte de forma exclusiva. La artista consigue concretizar con su obra el dolor de su pasado para transformarlo. Lo hace visible, para ella y para los demás, a través de su obra. El arte nos ayuda a sumergirnos en la sensorialidad de nuestras pequeñas criaturas interiores. Nos ayuda a enmarcar las propias experiencias emocionales. Registramos estas experiencias para dar cuenta de un pasado traumático. La araña de Louis Bourgeois es la obra más emblemática de esta artista. Ella se la dedica a su madre.

Agradecimiento

Agradezco a la comisión organizadora de estas Jornadas de la *Revista Catalana de Psicoanàlisi* la invitación para presentar mi trabajo. Dedico esta presentación a mis maestros, a mis pacientes y a mis alumnos, por todo lo que me han enseñado.

Referencias

- Atlas, G. (2022) *Emotional Inheritance*. Little, Brown Spark. New York, Boston, London.
- Atwood, G. (1997, 2012) *Trabajando intersubjetivamente*. Ágora relacional. Madrid.
- Bolbwy, J (1989) *Una base segura*. Paidós. Barcelona.
- Brandchaft, B. Doctors, S. Sorter, D. (2010) *Toward an emancipatory psychoanalysis: Brandchaft's intersubjective vision*. N. Y: Routledge.
- Coderch, J. (2013) Prólogo de *El clavo ardiendo* de Raimundo Guerra Cid. Octaedro. Barcelona.
- Doctors, S. (2013) Apago-Individuación. Como una visión relacional del desarrollo psicológico normal clarifica la formación de síntomas en la adolescencia. *En CeIR* 7(3) 483-495
- (2018) La Acomodación Patológica de Brandchaft. Lo que es y lo que no. *Revista CeIR* 12 (2) 203-221

- Freud, S. (1914) Recordar, repetir y reelaborar. Obras completas. Vol. 12. Amorrortu editores.
- Glück L. (2008) *Ararat*. Editorial Pre-textos. Madrid, Buenos Aires, Valencia.
- Hernández, V. (1996) *La teoría psicoanalítica dels afectes i la culpa*. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*. Vol XIII. Num 2.
- Mitchell, S. (1988) *Conceptos relacionales en psicoanálisis. Una integración*. Siglo veintiuno editores. Ciudad de México. Madrid.
- Morrison, A. (1998) *The culture of shame*. Ed. Jason Aronson Inc. Northvale, New Jersey, London.
- Ogden, T (2005) Sobre la supervisión. *IJP* 86, 1265-80 (traducción del inglés por Rafael Ferrer)
- Orange, D. (2005) ¿Vergüenza de quién? Mundos de humillación y sistemas de restauración. *Revista en Línea aperturas.org*, 020.
- Riera, R. (1919) *La herencia emocional*. Ed. La campana. Barcelona y Ed. Planeta. Barcelona.
- Stolorow, R. (1997, 2012) *Trabajando intersubjetivamente. Contextualismo en la práctica psicoanalítica*. Edita Agora relacional. Madrid
- Schwartz, R. (2021) *No hay partes malas*. Editorial Eleftheria. Barcelona.
- Velasco, R. (2022) Psicoterapia on line desde una perspectiva psicoanalítica relacional. En prensa.
- (2022) Psicoanálisis: Presente, Pasado y Futuro. Un Poema de Winnicott. Rev. On line PsiRelacional. Perspectivas Relacionais Em Psicanálise. N. 3. Outubro de 2022.
- (2021) Tratamiento del abuso sexual. Sumergiéndonos en la experiencia y en el contexto. *Temas actuales en el Psicoanálisis Contemporáneo*. Octaedro. Barcelona.
- (2018) Vida es Movimiento. Reseña de *El enigma de la angustia* de Juan José Martínez Ibañez. *Revista temasdepsicoanálisis.org*.
- (2013) Primeros pasos en el cuidar de sí mismo lejos de casa. *Revista CeIR* www.ceir.org.es 7 (3) 586-593
- (2012) El trauma a l'etapa de les vergonyes. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*. Vol 29. Num 2 p 97-111
- (2012) Trabajando con lo Implícito: Psicoanálisis Relacional. *Revista CeIR*. 6 (1).23-31
- (2011) Memoria y Conocimiento Relacional Implícito. *Temas de Psicoanálisis*. Num. 1
- (2011) Un proceso analítico en clave relacional. *Revista CeIR* 5 (2) 317-329
- (2009) ¿Qué es el Psicoanálisis Relacional? *Revista on line CeIR*. 3 (1) 58-67
- (2010) Dismorfofobia o vergüenza del cuerpo. *Revista on line CeIR* 4 (1) 208-220
- (2005) Comentario a la presentación de Donna Orange. Congreso Internacional sobre la Vergüenza. *Revista en línea aperturas.org*. 020.
- (2002) El sentimiento de sí: estudio de la subjetividad. *Revista Intercambios, papeles de psicoanálisis/Intercanvis, papers de psicoanàlisi*. Num. 8 p 37-47. Raco.cat
- (1999) El sentiment de vergonya. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*. Vol XVI Num 2

¹ Ghoska Macuga expone en 2022 una instalación escultórica que se compone de figuras humanas de tamaño natural representando escenas contemporáneas inspiradoras del sentimiento de soledad. Fundación Prada. Milán.

² El subrayado en negrita es mío.