

UN CASO DE BULIMIA CRÓNICA CON MULTITRATAMIENTO

Sandra Sassaroli,
Scuola di Psicoterapia e Centro di Ricerca “Studi Cognitivi”
Milano

The paper reports the case of a bulimic client who approaches a cognitive constructivist therapy after more than twenty years of suffering. She has a long history of treatments with poor success. She chooses to exclude every interpretative act at the beginning of the therapy and to work primarily on motivating the client. She needs to be conscious of her illness to acquire the responsibility of it. The goal of this first step is to depress the client in order to motivate her to begin a psychological, emotional and behavioral change. After the depressive reaction of the client the therapy begins with a more active and motivated attitude and focuses on rumination and drive to control.

INTRODUCCIÓN

El caso que hemos elegido se refiere a una joven mujer de 38 años que cuando se presentó en mi despacho padecía desde hacía unos 20 años una grave forma de bulimia (cuyos precedentes se habían manifestado a la edad de 9-10 años). La paciente había acudido a mi consulta enviada por parte de una colega que, de una forma muy pesimista, había dicho que, en su opinión, su historia de cronicidad era tan larga que probablemente yo no sería capaz de ayudarla. Por esta razón, cuando la cité por primera vez estaba bastante preocupada pero sintiendo al mismo tiempo curiosidad por la extraordinaria duración de la enfermedad y el pesimismo de quien la enviaba. El caso se desarrolló de manera muy favorable y es mi intención narrarlo porque con esta paciente adopté por vez primera un enfoque que en aquel momento me parecía el único procedente, que tiene riesgos, pero que todavía practico con pacientes crónicas multitratadas. Asimismo, el tratamiento de este caso me ha llevado a reflexionar sobre algunos constructos teóricos sobre los cuales he desarrollado posteriormente algunas líneas de estudio en mi grupo de investigación.

El otro motivo por el que relato el caso es que, a varios años de distancia, es evidente que entre yo y la paciente existió un encuentro afortunado, una relación terapéutica extremadamente sólida y una “conversación feliz”, y que esto puede

haber influido bastante en la evolución del caso. Uno de los méritos que me reconozco en la conducción de este caso es que, cuando la paciente acudió a mí, estaba realmente en la “recta final” de su enfermedad y bastante desesperada para ser motivada y cambiar, y yo, con el coraje suficiente para acceder a intentarlo. Tras una breve referencia a la historia clínica y la historia personal, se presenta el caso siguiendo su desarrollo terapéutico, lo que subraya su interés y originalidad.

Carolina se presenta en mi despacho

Aparece elegante, cuidada, vestida de manera original, llena de colores, alta, muy delgada, con el pelo largo y rubio y con un rostro bello en el cual se lee sin embargo la larga historia de bulimia. Carolina empezó a atracarse y vomitar regularmente cuando tenía 15 años, después de una gran pelea con su madre. Desde entonces, con una interrupción de 8 meses a los 30 años, al inicio de una historia sentimental, nunca ha cesado. Vomitaba incluso 4 veces al día cantidades de comida muy elevadas (6 pastas, 8 pizzas, panecillos de mantequilla congelados). Los atracones tienen lugar normalmente cuando está sola delante de la televisión (“delante la cual caigo en estado de trance”), a menudo la preparación de la comida y los atracones consumen días enteros, después de los cuales, deprimida y desmotivada se pone en la cama; se autoinduce el vómito inmediatamente después o incluso una hora después de haber comido. Los rituales sintomáticos se manifiestan desde hace muchos años independientes de antecedentes de cualquier tipo, el síntoma se presenta después de una velada alegre, después de una llamada luctuosa, después de un éxito o después de una charla con una amiga.

El tono del humor oscila entre la alegría y capacidad de ser sociable y abierta con los demás, a tristes depresiones con ideas suicidas. Desde el inicio de la enfermedad la obsesión del atracón-vómito-ayuno-atracón ha sido constante, con una rumiación continua relativa a su deseo de estar delgada, a su deseo de controlar su peso y a pensamientos obsesivos depresivos de tipo autodevaluador. La emoción que relata en la primera sesión es el miedo. Cuando está presente la depresión es secundaria a una metarumiación (Wells, 1999) sobre la imposibilidad de cambiar y sobre el estado de su mente y de su vida.

Intentó curarse con un psicoanálisis freudiano inicial, a los 24 años, durante 4 años, del cual no sabe explicar lo que obtuvo a parte de «conocerme mejor», y con una terapia junguiana que duró muchos años. En esta terapia, la relación con el analista era buena y dice que adquirió mucha confianza consigo misma, de modo que durante algunos meses el problema de los atracones desapareció, para volver a empezar inmediatamente después de las primeras dificultades con su pareja masculina de aquel entonces. Después de estas dos experiencias tuvo experiencias de meditación vipassana y vivió durante largo tiempo en un ashram de un “santo” en India. En 1995 realizó una terapia cognitiva según el modelo Fairburn (1981) en un centro importante de Italia del norte, sin resultados apreciables.

Datos anamnésicos recogidos al inicio de nuestras sesiones: Casi ninguno, porque la paciente explica en la primera sesión que se ha cansado de hablar de su madre y de las cosas de su vida, lo único que quiere es resolver el problema. Las pocas noticias que me llegan en la fase inicial son las siguientes. La paciente habla de una madre ama de casa que se ha puesto siempre como ejemplo a seguir, muy dominante, con normas indiscutibles e incapaz de dudar de sí misma; la madre era también distante y ocupada por la familia numerosa (dos hermanos y dos hermanas, la paciente es la tercera hermana). Los hermanos se han marchado a vivir en otro país de Europa, las hermanas viven en Roma. El padre, director de una sociedad multinacional y siempre de viaje, pasa largos periodos fuera de casa y cuando está presente oscila entre un contacto intenso y satisfactorio con los hijos y comportamientos bruscos y prepotentes, que siempre han sorprendido y desorientado a los hijos. La paciente trabaja en publicidad, *free lance*, y goza de una fama discreta, aunque no siempre es capaz de “llegar a la altura” del ritmo que le impone el trabajo. Ha tenido algunos novios, incluso durante mucho tiempo, pero está sola desde que el último se fue con una amiga suya, dejándola muy triste y deprimida. Tiene muchas amigas y una vida social e intelectual intensa y estimulante, sobre todo en los momentos en que mejor se siente. Tiene algunas amigas muy cercanas que la aprecian y cuidan de ella, incluso en los momentos difíciles, en los que está sobrecogida por la desesperación y lo ve todo negro delante suyo.

Decisiones estratégicas y tácticas

Decido empezar la intervención terapéutica “a tientas” y retando a la paciente respecto a su motivación: por un lado parece muy cansada de la repetitividad que le impone la enfermedad y, por el otro, deseosa, como dice haber hecho siempre, de ser acogida y “aceptada” por quien la ayuda, y esto como deseo principal.

Me parece además poco consciente del estado de su enfermedad y de su gravedad, incluso tiende a presentar el vómito como un “pequeño problema” respecto al desierto de su vida y de su vida afectiva y profesional.

Su teorías ingenuas de la enfermedad son de tipo fatalista, con atribuciones relativas a la naturaleza de su carácter y a su intrínseca debilidad. Me pongo entonces como objetivo principal de la intervención que la paciente adquiera conciencia de la gravedad de su estado y de cómo, si no fuera consciente de ello, cualquier intervención sería inútil. Si no reconoce que es muy grave y si no acepta el dolor de la responsabilidad personal que implica hacer frente a la conciencia de esta gravedad, se convierte en una consumidora compulsiva de terapias y terapeutas.

El segundo objetivo que me pongo es que la paciente sepa cuánto tiempo de su vida lo pasa rumiando sobre cosas relativas al síntoma alimentario. El tercer objetivo es el de plantearle el contrato terapéutico como resultado de un esfuerzo visible por su parte de modificar el estado sintomático. Hasta que no lo haga, me limitaré a ser una consultora dispuesta a abandonar el campo porque una terapia no

incisiva, una terapia que no sepa hacer frente al peso de este síntoma es nociva para ella, tanto en el sentido de un nuevo fracaso como en el sentido de una pérdida de tiempo. En esta primera fase pienso que no debo hacer una intervención tradicional que reforzaría en la paciente su desconfianza consigo misma y la deprimiría, y que tampoco debo ponerme en el papel de la terapeuta definitivamente competente que tendrá éxito ahí donde los demás no lo han tenido; pero que en cambio sí que he de conseguir que la toma de una conciencia “fuerte” de la gravedad y repetitividad en el tiempo de su estado sintomático y psicológico llegue a generar un estado depresivo. Cuando me planteo estas reflexiones todavía desconozco los datos de la literatura que confirman la necesidad de la inducción de un estado depresivo en la fase inicial de la psicoterapia de las pacientes con bulimia.

Esta intervención inicial toma dos o tres sesiones, en las cuales la paciente parece decepcionada por no ser atendida y tranquilizada, me demuestra la gravedad de su síntoma y se enfada porque le niego la terapia y no la acojo. Pero existe también en el fondo el nacimiento de cierta curiosidad e interés por el tipo de intervención y por el modo afectivamente cálido, pero determinado y claro en esencia, con el que inicio la relación con ella. A la cuarta sesión llega extremadamente deprimida y mucho más consciente del estado de su vida, llora durante la sesión, me acusa de la inducción de esta depresión, pero dice que aunque sabe que no lo conseguirá, quiere intentar establecer un compromiso terapéutico conmigo. Yo le confirmo que no estoy interesada en un compromiso terapéutico en el cual ella no parta de la modificación de algunos comportamientos sintomáticos compulsivos, de los cuales hace muchísimos años que ha perdido el sentido; que la estimo demasiado para hacerle perder otra vez el tiempo en ficciones terapéuticas y buena relación no influyente. Entre la cuarta y la quinta sesión, mientras recibo una carta suya de despedida y agradecimiento y declaración de inutilidad de sus esfuerzos para curarse, su hermana me llama para decirme alarmadísima que C. ha intentado suicidarse ingiriendo píldoras, que está en el hospital para que le hagan una limpieza gástrica, pero que no es demasiado grave. Me pide que la llame. Yo lo hago, diciéndole que estoy muy descontenta de la dificultad que tiene de afrontar su problema pero le manifiesto mi disponibilidad para comprometerme con ella sólo ante una colaboración terapéutica activa y realista por su parte.

Esta crisis de la paciente me ha confirmado la gravedad de su sufrimiento pero, a pesar de cierto temor respecto a mi estrategia tan estricta con ella, no me cambia la idea de que cualquier aceptación acrítica en este momento correría el riesgo de reproponer tipos de terapias que se habían demostrado útiles pero insuficientes para hacerla salir de su estado de sufrimiento.

Después de dos semanas la paciente concierta una cita conmigo para confirmarme que tiene la intención de empezar a afrontar su problema porque: *“estoy delante un muro desde toda mi vida y tiene sentido que empiece a verlo y escalarlo”*. El reinicio de la terapia halla a la paciente extremadamente deprimida pero ansiosa

de colaboración conmigo. Empezamos a redactar los diarios alimentarios ante lo cual emerge con fuerza, a los ojos de ambas, la magnitud de su síntoma y la rumiación continua sobre la comida y depresivo sobre sí misma, del cual la paciente todavía era poco conciente.

La única intervención de esta primera parte se refiere a la conciencia de los aspectos de automatismo (procesuales) de la rumiación y a la crítica de los aspectos de contenido que esto conlleva, que se refieren al control de la alimentación y a la imposibilidad de verse capaz de una regulación no impulsiva de la alimentación. Esta conciencia que parte de la alimentación se va ampliando a otras áreas, el trabajo, las relaciones. La conciencia compartida en la terapia es que la paciente hace mucho tiempo que tiene el miedo como emoción dominante y la actitud de actuar sobre la dimensión del control como estrategia existencial principal. Esta estrategia se ha presentado en su mente como rumiación extensiva, ahí donde se sentía en condiciones de posible control, y como impulsividad alimentaria cuando no era capaz de obtener el control absoluto sobre la alimentación que esperaba conseguir. El trabajo sobre la rumiación y la conciencia de la ilusión del control absoluto, puesto de manifiesto por los ABC alimentarios, se convierte en el recorrido a través del cual la paciente, una vez superado el dolor de la conciencia de la responsabilidad que tiene de *“haber llevado la vida que he llevado”*, se siente primero cada vez más consciente y después señora de las elecciones alimentarias que constituyen cada vez más el núcleo de su repetitividad sintomática. Lentamente empieza a tener menos atracones y a alimentarse de manera más regular, lentamente desaparecen de los ABC algunos constructos (*“Me siento absolutamente impotente, estoy sola, jamás lo conseguiré, doy asco”*) y aparecen algunos constructos (*“tener paciencia, un kilo de más no es ninguna catástrofe, las opiniones de los demás son importantes pero debo confrontarlas con las mías”*). Después de seis meses de sesiones semanales, dirigidas casi todas a analizar los rituales, las emociones y los pensamientos de los ABC compilados por la paciente durante la semana, la paciente ha disminuido los rituales alimentarios y después de 10 meses los ha interrumpido por completo.

La interrupción de los rituales alimentarios implicó, como habíamos previsto, un retorno depresivo. La paciente se duele por su vida, sus decisiones, el tiempo perdido e irrecuperable, y se deprime y entristece ante un futuro totalmente por reconstruir. Esta fase de la terapia es una fase difícil de la relación terapéutica porque la paciente se vuelve contra mí y reconoce sentir rabia porque la he ayudado pero no le he podido dar una vida satisfactoria y feliz como ella esperaba. Mientras se encuentra en esta fase de la terapia se produce una historia sentimental con un director industrial, agresivo y de trato impulsivo, que la paciente, probablemente de modo unilateral, sitúa en el lugar que la salvará de los daños que ella misma ha causado a su vida y que le pondrá todo fácil, le regalará *“la vida que siempre he soñado”*. Esta historia es importante porque nos permite abordar el tema, que está presente en todas las pacientes con trastornos alimentarios, de los *“sueños despier-*

ta” que han representado en la adolescencia el “lugar” donde acudir cuando ante los problemas se han sentido incapaces y asustadas. El trabajo sobre los sueños despierta se vuelve esencial cuando el hombre deja a la paciente, asustado por algunas crisis de angustia muy fuertes que tiene ella en su presencia. La elaboración de esta separación es algo largo y doloroso, la paciente que ya tiene 40 años, está en una fase de balances y decisiones para el futuro. En esta fase, que dura por lo menos 8 meses, con una frecuencia quincenal la paciente siente rabia hacia la terapeuta (“¿...y ahora? ¿Qué hago ahora que he llegado aquí?”), pero no recae nunca en el atracón ni en el vómito, si bien enfrenta en la terapia la tentación del síntoma como huída y distracción de la realidad, porque ya tiene claros los costes que ha pagado en términos de recursos mentales y físicos. En esta fase central y larga de la terapia la paciente también recupera, en silencio y lejos de la relación conmigo, algunas ideas e interpretaciones de las terapias pasadas a las que reconoce gradualmente las aportaciones y riquezas que constituyeron.

Han pasado dos años, la paciente sigue acudiendo mensualmente a terapia. Se considera satisfecha de lo que hemos ido haciendo, aunque está insatisfecha del trabajo que tiene y plantea organizarse de un modo distinto. Es consciente de los miedos que tiene de afrontar nuevos acontecimientos o imprevistos y de su predisposición a imaginar las soluciones de manera “mágica” o de refugiarse en la obsesión sintomática. Lentamente gana algún kilo y se enfrenta a la depresión que esto implica, en términos de pérdida de control sobre su forma corporal y de terror de no poder detenerse.

La tercera y última fase de la terapia, que dura un año, con sesiones mensuales, se desarrolla ya en un contexto mucho más sereno, la paciente está mejor, si bien no quiere renunciar a verme para contrastar conmigo los problemas que van presentando. Cambia de trabajo y en el nuevo trabajo encuentra a un hombre que, aunque con una posición más modesta que la suya y viviendo un poco lejos de su ciudad, se enamora de ella, no es amenazador ni distante, quiere vivir con ella, a quien “*en otra época no habría ni mirado*”. Aunque con miedo al aspecto de “verdad” de esta historia, no se niega y lentamente se abandona a una relación auténtica de confianza y de compartir. Este paso, gradual y no exento de sufrimiento, nos permite hacer un trabajo terapéutico sobre las relaciones afectivas y las dificultades que siempre ha tenido en elegir relaciones con hombres que fueran dignos de confianza, que no actuaran en el ámbito de la excitación porque estaban ausentes o por el sentimiento ligado al sufrimiento. Se da cuenta de que la elección de hombres imposibles o distantes tenía en realidad la función de impedir una proximidad que no se sentía capaz de tolerar, por miedo a correr el riesgo del rechazo y del abandono. Temía que de este dolor, no querido, no controlado por ella, habría muerto. Las emociones, el miedo a dejarse ir, a ligarse a alguien son el último punto importante de nuestro trabajo terapéutico, que implica también la relación conmigo y el miedo que ella siempre ha tenido de que yo “la abandonara en el momento más imprevisto”.

Este último descubrimiento terapéutico la pone de nuevo en contacto con intuiciones e interpretaciones de las terapias precedentes ayudándola a tener una visión más armónica e integrada de su trayectoria existencial y psicológica.

Las fases de la terapia que hemos comentado se remontan a hace cuatro años. Desde hace tres la paciente vive en la ciudad de su compañero, con quien tiene la intención de casarse. Está planeando adoptar un niño porque le parece que “ya no es despreciable y que tiene algo que dar, experiencias por compartir”. Su vida en la nueva ciudad transcurre relativamente serena y la paciente es capaz, en la mayoría de los casos, de afrontar los momentos de distanciamiento emocional y de miedo en la relación con su compañero. Empieza a ver su vida y su transcurrir en el tiempo de manera más realista. Me viene a visitar una vez al año y pone al día de sus cambios y dificultades. Que la vida sea imperfecta y que ella esté dentro de ella ya lo tiene claro, así como tiene claro que el miedo es la emoción dominante que hay que afrontar cuando suceden cosas nuevas o frustrantes.

Justificación de la intervención terapéutica

La justificación de la terapia deriva de la valoración de inutilidad, después de tantos años de tratamientos terapéuticos, de un enfoque tradicional, de tipo interpretativo o cognitivista tradicional. La paciente “ya lo ha intentado todo” y, como sucede a menudo, si por un lado se halla enredada en la repetitividad afectiva y sintomática de años y años, por el otro no quiere empezar de nuevo a partir del análisis de relaciones afectivas y de apego ya lejanas en el tiempo, vistas y revisadas muchas veces. La intervención inicial tuvo en cuenta esta demanda explícita y en su conducción, decidida y aparentemente dura, falsifica implícitamente la posición de impotencia de la paciente y le devuelve una idea de sí como capaz de asumir la responsabilidad de un cambio “solamente” comportamental. El esfuerzo de llevar a cabo cambios de comportamiento, tiene importantes efectos cognitivos, se ve que lo puede conseguir, que puede decidir, las emociones negativas van dejando su lugar a la esperanza y la confianza. Las pequeñas interrupciones de los automatismos comportamentales, la definen indirectamente de manera menos fatalista.

La insistencia en la gravedad empuja a la paciente a un aumento de conciencia, pero al mismo tiempo la deprime. El objetivo de deprimir a la paciente es el de aumentar la conciencia del callejón sin salida en el que se encuentra y representa el empuje a una motivación que vea con más fuerza la necesidad de un cambio.

Otro aspecto que en la intención de la terapeuta va en la dirección de un aumento de motivación es el hecho de no acceder a la terapia sino de definir las sesiones como una “consulta” hasta que la paciente no demuestre un compromiso y una motivación, adecuados a la gravedad de su situación (Orefice, 2002, Sassaroli, 2002). El conjunto de estas intervenciones se lleva a cabo y debe llevarse a cabo absolutamente dentro de una relación extremadamente cálida y, en nuestra opinión, es totalmente desaconsejable si no se da esta precondition porque es solamente en

el seno de una relación aceptante y cálida donde se puede correr el riesgo de una maniobra orientada a incrementar la responsabilidad, oponerse a la terapia y favorecer la depresión con el objetivo de poner en marcha un inicio de cambio.

La intervención sobre la rumiación y sobre la cantidad de recursos invertidos en ella es útil justamente en el sentido de que aumenta la conciencia e interrumpe la urgencia y los recursos dedicados a la organización del síntoma. La conciencia de la actitud de control, del pensamiento catastrófico, del miedo a equivocarse, en suma, de los aspectos típicamente depresivos específicos de los trastornos alimentarios en general estrechamente relacionados con una actitud a tener miedo, probablemente aprendida en la niñez, son el punto central de la intervención (Sassaroli y Ruggiero, 2002). Una vez desatados estos nudos, podemos recuperar el trabajo ya hecho en las intervenciones terapéuticas del pasado, para completar la labor de la psicoterapia reunificando el trabajo sobre el síntoma con los aspectos de miedo y de control en los otros ámbitos de la vida, las relaciones sentimentales, los proyectos laborales, la armonización de las relaciones familiares cuando es posible, etc.

Este artículo recoge el caso de una cliente bulímica que acude a una terapia cognitivo-constructivista tras más de veinte años de sufrimiento, tras una larga historia de tratamientos con escasos resultados. La terapeuta decide excluir cualquier acto interpretativo y trabajar principalmente en hacer consciente a la cliente de su enfermedad para adquirir la responsabilidad sobre ella. El objetivo de este primer paso es deprimir a la cliente a fin de iniciar un cambio psicológico, emocional y conductual. Posteriormente, la terapia empieza con una actitud más activa y motivada y se centra en la rumiación y el control.

Referencias bibliográficas

- FAIRBURN, C. G. (1981). A cognitive behavioral approach to the management of bulimia. *Psychological medicine*, 11, 707-711. (97,161,201)
- FAIRBURN, C.D., ZAFRA COOPER, D.M., SHAFRAN, R. & WILSON, T.G., (2002) «A new transdiagnostic cognitive behavioural treatment for eating disorders» in AED, Academy for Eating Disorders. 2002 International Conference on eating disorders, New aspects of gender in eating disorders. April 25-28, 2002, Boston, MA, USA.
- LORENZINI, R., SASSAROLI, S., (1995) *Attaccamento, conoscenza e disturbi di personalità*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- OREFICE, S. (2002)
- SASSAROLI, S., RUGGIERO, G.M., (2002). I costrutti dell'ansia: obbligo di controllo, perfezionismo patológico, pensiero catastrofico, autovalorazione negativa e intolleranza dell'incertezza. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale-2002*, vol.8, n°1.
- SASSAROLI, S: (2002)» La psicoterapia cognitivo-comportamentale e cognitiva del disturbo alimentare» in *Aggiornamenti in nutrizione clinica 10*. Il pensiero scientifico Editore, Roma. Pgg. 3-10.
- WELLS A., (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders. A Practice Manual and Conceptual Guide*» John Wiley & Sons, Ltd.