

Revista Argentina de CLINICA PSICOLOGICA • Vol. II N° 1 • Abril 1993

Revista Argentina

de

# CLINICA PSICOLOGICA

Vol. II - N° 1

Abril 1993

Publicación editada por  
AIGLE - Centro de Estudios Humanos

## REVISTA ARGENTINA DE CLINICA PSICOLOGICA

La REVISTA ARGENTINA DE CLINICA PSICOLOGICA es una publicación cuatrimestral de AIGLE - Centro de Estudios Humanos.

### CO - EDITORAS

*Diana Kirszman*      *María Teresa Nieto*

### CONSULTORES EDITORIALES

ABADI, Mauricio	(Argentina)
AVILA ESPADA, Alejandro	(España)
BARINGOLTZ, Sara	(Argentina)
BERNAL, Guillermo	(Puerto Rico)
BEUTLER, Larry	(U.S.A.)
CANCRIÑI, Luigi	(Italia)
CASTILLA DEL PINO, Carlos	(España)
CHAPPA, Herbert	(Argentina)
ELZUFAN, Celia	(Argentina)
FEIXAS, Guillem	(España)
FERNANDEZ-ALVAREZ, Héctor	(Argentina)
FERNANDEZ MOUJAN, Octavio	(Argentina)
FREEMAN, Arthur	(U.S.A.)
GOLDFRIED, Marvin	(U.S.A.)
GREENBERG, Leslie	(Canadá)
GUIDANO, Vittorio	(Italia)
HIRSCH, Hugo	(Argentina)
MAHONEY, Michael	(U.S.A.)
MUCHINIK, Eva	(Argentina)
OPAZO, Roberto	(Chile)
OSTROV, Amélie HINTERMEYER de	(Argentina)
PEREZ GOMEZ, Augusto	(Colombia)
PEYRU, Graciela	(Argentina)
PUGET, Janine	(Argentina)
QUIROGA, Susana	(Argentina)
ROMAN, Néstor	(Argentina)
ROSEMBAUM, Max	(U.S.A.)
SAFRAN, Jeremy	(U.S.A.)
SERRONI COPELLO, Raúl	(Argentina)
WACHTEL, Paul	(U.S.A.)
WIDLOCHER, Daniel	(Francia)
WINKLER, María Inés	(Chile)
ZURETTI, Mónica	(Argentina)

---

Valores de suscripción:	Argentina:	Indiv.: \$ 40.-	Inst.: \$ 55.-
	Latinoamérica:	Indiv.: US\$ 40.-	Inst.: US\$ 55.-
Subscription rates:	Otros Países:	Indiv.: US\$ 45.-	Inst.: US\$ 60.-
	Precio del ejemplar:	\$ 17.-	
	Latin América:	Indiv.: US\$ 40.-	Inst.: US\$ 55.-
	Other Countries:	Indiv.: US\$ 45.-	Inst.: US\$ 60.-

---

ISSN Nº 0327-6716

Registro Nacional de la Propiedad Intelectual Nº 262.997

Queda hecho el depósito que previene la ley 11.723

Franqueo Pagado Concesión Nº 5273 Correo Argentino Central (B)

© AIGLE - Centro de Estudios Humanos: Virrey Olaguer y Feliú 2679 (1426) - Bs. As. - Argentina

Tel.: 781-3897 - Fax.: (541) 784-3563

Producción gráfica: LASER Estudio Gráfico S.R.L. Tte. Gral. Perón 3047 1º 18 Capital Federal Tel.: 88-7416

FV . 24

# Recordando con ira y esperanza \*

## Relato retrospectivo de una ex-paciente bulímica

Horst Kächele & Rita Hettinger \*\*

### RESUMEN

---

*Este trabajo consiste en el registro del relato realizado por una ex-paciente bulímica sobre su experiencia con la enfermedad y sobre sus experiencias terapéuticas. Como parte de un trabajo de investigación fue convocada a una entrevista de seguimiento dos años después de haber concluido su tratamiento con el Dr. Kächele. La paciente aceptó, pero fue entrevistada por otra terapeuta, y la entrevista fue observada por otras dos estudiantes de psicología, quienes a su vez informan sobre el caso. El Dr. Kächele aporta sus comentarios que figuran como notas al pie de página.*

*Se alienta a los terapeutas con mentalidad investigadora a efectuar este tipo de estudios superando las resistencias que implican, ya que se los considera de suma utilidad para aportar comprensión sobre los procesos de cambio.*

---

**Palabras clave:** bulimia - investigación en psicoterapia

**Key words:** bulimia nervosa - psychotherapy research

### Introducción

¿Qué pasaría si estableciéramos como rutina que los terapeutas pidieran a sus pacientes que vinieran a una entrevista de seguimiento, no con ellos mismos, sino con otro terapeuta?

¿Sentirían que su reputación está en peligro, o que la credibilidad del tratamiento está en discusión?

Sea lo que fuere, a no muchos de nosotros nos agradaría ese momento, por lo cual se entiende que sean particularmente raros los informes de este tipo, aún entre clínicos con mentalidad investigadora. (Strupp et al., 1969; Strupp, 1978; Kächele, 1981). Sin embargo, para terapeutas entusiastas que al mismo tiempo sean investigadores entusiastas, esta

---

\* *Original en inglés:* Look back in anger and hope: a retrospective account of a former bulimic patient. Traducción Elena Scherb - Celia Nieto.

(*N del T:*) El título en inglés recuerda la obra de John Osborne (1956): Look back in anger, traducida al castellano como Recordando con ira.

\*\* *Horst Kächele y Rita Hettinger:* Forschungsstelle für psychotherapie Christian - Belser. Str. 79a. 7 Stuttgart 70 - Alemania.

Revista Argentina de Clínica Psicológica, II (1993) pp. 5-16.  
© 1993 AIGLE - CENTRO DE ESTUDIOS HUMANOS.

situación debiera ser fascinante; podría constituirse en un contexto de descubrimiento desde donde agudizar la mirada de los investigadores hacia una perspectiva más clínica.

La investigación en psicoterapia necesita no solamente de instrumentos psicométricos más y más sofisticados y sesiones grabadas o filmadas sino que, en nuestra opinión, puede también necesitar de la utilización sistematizada de una mirada entrenada clínicamente. Esto había sido señalado ya por Helen Sargent, hace muchos años, cuando ella modeló de manera decisiva la metodología para el estudio de la psicoterapia realizado por Menninger (1961). La entrevista de investigación, no a través de técnicas estructuradas, sino la entrevista libre realizada por investigadores, registrada y evaluada por un grupo, podría ser un suplemento, un intermediario entre los mundos del clínico y del investigador. Esta técnica tiene cierta similitud con la llamada entrevista Pfeffer, de 1959, en tanto y en cuanto provee de un procedimiento verdaderamente psicoanalítico para evaluar los resultados del psicoanálisis.

Pfeffer hizo un informe en 1961 acerca de un estudio de seguimiento de un caso de análisis satisfactorio. La idea básica consistía en proveer una situación análoga a la terapia para evaluar adecuadamente las experiencias y los efectos de la misma.

A continuación presentaremos un informe siguiendo esta idea de usar una situación análoga a la terapia. El mismo consiste en una revisión retrospectiva de una ex-paciente sobre las experiencias que la llevaron finalmente a hacer el tratamiento. La entrevista abierta y extendida fue conducida por una psicóloga, con experiencia en investigación, que estaba comenzando el entrenamiento psicoanalítico, (RH). Durante la sesión de tres horas de duración, estuvieron presentes dos estudiantes de psicología mujeres (MK & RS), a quienes también se les pidió que hicieran luego una descripción del caso. Antes de la entrevista, el terapeuta (HK) sólo proveyó al equipo de investigación de la información básica necesaria respecto de la paciente. Luego de la entrevista, el Dr. H. Kächele hizo algunos comentarios que figuran como notas al pie de página.<sup>1</sup>

### La paciente

La Sra. Rosa X<sup>2</sup>, una estudiante de medicina de 25 años, fue citada por su anterior terapeuta (HK), dos años después de que hubiera terminado el tratamiento psicoanalítico<sup>3</sup> con él, para evaluar su disponibilidad a realizar una tarea de investigación que consistía en una entrevista retrospectiva con un grupo de investigadores. La paciente acordó en venir al Centro de Investigación en Psicoterapia en Stuttgart, habiendo sido tratada en el Departamento de Psicoterapia de ULM. No tuvo reparos en que se grabara la entrevista ni en que hubiera dos estudiantes de psicología presentes.<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> Todas las notas al pie de página son del terapeuta tratante (HK).

<sup>2</sup> Rosa X, el sujeto de estudio, ha sido informada de que esta entrevista está diseñada con propósitos de investigación. En general pensamos que es bueno seguir la recomendación de Stoller: "No deberíamos escribir acerca de nuestros pacientes sin su permiso y sin su visión acerca de los temas que vamos a escribir" (1988, pág. 391).

Este informe es fiel a esa recomendación. La paciente estuvo involucrada activamente e informada. No estamos muy seguros de si debemos compartir con la paciente el producto final sin que ella lo solicite. Stein (1988) escribió acerca de los efectos de los escritos del analista sobre los pacientes en tratamiento, pero se sabe mucho menos acerca de las reacciones de los pacientes después del tratamiento. En caso de que la paciente lo pida tendrá una copia del trabajo y, si lo solicita, se le ofrecerá otra entrevista.

<sup>3</sup> Sesiones de dos veces por semana, cara a cara, de dos años y medio de duración. Formalmente esto podría llamarse una terapia psicoanalítica medianamente frecuente, de acuerdo a Thomä y Kächelle (1989, 1991).

<sup>4</sup> Cada vez que se utiliza el pronombre personal "nosotros", se refiere a los tres miembros del equipo de investigación.

Al momento de la entrevista, estaba profundamente inmersa en la preparación de un examen. Recientemente se había casado con un hombre de su misma edad y situación social. El también estaba preparándose para los finales en sus estudios de ciencias naturales. Ambos compartían un pequeño departamento en el cual vivían, y trabajaban todo el día. Si disponían de tiempo libre, a ella le gustaba tocar la flauta, participar en una orquesta o ir a la ópera, etc. Aunque en ese momento estos entretenimientos eran bastante escasos, y lo que representaba para ella una situación estresante, no había indicios de recaída de los síntomas de su enfermedad anterior. Al hacer referencia a su antiguo trastorno, nos impactó su buen humor, su vitalidad y la vivacidad con que nos transmitía su experiencia. Nos dio una clara sensación de cómo es realmente un ser humano con la mente abierta, disfrutando del contacto con su entrevistadora. Nos sentimos libres de preguntarle cualquier cosa que quisiéramos saber, y ella desplegó su rico repertorio de sintonía no-verbal frente a la curiosidad de aquellos que no sabíamos lo que significaba sufrir de bulimia nerviosa: "Si, yo sufrí de una bulimia severa, habiendo probado varias terapias. Uds. quieren saber sobre mi vida, eso está bien, eso es lo que el Dr. K. me pidió que hiciera. Bueno, tengo suficientes razones para hacerle un favor porque él realmente me ayudó, después de todo".

Así que nos sentimos a tomar un café y la Sra. Rosa X, en su modo alegre, nos contó la historia de su vida. Hubiera sido interesante presentar el material de la cinta en bruto, con todo el caudal de palabras a medida que brotaban de ella, los momentos en los que nos hizo reír, o aquellos en los que sentimos las pesadillas por las que había pasado. En vez de permitirnos esta poética desviación, nos reinstalamos en nuestros principios morales científicos y registramos paso a paso todo lo que aprendimos sobre ella. El conocimiento experto del terapeuta fue dejado deliberadamente de lado en la reconstrucción genérica hecha por nuestro grupo homogéneo, y aparece en las notas al pie de página. Nosotros indagamos sobre la visión que ella tenía de sí misma, de sí misma como víctima y como agente de su propio desarrollo.

### Desarrollo

Nacida como la cuarta y "la más decente" hija de una familia de clase media en ascenso, ella visualizaba a sus padres como atrapados en la típica diferenciación de roles. Su madre había renunciado a su trabajo como mecanógrafa para poder dedicarse al cuidado de los niños, las niñas de la familia estaban especialmente muy controladas por ella (por ejemplo, abría su correspondencia privada). Su padre manejó exitosamente la secuela de una educación secundaria perturbada por las intenciones del Tercer Reich de ganar la guerra, así que tuvo un comienzo lento y duro en lo académico, se ganaba la vida y costeara los estudios sin apoyo lo cual impregnó profundamente su trabajo de "maestro de maestros", un puesto especial de enseñanza de post-grado. Tenía opiniones muy fuertes acerca de cómo debía criarse un hijo; solía decir que uno tenía que estar al menos una vez en Inglaterra, tocar dos instrumentos y completar algún entrenamiento académico. Ya desde muy chica, Rosa se identificó profundamente con estas perspectivas de vida. A los 6 años, ya sabía qué estudiar. Practicaba dos instrumentos, y disfrutaba cantando como soprano, con buena voz. Pero su padre apenas si expresaba algo de gratitud hacia una hija tan devota. Hablaba en voz alta dirigiéndose a ella diciendo que, de todos modos, uno de sus hijos estaba destinado a fracasar. Básicamente, siempre se sintió observada y controlada por sus padres, de modo diferente por su madre y su padre, pero similar en cuanto a la intensidad. Cada vez que se entusiasmaba mucho con algo, sus padres intervenían para que se mantuviera equilibrada. La exhuberancia era considerada hija del diablo. Parecía que el rostro preocupado del padre era la fuente de las percepciones fuertemente negativas que Rosa X tenía de sí misma: "aunque soy la favorita de mi padre, estoy segura de ello, no me da una oportunidad. Tú sabes, me ve como una inmadura..."

No hubo información acerca de cuestiones sexuales por parte de los padres: peor aún, eran particularmente estrictos con los detalles sexuales en los libros y en los periódicos. Especialmente el padre era el que condenaba el más mínimo interés en esa dirección. Hasta que tuvo 18 años, siguió al pie de la letra las normas, reinstalando así muy fuertemente el sentimiento de ser la hija preferida.

Su madre no estaba muy disponible para sus problemas, la mayor parte del tiempo estaba sobrepasada de trabajo y sólo quería que los niños fueran buenos en la escuela y que no hicieran nada mal. Rosa sentía que era tolerada, y que tenía que ganarse un lugar ayudando a su madre todo el tiempo. No había amigas a las que pudiera comunicarles seriamente sus sentimientos íntimos. En su lugar amaba a las mascotas, y las tuvo durante toda la vida. Sus sentimientos corporales eran un producto total de los mandatos de su madre. Los cambios del cuerpo en relación con la pubertad parecían no afectarle, sólo era sensible a los continuos señalamientos de su madre: "estás muy gorda". Su ciclo menstrual era regular, excepto un tiempo en el que perdió mucho peso. De chica nunca le preocupó el peso. Algo recordeta y no interesada en los deportes, estaba bastante bien a no ser porque absorbía las críticas recurrentes de su madre. A los 16 años, decidió bajar de peso. Restringiendo duramente su dieta, logró bajar de 70 a 53 kg en 7 meses. Fue entonces cuando el ciclo menstrual se volvió muy irregular. El padre interpretó su pedido de ver a un ginecólogo como el deseo de hacerse recetar la píldora para un "comportamiento indecente". Como también mostraba signos somáticos de hambre crónica: fatiga constante, perturbaciones en la circulación, etc., su padre comenzó a intervenir, primero con medidas opresivas, "no podés dejar la mesa hasta que...", y luego amenazándola con la hospitalización. Rosa X aceptó comer algo más decentemente y comenzó a vomitar en secreto. Esto permaneció oculto para sus padres durante más de dos años.

A los 17, comenzó la primera relación personal con un muchacho, con quien compartía el placer por hacer música. Con él se permitió cercanía social, pero sin intimidad física. Por razones obvias a nuestros lectores, eligió estudiar en una región lejana a la casa de sus padres.<sup>5</sup>

O sea que cuando llegó a su primer curso, las primeras cosas que hizo fueron aquellas que sus padres nunca le hubieran permitido hacer. Fue con gran placer que nos informó de las pequeñas cosas "horribles" que hacía en ese entonces. Aún siendo insignificantes mostraban cuánto sentimiento de culpa deben haberle generado en aquel momento, cuando la "chica más decente", la más obediente de esos padres, estaba por dejar la casa paterna.

La paciente sintió la necesidad de contarnos que pronto encontró compañía, una compañía muy estable; se unió a un grupito que se mantuvo a través de los años de estudio.

No hemos tratado de clarificar durante esta entrevista no-reactiva si este grupo de pares representaba otra variante de su estilo de vida complaciente-adaptativo, sólo reemplazado por una relación conyugal al final de todos estos años.<sup>6</sup> Aunque ella pensaba que estaba en un nivel de relación social satisfactorio, la sintomatología bulímica continuaba. Rosa se dio cuenta de que tenía dificultades para estar en situaciones de cercanía social por más de dos

---

<sup>5</sup> En la visión de la paciente, 100 km eran suficientes para sentirse alejada de la casa, lo cual no impedía que sus padres le pidieran que fuera fin de semana por medio. Este pedido, después de un tiempo, llevó a la intervención formal del terapeuta: "El progreso de la terapia implica que esté alejada de su casa por un tiempo".

<sup>6</sup> En verdad, este estilo de apego de la paciente ameriza comentarios especiales. Estoy muy seguro de que ella era la única que caracterizaba las relaciones entre los integrantes del grupito como íntimas. Uno de los objetivos implícitos en el tratamiento fue llegar a tener algún manejo sobre la ambigüedad y la apertura de estas relaciones de pares, para hacerle entender que la lealtad en esas relaciones puede ser peligrosa por cuanto podría dificultar su evolución.

horas. A partir de ese momento, se empezaba a poner nerviosa y agresiva. Sabía que si comía algo se calmaría, y que al mismo tiempo la sola presencia del otro le impediría comer por completo. O sea que comenzó a dosificar cada vez más su caudal de vida social: si se veía obligada a compartir la presencia de otros, luego tenía que retirarse, atosigarse de comida y vomitar.

### Tratamientos

“Luego del primer cuatrimestre supe que no iba a poder seguir así”. La paciente siempre había tenido mucha energía, de manera que pudo arreglárselas para comenzar un programa de tratamiento grupal en el departamento de psicopatología del hospital de su ciudad natal. “Había mucho tiempo para pensar en uno mismo, pero más aún para pensar en los otros del grupo”. Era un grupo mixto de pacientes depresivos, anoréxicos y dos pacientes psicóticos, en un grupo psicoanalítico breve. Ella sintió que se la dejaba sola con sus problemas específicos y que no era tomada en serio por los otros neuróticos: “Sólo tiene que dejar de comer”, le decían los demás. Al cabo de seis semanas, se sentía algo aliviada, tenía una mejor comprensión de sí misma, pero no se había producido ningún cambio básico en sus hábitos alimenticios, de manera que pensó que era mejor continuar sus estudios. Dejó el tratamiento.

Al final del segundo cuatrimestre, estaba en un estado tan deplorable, que fue admitida nuevamente en un servicio de internación. La terapia analítica individual estaba a cargo de una terapeuta mujer. “Esta mujer estaba sencillamente loca. Me sonreía constantemente, aún cuando yo le estaba hablando de experiencias serias y dolorosas. Podría haberle abofeteado ese rostro sonriente. Cuando le pedí que dejara de sonreír, que mantuviera un rostro neutral, esa bruja me dijo que su sonrisa me traía tantas dificultades porque nunca había tenido una madre que me brindara una actitud tan positiva y benevolente”.<sup>7</sup>

En ese momento, el consejo de psicoterapeutas decidió que ella no era apta para terapia individual, redujo en principio sus sesiones individuales de dos veces por semana a una, y le ofreció otro intento. Luego de ocho semanas abandonó, y optó por la participación en un tratamiento grupal otra vez. Allí, el terapeuta varón usaba un lenguaje muy coercitivo, pleno de imágenes vívidas, cargadas de temas sexuales especialmente cuando le hablaba a la paciente; esto le afectaba mucho, se enojaba con él y al mismo tiempo los vómitos empeoraron. Antes de cada sesión grupal tenía que vomitar para poder entrar a la sesión. El terapeuta estaba seguro de que esto demostraba que ella debía estar reprimiendo sus impulsos primitivos. Luego de otras ocho semanas dolorosas y heroicas, la paciente optó por “reprimir” la necesidad de terapia y retomar los estudios: “Realmente estaba buscando poder tener una vida normal, aunque fuera solo disfrutar de algunos trozos”.

El tercer cuatrimestre fue muy penoso, tuvo que atravesar todas las fases hasta llegar a pensar en el suicidio: “Mis terapias habían sido lo suficientemente buenas como para derribar mis paredes, demostrar mis debilidades, pero sin mostrar ninguna alternativa viable. Estaba muy deprimida y desesperada. Algo debía cambiar o bien pronto sería un cadáver”.

Al final de este cuatrimestre, consultó a un psicoanalista senior en la ciudad universitaria, quien le aconsejó unirse a un grupo de auto-ayuda pues, según dijo, la terapia individual no era para casos de bulimia. Como sus padres también le pedían que hiciera algo, se entregó a otros seis meses de espera. Le disgustaba los rituales y las reglas estrictas del grupo de auto-

---

<sup>7</sup> Las lecciones que podríamos aprender de las interpretaciones de los terapeutas no son usualmente bien recibidas por los profesionales: verdad o no, la experiencia de los pacientes con sus terapeutas es un factor decisivo en el resultado. (Ver también Kächele et al., 1985)

ayuda y no podía realmente unirse a los intercambios confesionales íntimos. Pasado ese período estaba harta, y se dedicó a dar los exámenes. Enojada, nos cuenta que su padre no mostraba ningún orgullo por sus maravillosas notas en los exámenes, lo cual la llevaba nuevamente a sus estados depresivos. Se dio a sí misma una última oportunidad con el doctor K.

### Tratamiento con el Dr. K

“Mi ex-compañero de cuarto en el hospital me habló de él.<sup>8</sup> Yo insistí para obtener una cita para una entrevista inicial. Después y durante el tratamiento, él destacó mi fortaleza diciéndome que le puse un revólver en el pecho para dejar en claro que tenía que atenderme.<sup>9</sup> Esta vez, sin embargo, el tratamiento se tornó algo parecido a una charla íntima con alguien en quien uno puede confiar y a quien uno le puede hablar. Me sentí aceptada y bien atendida.

El tratamiento tuvo lugar generalmente dos veces por semana, a veces tres, con sesiones de 50 minutos, en una modalidad de cara a cara. Rosa X nos dijo que le llevó bastante tiempo superar la incertidumbre de qué era lo que se esperaba de ella.<sup>10</sup> “Nunca pude creer realmente que podría hablar todo el tiempo y sin embargo disfrutar de su benevolencia”. Se le dijo que como paciente tendría derechos y obligaciones. Conocía sus derechos, pero sus obligaciones le quedaban poco claras. De manera que continuamente movilizaba su bien desarrollado sentido de la desconfianza, pero nunca encontraba una verdadera causa para desconfiar. Le llevó tiempo poder confiar en él. Los temas del tratamiento, así lo recuerda, giraron primero en torno a la niñez, y a la relación con sus padres. Luego, se focalizaron mucho más en los sucesos actuales y su situación presente, con sus compañeros de estudios. “Fue allí cuando realmente me di cuenta de lo mucho que estaba alterada mi capacidad de trabajo. Luego comencé a ponerme ansiosa cada vez que enfrentaba una sesión, perdía el habla durante la sesión, me olvidaba de lo que quería decir. Me sentía mareada, bloqueada, temblando. Otras veces, hubiera reaccionado agresivamente, hubiera pegado con mis puños en la mesa, o algo así, pero entonces me sentía desamparada, sin control de la situación”. El terapeuta le dijo que ella también podía no decir nada, que era libre de hacerlo sin ser criticada, ya que él no era su papá ni su mamá. Esto la ayudó mucho, dijo, y comenzó a estar callada por períodos más largos sin sentirse culpable. Mirando hacia atrás, ahora puede completar la idea de que ella siempre tenía el sentimiento de ser observada. Luego, en el tratamiento, se dio cuenta de que ella estaba muy preocupada por mantener el control sobre todo, y de que tenía una fuerte necesidad de ver las cosas como en perspectiva. Por eso siempre se negaba a la sugerencia del terapeuta de usar el diván. Yaciendo desnuda allí, habría tenido el sentimiento de ser observada y atacada por detrás. Sentada cara a cara, al menos era una forma de situación protegida. Yacer en el diván también la conminaba a mirar las paredes, pero las paredes no

---

<sup>8</sup> De hecho, su compañera de cuarto le había dado tres nombres a la paciente. El primero, una psicoanalista mujer que inmediatamente, en el teléfono, le señaló que no tendría chance de tratamiento en un plazo corto. El Dr. K. fue el siguiente en la lista. No tenía ninguna información personal acerca de él, salvo que había trabajado en el departamento de la Universidad.

<sup>9</sup> Durante la entrevista inicial, me di cuenta de que hasta aquí la paciente nunca había tenido lo que yo considero “un verdadero trato”, para su condición severa: en mis registros escritos inmediatamente después de la sesión decidí que la paciente sufría de una bulimia nerviosa (axis 1), una personalidad histérica (axis 2), con algunos pocos rasgos esquizoides adquiridos como operaciones defensivas durante la adolescencia.

<sup>10</sup> No es tan difícil imaginarse que ella tuviera que comenzar por sentirse la chica más decente al principio, como tema repetitivo de la relación (Luborsky & Crits-Christoph, 1990).



responden a sus agresiones. ¿Cómo podría haber dejado de lado la oportunidad de disolverlas? Sentada cara a cara le daba la sensación de que las agresiones se podían manejar por mutuo control. Aún así, de tiempo en tiempo, sentía la urgencia de pararse, caminar hasta la ventana para tomar distancia de la situación. En todos estos dos años y medio de terapia nunca pudo hacerlo; si lo hubiera hecho, hubiera sido una manera de sacarse la máscara. Indagamos sobre ello, pero Rosa X no nos contó nada más. De alguna manera resonaba en ella la idea de que no hacer nada era tan intolerable como estar controlada todo el tiempo.

Por ello, en su opinión, el resultado más importante de la terapia con el Dr. K fue el sentimiento fortalecido no sólo de ser tolerada, sino también de tener derechos y de ser querible. Con respecto a sus padres, ella sigue aún muy triste, pues hasta el momento no la comprenden. Pero ha aprendido a delinarse a sí misma. Todavía recuerda cuando por primera vez ejerció su derecho a estar enojada con ellos. Fue allí cuando pudo llorar en sesión. "No pude probar bocado durante algunos días después de esa experiencia".

Tomando un poco de distancia de esos recuerdos, Rosa X nos cuenta que ella continuó escribiendo un diario durante el tratamiento. Su razonamiento era que quería entender mejor sus cambios, si estos ocurrían.

Resumiendo los cambios que tuvieron lugar, ella dice que todavía no encuentra el camino para hablarle a su padre de sus problemas. El sigue insistiendo en verla como una niña desamparada que ella ya no siente ser. De manera que la falta de reconocimiento mutuo es la que los lleva a claras diferencias. Su madre parece estar en una mejor situación, ya que los otros hijos se han ido del hogar.<sup>11</sup> Ahora está al lado de su madre, apoyándola cuando surgen situaciones de tensión con el padre y es a quien su madre más necesita para consultar.<sup>12</sup> Ella misma ha abandonado las peleas con sus padres sobre temas importantes. No cree que pueda tener lugar un cambio en esos viejos patrones petrificados, especialmente porque su padre no está interesado en lo más mínimo en este tipo de cambios.<sup>13</sup> Sin embargo, Rosa X siente que su capacidad de manejar la agresión ha aumentado mucho. Enfrentar a los padres con su plan para casarse fue una instancia particular digna de mención. Realmente piensa que su recién adquirida apertura enriquece su relación de pareja aunque algunas veces el marido siente que ella es demasiado directa.

Rosa X se siente "curada". "Mi vida ya no gira más alrededor de comer". De vez en cuando puede tener un ataque de hambre, un buen signo para ella de que desea algo que no puede obtener y lo suplanta con la comida. Ella cree que el problema está bastante bajo control: vomitar sucede muy de vez en cuando—olvidamos preguntar con qué frecuencia— pero ella misma describe que esa es una herramienta que prefiere conservar. Piensa que es más importante tener las situaciones bajo control, poder identificar su significado, etc. No tendría sentido obligarse más que eso, ya que solo la llevaría nuevamente a la neurosis. "Cuando era joven, mi ideal era ser una mujer esbelta, como mi hermana mayor, quien pasaba por una mujer típica.<sup>14</sup> Ahora pienso que soy bastante independiente de los ideales de la sociedad".

---

<sup>11</sup> Es muy notable cómo sistemáticamente las relaciones con los hermanos se van dejando afuera en esta "reconstrucción" a la que la paciente atrae seductoramente a los entrevistadores.

<sup>12</sup> Es bien conocido el hecho de que a nuestros pacientes les gusta jugar al juego del doctor con sus familiares en una identificación agresiva con los terapeutas. La verdadera dimensión de ello es todavía desconocida.

<sup>13</sup> Algunas pocas inevitables llamadas telefónicas al padre, ya que era el que pagaba, me hicieron partidario de esta opinión.

<sup>14</sup> No es sorprendente que Rosa X haya elegido el mismo tema de estudio que su hermana mayor. Asimismo, el desarrollo de su hermana mayor jugó un rol significativo en el tratamiento. La hermana también se casó sin el consentimiento de los padres y quedó embarazada sin su aprobación, y "sobrevivió".

Más importante que la esbeltez, ella ha logrado conservar una circulación estable y una buena capacidad de concentración. Para su futuro espera hijos, completud en la familia y en la maternidad. Esto podría ser más importante que el éxito profesional. Lo único que no sacrificaría por nada es su hobby: practicar música.

Nuestro equipo, mirando hacia atrás esta vívida descripción de la historia de Rosa X y de su estado actual, está algo sorprendido por la aparente falta de temas sexuales. Solamente aquí y allá, alguna palabra mínima como "si dentro del grupito hubiera habido alguno que me gustara, lo hubiera hecho mi amigo". Ella recuerda haberle dicho al Dr. K. cuando este le preguntó en la segunda sesión acerca de temas sexuales, que no tenía ningún problema. "En ese entonces ya sabía que cuando utilizaba un lenguaje duro, algo huele a podrido en Dinamarca".\*

De acuerdo a su informe, le llevó dos años enteros hablar del tema de la sexualidad. En el tercer año de su análisis parece que lo trató tan minuciosamente que por primera vez pudo tener una relación sexual plena.<sup>15</sup> Dicho sea de paso, el hombre al que se refería no era parte del grupito que la había estabilizado durante los años de estudio.

### Algunas consideraciones sobre psicometría

Los auto-informes sobre sucesos mentales pasados y presentes, son notoriamente dudosos (Nisbett & Wilson 1977). Fue obvio para el equipo de investigación por ejemplo, que la paciente estaba exagerando su estado de salud. Ser investigadores implica ser críticos, por ello sentimos que teníamos que medir con instrumentos. La paciente estuvo muy colaboradora, había tenido un buen tratamiento y quería también que nosotros nos sintiéramos bien tratados. No solo se pasó una tarde haciendo el informe de su historia, sino que regocijó nuestros corazones llenando todos los cuestionarios. Le ofrecimos toda la colección de instrumentos disponibles. Pero, para mantener al lector todavía interesado en esta historia, vamos a particularizar sólo algunos de los resultados obtenidos. Utilizamos el Inventario de Anorexia Nerviosa (ANIS, Fichter and Keeser, 1980) y el Test de Actitud hacia el Comer (EAT, Garner & Garfinkel, 1982) para cubrir la sintomatología; el Inventario Freiburger Personalichkeits (FPI Fahrenberg et al. 1970), para cubrir factores de rasgos de personalidad; y el test Giessen (GT, Beckmann & Richter 1972) para cubrir dimensiones interpersonales de la personalidad. Para el GT, hicimos una experiencia con una consigna inusual, pidiendo a la paciente que completara una versión "como lo hubiera hecho antes del tratamiento" y otra versión "como se siente ahora". En cuanto a la mejoría de los síntomas, estos instrumentos demostraron un cambio bastante satisfactorio, con puntajes bajos en el nivel de sintomatología remanente. La medida de permanencia y conservación del cambio en la personalidad en el FPI registraba que en las escalas "perturbaciones psicósomáticas", "depresividad", "sociabilidad", "extraversión" y "masculinidad", la sra. Rosa X se mantenía dentro del rango normal para su grupo de edad.

Mostró puntajes menores en las escalas "irritabilidad" y "control de los impulsos" y relativamente altos en las escalas "agresividad", "compostura" y "apertura". Había cierto grado de inconsistencia y alguna ambivalencia, ya que Rosa X todavía tenía cierta inmadurez en la disposición emocional, aunque también mostraba bastante auto-confianza. Resumiendo

---

\* *Nota de las Editoras:* Obvia alusión a la expresión de Marcelo en el acto 1º del Hamlet de Shakespeare.

<sup>15</sup> Es de notar que el informe del grupo de investigación ubica la cuestión sexual al final. Esto tiene las descripciones de un modo especial, el especial modo de la histérica de no comunicar a la madre lo que ella inconcientemente siente por el padre. Leyendo el informe recordaba cuán "salvaje", cuán inconcientemente seductora ella se mostró en la entrevista inicial.

el cuadro del FPI, podemos decir que apoyaba la impresión clínica de que se trataba de una persona adulta joven bastante saludable.

Para incrementar la objetividad, pedimos a un cuarto colega (RP) que evaluara los resultados de la comparación forzada pre y post en el test Giessen. El no había visto a la paciente ni conocía ninguno de los otros resultados. Lo que sigue son sus conclusiones solitarias sobre la dinámica del cambio de esta paciente:

“El perfil de cambio testimonia los cambios parcialmente drásticos que existieron entre el estado inicial (visto desde ahora), comparado con el estado en el seguimiento. La identidad del rol social de entonces, extremadamente negativo, que ponía de manifiesto las deficiencias narcisísticas, ha sido reemplazado por una resonancia social muy positiva. El potencial de competencia social ha sido incrementado considerablemente y ahora expresa un alto grado de potencia fálico-narcisista. Las fuertes tendencias iniciales a las relaciones de objeto retentivas, aún esquizoideamente reguladas, dan lugar ahora a la capacidad de relaciones abiertas y confiadas.

El núcleo afectivo ha virado de un patrón depresivo hacia una manera intermedia de colorear sus experiencias. El control de los impulsos no muestra ningún cambio y se mantiene en un puntaje medio. Lo mismo se aplica a la adaptación social. En resumen: en el perfil de seguimiento en el test Giessen se despliega un ideal del modo en que un paciente debería verse luego de un tratamiento exitoso”.

Sorprende el hecho de que en los últimos comentarios, la señora Rosa X exprese que ella está aún muy ocupada elaborando las muchas cosas por las que ha atravesado. Todavía está impresionada por todo lo que la terapia dio vuelta, y quedan cosas que todavía no querría enfrentar. Por eso no quiere tener ninguna terapia más por ahora. Aun así, la vida continuará, ¿verdad?

### Comentarios finales

Esta entrevista tuvo lugar hace más de dos años.<sup>16</sup> Escribir el abundante material fue más agotador de lo que el grupo de investigación había pensado. La empresa en su totalidad había sido conceptualizada como un ejercicio en metodología para poder encontrar nuevas maneras de manejar datos clínicos complejos. Uno bien podría preguntarse junto con Bob Dylan: ¿cuántas veces debe un hombre o una mujer mirar los videos para realmente captar el significado detrás de las palabras? Para los investigadores con menos entrenamiento clínico, es un trabajo arduo captar la noción de significados inconcientes, por eso nos hemos refrenado mucho de hacer conjeturas de tan largo alcance. De todos modos, sentimos que la manera en que Rosa X contaba su historia tenía sentido sin hacer tales inferencias. Apuntaría más bien a la inmensa importancia de las interacciones familiares especialmente durante la adolescencia temprana y tardía en el desarrollo de una perturbación como la bulimia nerviosa, más allá de lo que pudieron haber sido las constelaciones conflictivas tempranas (Lidz 1992). También sentimos que es muy útil focalizar investigaciones sistemáticas en el preciado terreno de los clínicos, para replicar el complejo juicio clínico dentro de un diseño formal de investigación, y así entender mejor los procesos de desarrollo y cambio en los síndromes clínicos. Sentimos que nuestra descripción del desarrollo de la paciente y de sus experiencias terapéuticas tiene más validez intersubjetiva que el reclamo del terapeuta, ya que tres observadores participantes testifican este informe.

---

<sup>16</sup> Mientras tanto la paciente tuvo un hijo. Fue tan importante para ella que me visitó en ULM, obviamente para tener el reaseguro de que a mí no me molestaba que ella hubiera preferido la maternidad a la carrera de pediatría.

## Referencias bibliográficas

---

- Beckmann D, Richter HE (1972) *Gießen-Test. Ein Test für Individual und Gruppendiagnostik*. Huber, Bern.
- Fahrenberg J, Selg H, Hampel R (1970, 1973) *Das Freiburger Persönlichkeitsinventar*. Verlag für Psychologie, Dr. C. J. Hogrefe, Göttingen.
- Fichter MM, Keeser W (1980) Das Anorexia-nervosa-Inventar zur Selbstbeurteilung (ANIS). *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 228: 67-89.
- Garfinkel PE, Garner DM (1982) *Anorexia nervosa: A multidimensional perspective*. Brunner/Mazel, New York.
- Kächele H (1981) Zur Bedeutung der Krankengeschichte in der klinisch-psychoanalytischen Forschung. *Jahrb Psychoanal* 12: 118-178.
- Kächele H, Wolfsteller H, Hössle I (1985) Psychotherapie im Rückblick - Patienten kommentieren ihre Behandlung. *Prax Psychother Psychosom* 30: 309-317.
- Lidz T (1992) *The Relevance of the Family to Psychoanalytic Theory*. International Universities Press, Madison.
- Luborsky L, Crits-Christoph P (1990) *Understanding Transference*. Basic Books, New York.
- Nisbett RE, Wilson T (1977) Telling more than we can know: Verbal reports on mental processes. *Psychol Rev* 84: 231-259.
- Pfeffer AZ (1959) A procedure for evaluating the results of psychoanalysis. A preliminary report. *J Am Psychoanal Assoc* 7: 418-444.
- Pfeffer AZ (1961) Follow-up study of a satisfactory analysis. *J Am Psychoanal Assoc* 9: 698-718.
- Sargent H (1961) Intrapsychic change: Methodological problems in psychotherapy research. *Psychiatry* 24: 93-108.
- Stein M (1988) Writing about psychoanalysis: II. Analysts who write, patients who read. *J Am Psychoanal. Ass* 36: 393-408.
- Stoller R (1988) Patients responses to their own case reports. *J Am Psychoanal Ass* 36: 371-392.
- Strupp H, Fox R, Lessler K (1969) *Patients View Their Psychotherapy*. Johns Hopkins Press, Baltimore.
- Strupp HH (1978) Suffering and psychotherapy. *Contemp Psychoanal* 14: 73-97.
- Thomä H, Kächele H (1989) *Teoría y Práctica del Psicoanálisis. 1 Fundamentos*. Editorial Herder, Barcelona, 1989.
- Thomä H, Kächele H (1991) *Teoría y Práctica del Psicoanálisis. 2. Estudios clinicos* Editorial Herder, Barcelona, 1990.

## SUMMARY

---

Instrumentation in psychotherapy research today not only requires psychometric instruments of an ever-increasing refinement and audiotaped sessions or video-recordings, but it may also need the formalized use of clinically trained eyes. Research interviewing, not by structured techniques, but free interviewing by researchers recorded and evaluated by a group could be a supplement, and intermediary between the clinicians 'and the researchers' world. The basic idea consists of providing a therapy analogue situation to adequately evaluate the experiences and effects of psychotherapy. The following report takes up this idea. It is a retroreport by a former bulimic patient on her life experience, which ultimately led her to treatment. She was asked by her former therapist (HK) —two years after a psychoanalytic treatment had been terminated— if she were available for a retrospective interviewing procedure with a research group. She happily agreed to do so since she felt grateful to him. (She had experienced quite a series of "unsuccessful" therapeutic endeavors—looking back in anger— before). The open, extended 3-hour interview was conducted by a female psychologist with research experience; two female psychology students were also present. The three of them made up the research team. Before the session, the treating therapist (HK) provided them with basic information about Ms. Rosa X, the former patient. After the interview, besides his general involvement with the material, he made some comments that are handled by way of extensive footnoting. The interview was supplemented by the administration of a psychometric battery. A fourth colleague was asked to evaluate the results of one of the tests so as to increase the objectivity of the whole procedure. The changes objectified largely corresponded to the systematized clinical picture.

This report is not directed at focusing on specific psychodynamic patterns in bulimia; its aim is to highlight the potential to learn from patients negative and positive experiences.

At the time of the interview, Ms. Rosa X was 25 years old, had got married a few months ago and was preparing for the second state examination. Her husband was also preparing for final exams. In spite of the strenuous situation she had experienced no relapses of her former disease—severe bulimia nervosa. She told the team the story of her life. She was the fourth and "*most decent child*" of an upward mobile middle class family and she viewed her parents caught in the typical role differentiation. Her mother had given up her job to become a devoted caretaker of the children and the house. Yet, she was not available for Rosa's problems since she was usually overworked and only expected the kids to be good at school. Rosa felt just tolerated and she had to make up for it by helping her mother all the time. Her father had very strong views as to how children should be raised. On the other hand, he was quite vague in expressing his gratitude for such a devoted daughter as Rosa turned out to be. He used to speak out loudly in her direction saying that somehow one of his kids was bound to fail. The girls of the family, especially, were very much controlled by both parents. Rosa felt constantly observed and controlled by her parents, differently in mode by father and mother, but alike in intensity. She got no information about sexual matters from them. Especially the father would condemn even the slightest interest in this direction. Bodily changes in connection with puberty did not touch her, she only resented her mother constantly pointing out she was too fat. At sixteen she decided to lose weight. As a consequence of having restrained her diet severely and having lost 17 kg in 7 months, her menstrual cycle became very irregular. Her demand to see a gynecologist was interpreted by her father as her desire to be prescribed the pill for "*indecent behavior*". When symptoms such as constant fatigue or disturbances of circulation started, her father intervened using different means of oppression, even menacing with hospitalization. She started to eat a little more, but began vomiting secretly, a fact which remained a secret to her parents for over two years. At seventeen, she left home to study at a nearby town. She dared do some "horrible" things her parents would never have approved

of and she joined a clique that stayed relatively stable throughout the study years. But at the end of the first term her symptoms had become worse and she sought psychotherapeutic help for the first time. Her pilgrimage through different kinds of treatment had started: group therapy (twice), individual psychoanalytical therapy, a self-help group, until she finally gave herself a last chance with Dr. K, with whom she established a real therapeutic relationship that led treatment to a satisfactory end. (Ms. Rosa X thought of herself as "cured").

The self-description of her development points to a marked marital tension with a strong, demanding and seducing father and a weak, caretaking mother that provided little help for the patient to develop a positive sense of female identity. The description of her various treatment attempts convey the strong impression that this patient responded negatively to pronounced, demanding therapeutic attitudes which did not allow her to create her subjective space for correcting developmental fixations. A positive therapeutic experience was made possible by using a patient-oriented technique.

In working on the report, the research team deliberately avoided far-reaching conjectures, such as the notion of unconscious meanings.

Yet, from the abundant material of the story, it was possible to grasp the overwhelming importance of ongoing family interactions, especially during early and late adolescence, for the development of a disturbance like bulimia nervosa.

Its is useful to focus on systematic investigations in the heartland of clinicians, to replicate the complex clinical judgement within a formal research design to better understand development and change processes in clinical syndromes.