

Susanne Bauer

“Comer para no ser comido. ¿Musicoterapia en caso de Bulimia?”

(o: “eso soy yo: un puente colgante”)*¹

M. tiene bulimia. Después de dos años de tratamiento, encuentra un instrumento que la identifica: el arquín. Tocándolo y mirándolo por primera vez desde que empezó con la terapia, se percibe en esta estructura frágil y aguda. En los tubos de aluminio que se sujetan con un hilo delgado y firme, que penden al interior de un marco, también de aluminio. Ve fragilidad y transparencia más que sustancia y/o penetración. Aquí está ella, en ese instrumento musical, que se torna símbolo y reflejo de una estructura psíquica, una estructura que ahora puede ser mirado y tocado, golpeado y acariciado por ella o por otro. Un puente colgante.

¿Porqué y cómo la música y instrumentos musicales pueden “tratar” a una paciente bulímica? ¿Qué queremos tratar y cómo, cuando el síntoma es comer desenfrenadamente y luego vomitar? Intentaré de mostrar y compartir mis reflexiones acerca la riqueza de un tratamiento musicoterapéutico en caso de bulimia, a partir del testimonio la misma paciente, su música y mis análisis posteriores.

Cabe destacar que en el caso expuesto, el pronóstico era favorable ya que la paciente concurrió pocos meses después de haber caído en la enfermedad, gracias a la presión de amigos que se habían dado cuenta de su situación. Otras

¹ Susanne Bauer (Ph.D.), Psicóloga clínica y musicoterapeuta, Coordinadora Postítulo en Musicoterapia, Facultad de Artes, Universidad de Chile

pacientes pueden tardar años en llegar a pedir ayuda, la enfermedad se ha tornado crónica y el pronóstico es malo. Una de las características de la bulimia es su aspecto secreto y de invisibilidad y una gran capacidad de las personas de ocultar síntoma y sufrimiento. Todo está bien, aparentemente. Sin embargo, una vez que la persona reconoce su incapacidad de automanejo de su enfermedad admitiendo la necesidad de un tratamiento psicológico, tenemos un gran aliado para la terapia: el sufrimiento diario.

¿De qué sufre una persona con bulimia? Escuchemos a nuestra paciente.

M.: Jamás pense que escribiría sobre mi experiencia en una terapia, jamás ni siquiera tuve la idea de hablar mucho sobre ella, pero es tal vez esa libertad que percibo actualmente, es lo que me ha entregado esta terapia, en realidad, la musicoterapia.

Recuerdo que cuando me hablaron de este tipo de tratamiento, no le encontraba sentido alguno y lo miré con mucha incredulidad. Nunca imaginé que tomar algún instrumento y generar sonidos, me harían encontrar con mis inseguridades... pero ahí estaba, en mis primeras visitas, tratando de producir música

M. sufre de inseguridad: ella pareciera tener una postura extrema frente al mundo, habla de un “jamás” y un “nunca”, de un “sentido alguno” y de un “mucho”. Nos impresiona con un absolutismo y una convicción total, jamás pensó escribir ... jamás pensó someterse a musicoterapia, sin embargo hizo las dos cosas. Es como si hubiera una estructura dura y otra blanda al mismo tiempo, y que, cuando se acercan una a la otra, producen inseguridad.

M.: *En todos esos intentos, de tratar de generar algo armónico, donde la mayor parte de las veces me sentía frustrada y cohibida, fue que comencé a ahondar en mis temores. De a poco fue aflorando, esa necesidad por la perfección, ese pánico a crear sonidos caóticos.*

Sufre, porque se siente frustrada, es víctima de una mente exigente, que se impone con un deseo del todo bonito y de la perfección, se siente obligada e incapaz a la vez de crear algo armónico con los instrumentos. Teme el caos y se cohibe cuando no logra su meta.

M.: *Mis intentos se enfocaban, ante todo, a que mi terapeuta escuchara la hermosa música que yo podía generar. Me costaba desenvolverme y recuerdo que los primeros meses sólo podía tocar por pocos minutos y siempre pendiente de que Susanne, no finalizara de tocar sus instrumentos, para que yo no me quedara sola en esa hazaña.*

Sufre porque no quiere decepcionar al otro, porque quiere regalar algo muy bonito y siente que no puede y que no tiene. Teme que la dejen sola y que la abandonen.

M.: *Al cabo de medio año, creo, fue cuando me di cuenta, que estos temores de imperfección eran los que me perseguían en todo, pero, aunque a mucha gente le quedaba claro que era eso lo que me ocurría, yo sólo pude verlo más claramente a través de mi relación con música.*

Sufre, porque se siente perseguida por los temores de la imperfección y porque no ve ni siente como la otra gente.

Lo específico

Si bien es cierto que hay personas que sufren de lo mismo o de algo parecido de lo que acabamos de resumir, inseguridad, frustraciones por imperfecciones, temor al caos etc., la persona bulímica se involucra con todo, poniendo énfasis en la imperfección de su cuerpo. En la frase que dice que otros ven y ella no, nos habla probablemente de su distorsión en la percepción. Más que realmente ser gordas, ellas se ven gordas, ven lo que otros no ven, sobre todo si al período bulímico precede un período anoréctico, lo que ocurre muchas veces, también en caso de M. Ven cambios milimétricos, pero no ven la totalidad de su figura. Es así como se genera un sistema obsesivo de autoobservación y autocontrol a partir del cuerpo que luego será generalizado: exigen perfección en el rendimiento, en las conductas humanas y no soportan lo mediocre, los grises y las matices. Es todo o nada. Aparece rechazo y asco frente a lo imperfecto, descalificación frente al caos y a la suciedad, intolerancia frente a un mundo diferente.

La construcción del mundo

La construcción de su mundo estaba basada en estas expectativas maximalistas, distorsiones y complejidades. La autoimagen era muy pobre, se sentía lejos de ser una persona perfecta, se sentía la oveja negra de la casa, la más fea, la más gorda, la menos inteligente. A partir de sus convicciones no sabía cómo establecer relaciones de pareja, ya que no les creía a los hombres cuando le decían cosas positivas, creía que eran mentiras y que la querían engañar. Sin embargo, sus amigas le decían que ella era coqueta, desafiante con los hombres, lo que ella negaba rotundamente. Se orgullecía porque sus pechugas eran planas, descalificando tamaños superiores al propio. Describía las pechugas como una masa de grasa que colgaba por allí, que no servía para nada y no quería que alguien se las mirara. Negandolas, no usaba sostén, sí usaba camisetas sueltas y muy abiertas, sorprendiéndose que los hombres hacían exactamente lo que ella

quería evitar: mirarla. Su edad mental con su edad cronológica no coincidían, quería ser la chica de siempre, la niña alegre que alegraba el corazón de los demás, el payaso de la familia, lo que había sido durante su infancia.

Quería ser autónoma, tener libertad y andar con grandes. Quería que la miraran como persona grande en sus capacidades intelectuales, le gustaba discutir con entusiasmo temas de grandes. Pero no quería que la miraran como mujer grande, porque la imagen de su cuerpo no la acompañaba. Quería dejarlo chico. Los impulsos eróticos y sexuales tenían que ser reprimidos, solo permitía relaciones platónicas, la idea de tener relaciones sexuales la asustaban.

Su relación con la comida

M. no soportaba ir al cine en funciones vespertinas porque no podía soportar el ruido de personas que comían palomitas. No podía ella misma tampoco comer en la calle, sentía que alguien la podía observar y escandalizarse, porque esto no se hacía, todo eso era desorden y caos. Lo percibía como una suciedad psíquica. Otras asociaciones referido a la comida eran las siguientes: *en la casa hay siempre mucha comida, demasiado. Es mi mamá. Ella compra y prepara tanto. Siento que es su forma de conquistarnos, de mostrar amor. No me gusta. Porque después te critic.* M. siente que su madre no es consistente, no es segura si la mamá la quiere o. Cree que sí, pero las señales verbales y no verbales le dicen otra cosa, le cuesta aceptar a su mamá. *El día domingo, almorzamos todos juntos. Hay cosas ricas. Pero después de poco rato estamos discutiendo, no se puede disfrutar de la comida. Muchas veces terminamos peleando, mi mamá con su mamá o yo con mi hermana. Mi hermana chica come demasiado, me da asgo. Está engordando mucho, nadie dice nada, le compran todo lo que quiere. Son demasiados gordos, mi madre, mi padre y mi hermana. No se cuidan.*

Los ataques bulímicos

M. siente necesidad de comer desenfrenadamente cuando toma conciencia de que ha sido agredida verbal o noverbalmente, cuando siente que otros la atacan. Muchas veces no se da cuenta en el mismo momento, sino días después, por ejemplo, cuando ha tenido un nuevo ataque de bulimia. Siente que se meten, que la invaden y que le hacen daño y que ella no sabe como evitarlo. Se siente impotente y expuesta en una situación hostil. Suben sentimientos difusos y se quedan allí. Siente sobre todo mucha rabia, por no tener defensas ni palabras para rehussar al enemigo, ni para suportar la situación y la tensión que se generan. Siente la necesidad de aplastarlo todo. Transforma la comida en su enemigo, y puede triunfar cuando logra expulsarlo. Acepta y necesita que le duela, ya que se produjo la pelea. Junto con sentir un logro, siente vergüenza, culpa y desesperación, es decir, la victoria no es victoria tampoco. Su máxima desesperación es cuando no logra vomitar, esto es cuando el sueño le gana, cuando no queda fuerza para vomitar. Una culpa aún mayor la invade. Para castigarse no come al día siguiente. Se da cuenta que su libertad de comerlo todo, en realidad no es libertad, es el descontrol, una libertad controlada por las compulsiones.

Es una circulo vicioso, un sin sentido. Es inevitable, una lucha interna constante. La comida es amiga y enemiga al mismo tiempo, es buena y mala, es algo que se necesita y algo que se rechaza. La división y la lucha interna dejan heridas profundas. Dice la musicoterapeuta Tarr-Krüger (1999) que la palabra clave en el tratamiento de la bulimia es la de integración de las dos partes que dividen a la persona. El cambio solo es posible cuando se reconoce la verdadera necesidad psíquica. Cuando se reconoce que el síntoma es una protección frente a un dolor profundo, una defensa frente a una realidad insuportable y que la única que necesita alimentarse bien es el alma.

Indicación para un tratamiento musicoterapéutico

Según Henk Smeijsters (1999) un tratamiento musicoterapéutico está indicado

1. cuando existe un sufrimiento psíquico,
2. cuando las necesidades de la persona se encuentran en algunos aspectos de la música,
3. cuando las necesidades psíquicas pueden ser abarcadas con música,
4. cuando la persona se puede contactar mejor con su problema a través de la música y
5. cuando la persona tiene afinidad con el medio, en ese caso la música.

Descripción del caso clínico. El tratamiento musicoterapéutico. Los primeros pasos. La necesidad psíquica de la paciente y lo que la música puede dar y hacer

Descripción del caso clínico

Cuando llega por primera vez a terapia, M. tiene 19 años. Los ataques de bulimia se producen hasta siete veces al día desde hace cuatro meses. Los padres desconfían de una psicoterapia, pero ceden ante la petición de su hija. Para el padre, él debería controlar esta situación en su rol de médico. Es un fracaso a nivel personal y familiar, es algo que rompe el mito de la familia perfecta.

M. tiene muchos temores e inseguridades. También tiene rabia, con ella, con la madre, con el padre, con Chile. Con ella, porque su cuerpo no corresponde a la imagen de mujer perfecta, porque se encuentra gorda y no sabe controlarse, se siente fea y diferente, siente que hace mal las cosas. Con la madre, porque es controladora, invasora, irruptiva, dura, crítica, descalificadora con ella, pero descontrolada con ella misma. Este último con relación a la comida y con relación al consumismo material. No le cree sus sentimientos, no le gusta que la madre no puede mostrar pena, solo rabia. No le tiene mucha confianza. Con el padre tiene

rabia, porque mantiene la imagen de familia perfecta hacia fuera. Con Chile, porque todo es caótico.

Con el padre, aparte de la crítica que le hace, hay mucha cercanía, es la persona ideal, perfecta, sobre todo inteligente, comprensivo, generoso, él que sabe escuchar. Sale con él a conversar, le escucha sus problemas laborales, lo aconseja y le hace caso. Tiende a protegerlo a trata de no causarle preocupaciones. Tiende a identificarse con él y siente mucha culpa cuando lo hace sufrir. Los primeros ataques bulímicos aparecieron cuando el padre estaba emocionalmente muy afectado por la salida de la casa de la hermana mayor. Su hermana le había contado a M. de sus planes, lo que transformó a M. en complice sin querer serlo; no lo podía contar al padre, lo que interpretó como una deslealtad. Se sintió muy culpable por eso.

M. no tiene muchas palabras para explicar o describir su sufrimiento No es capaz de alimentarse bien, no se cuida bien. A veces, se expone a situaciones peligrosas como manejar bajo la influencia de alcohol. Su enfermedad le muestra todas sus debilidades. La enfermedad hace que los padres la controlan más. Le prohíben las salidas o le ponen horarios estrictos. Vigilan cuando va al baño etc. Se siente peor y se desespera. Lloro mucho y pelea mucho, sobre todo con la madre. No quiere que la controlen. Quiere su libertad, pero al mismo tiempo admite que no es capaz de controlarse sola.

Libertad sin abandono. Libertad sin descontrol. *Me costaba desenvolverme y recuerdo que los primeros meses sólo podía tocar por pocos minutos y siempre pendiente de que Susanne, no finalizara de tocar sus instrumentos, para que yo no me quedara sola en esa hazaña.*

El tratamiento musicoterapéutico

En Musicoterapia, más específicamente, en la improvisación musical, pasan cosas inesperadas. Partiendo del concepto de la analogía entre estructuras musicales y estructuras psíquicas, confiamos que en la improvisación las estructuras psíquicas se sienten movidas y tocadas. En la segunda sesión, la improvisación entre pezuñas (M.) y tambor africano (P.) muestra una estructura psíquica de la paciente hecha música: la inseguridad y dependencia, la necesidad de afecto y el temor al abandono. Se produce una relación de “quedarse pegado”, que musicalmente tenía forma de imitación. Las pezuñas siguen y se quedan pegadas en el ritmo del tambor. La dependencia por un lado, la imitación perfecta por el otro. Emocionalmente, está la niña que necesita mucha cercanía y racionalmente la que sabe mucho y que lo hace todo muy bien, una imitación casi perfecta. La imitación crea mucha cercanía e incluso, según los psicólogos evolutivos, es indispensable para el aprendizaje del lenguaje y es el primer paso hacia la autonomía. El dilema de mi paciente era cómo salirse de eso, cómo despegarse y cómo volver a tener una distancia. Sentía que estaba presa y que no podía controlar o regular su participación musical, el espacio afectivo. Sentía miedo, que esto podría conducirla a una dependencia o incluso a la no existencia. Sentía miedo a tocar diferente, porque podía ser dejada y abandonada.

Primeras reflexiones acerca del tratamiento

Apropiación: En el caso de M. era importante que pudiera **llenar los vacíos**, digerir la música, aceptar y apropiarse de músicas y sonidos para llenarse sin engordar, llenarse de afecto y ensuciarse sin quedar embarazada. Apropiarse de cosas buenas, alimentarse bien para luego dar ella cosas auténticas, sin tener que cumplir la imagen de niña perfecta. **Ordenamiento:** También era necesario que pudiera regular la necesidad de **orden**, sin imponerse rigideces, o ideas absolutas, permitiéndose los tonos grises. La regulación del orden tenía que incluir la idea del

caos y del desorden, algo que asustaba a M. La autonomía viene con la seguridad y con la confianza en sí mismo. Se puede estar solo, sin sentirse abandonado, cuando se tienen estructuras internas sólidas.

Despliegue: finalmente regular su necesidad de **libertad**, permitiéndose el descontrol, el goce y el disfrute. Saber cuando algo es juego y cuando es realidad y saber como relacionar el juego con la realidad. Cuando se juega con los sentimientos, cuando se es coqueto y qué significa eso en la realidad. Cuando hace de payaso, no siente vergüenza, cuando siente emociones “de verdad”, sí, viene la vergüenza.

En ese sentido podríamos decir con Smeijsters (1999) que las funciones y los aspectos de la música son complementarias a las necesidades de la paciente. Tocando juntos, se puede lograr la integración, la alimentación del alma, la protección y la libertad. El orden y también el desorden, la autonomía y la conciencia de realidad y de juego.

Primeros avances

Escuchemos una música cuando la paciente, en una improvisación posterior, lentamente comienza a recibir y digerir sus propios sonidos y los de la Musicoterapeuta. Escuchamos como ella transforma lentamente un fragmento musical en una forma muy melodiosa y expresiva, acompañada solo por un sonido constante, una presencia que no invade.

MUSICA 2

M. logra a retener y a tener paulatinamente los sonidos, darles una forma, un principio y un fin, una estructura musico-lógica. Respecto al concepto de “tener”,

se dio cuenta que con relación a las relaciones de pareja, le basta conquistar, saber que el otro “picó”. Una vez que “tiene”, admite no saber qué hacer. Siente que su método para manejar la conquista es el siguiente:

Seducir (le da mucha vergüenza admitir esto) – tener – expulsar – sentir culpa

En música se produce casi la misma situación. En una improvisación, llamada “tener”, ocurre lo siguiente: la paciente elige las maracas, la mt el tambor africano. M. se da cuenta que la mt ha usado bastante el mismo instrumento y exclama: *tu siempre usas ese instrumento* (observación que tendría que ver con la temática del “tener” y saber qué hacer cuando uno tiene). En la música, ella observa que siempre hace lo mismo: tocar despacio primero, aumentar hasta llegar a un climax para luego tocar sin control. No le gusta esa parte de descontrol y no lo puede evitar, es más fuerte, es casi compulsivo, al igual que sus ataques. Sentía que no sabía qué hacer con lo que tenía musicalmente, como ella manipularlo y trabajarlo. Sentía que se lo escapaba y que la música la tenía a ella y no viceversa. En un minuto pensó cambiar de instrumento, dice, para tocar más fuerte que la mt - pero no lo hizo. No lograba cambiar su manera de tocar para lograr ese efecto. Encuentra que la música de la mt se parecía a la mamá y asocia:

*Mi mamá quiere **tener** de todo. Es golosa, siempre quiere algo más grande, más bonito que la otra gente. No me gusta. Cambia a cada rato los muebles, los pone de un lugar a otro sin preguntar a nadie. Por el otro lado, cuando uno le regala algo, algunas veces lo devuelve, no puede recibir, ni palabras, ni cosas. Ni siquiera cuando le dicen cosas buenas. Como que no le entran las cosas. No escucha tampoco. Lo mismo la abuela. Nada les hace **efecto**.*

Para la paciente siempre fue muy difícil “tomar” alguna idea musical de la mt. y adaptarla o transformarla en algo nuevo. O imitaba mucho o se aislaba musicalmente, escuchando a la mt, pero sin acercarse a ella. Le era difícil acercarse y alejarse en una misma improvisación: o estaba muy cerca o muy lejos. Solo hacia el final del proceso musicoterapéutico empezó a conectarse en forma diferenciada con el otro instrumento. Estaba con más confianza y seguridad, más estructura interna propia. Lograba incluso tocar sola, lo que en un principio le era impensable. Sentía orgullo cuando lo hizo. No se sintió ni sola ni abandonada. Lo hizo con el dulcimer que de a poco se transformó en el instrumento preferido de ella. El arqún era el instrumento de la M. antigua, el dulcimer, igual de dulce pero mucho más sólido, le permitió el camino hacia la autonomía.

Los ataques de bulimia disminuyeron considerablemente. Se podría decir que pasaban meses sin ningún ataque, en determinadas circunstancias, bajo mucha presión en la universidad o frente a incertidumbres, volvía uno u otro. Pero ya no lo sentía como antes, no sentía la misma culpa. Desde mi punto de vista, faltó un último paso que hacer: disfrutar del caos, ensuciarse más y sin vergüenza. Las circunstancias hicieron que se interrumpiera la terapia por muchos meses.

Se agradece a la paciente su colaboración con este trabajo.

En los últimos meses recordé cuánto me costaba lidiar con los instrumentos y me pareció increíble, como ese pánico fue desapareciendo de a poco, y cómo ahora, cuando me ponía a generar sonidos, lograba desconectarme de todas las inseguridades que pudieran rondarme y ahondar en mis sentimientos. Creo, que de alguna forma, lo que me generó una absoluta confianza en esta terapia, fue ver que muchas veces no lograba hablar de lo que me ocurría, pero, cuando me proponían hacer una interpretación musical de aquellos temas, en seguida lograba “hablar con notas” sobre mis dolores, mis miedos y mis rabias. Analizando estos

casi cuatro años de terapia, puedo distinguir cómo mi música se ha ido limpiando, cómo cada vez que tomo un instrumento, lo hago con más confianza y los sonidos que aparecen son más suaves y menos caóticos.

El escuchar los sonidos que uno genera y darse cuenta que éstos han cambiado de manera positiva, reflejan lo que uno ha logrado mediante esta terapia, donde, los instrumentos y sus sonidos, te hacen sentir en libertad para expresarte.

Bibliografía

Frohne-Hagemann Isabell (Hg.): Musik und Gestalt. Klinische Musiktherapie als integrative Psychotherapie, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1999
Smeijsters, Henk: Grundlagen der Musiktherapie, Hogrefe, Göttingen, Bern 1999