

"DEL NOSOTROS AL YO"

La psicoterapia de grupo en el estudio y tratamiento del enfermo psicossomático

J. Carlos Mingote

Francisco Martí

Pilar Pérez

Francisca Denia

Javier Lara

Rafael Fernández Dopico

PSIQUIATRÍA DE ENLACE

Nuestra idea central en este trabajo es la de que la psicoterapia psicoanalítica de grupo puede ser un eficaz instrumento, a la vez diagnóstico y terapéutico del paciente psicossomático, en la institución asistencial pública conocida como Hospital General, a la cual suele ser conducido el enfermo en la fase aguda de la somatización.

Esquemáticamente **diferenciamos dos escalones asistenciales que interactúan:**

1) El primer escalón es el de la Interconsulta médicopsicológica en la fase de hospitalización (Pasnau, 1975; Gómez, 1987; Stotland y Garrick, 1990), donde desarrollamos ideas cercanas a las de la escuela argentina de Garma y Pichon-Rivière (Ferrari y cols., 1973; Ferrari y cols., 1979) y a la anglosajona de Lipowski y del Massachussets General Hospital (Hackett y Cassen, 1987). Al tratarse de una situación traumática de amenaza aguda, fundamentalmente por la pérdida de aspectos del self (salud, independencia, actividad, etc.), se destacan técnicas como la de psicoterapia de urgencia e intervención en la crisis, y la que Winnicott denominó de "la consulta terapéutica" (Winnicott, 1971). El trabajo de formación psicológica del equipo médico puede realizarse a través de grupos tipo Balint (Balint, 1957).

2) El segundo escalón es el tratamiento psicoterápico del enfermo psicossomático, individual o de grupo, durante su hospitalización y cuando ha sido dado de alta. Desde hace quince años, primeramente, en la Fundación Jiménez Díaz y luego en el Hospital Doce de Octubre, estos grupos se componen de ocho o diez pacientes. Se realizan una vez por semana, con sesiones de hora y media de duración, son relativamente homogéneos y gratuitos, en régimen de coterapia y sí es posible con el médico especialista como observador. Siguiendo la regla habitual de la libre asociación se interpreta el conflicto psíquico inconsciente y las resistencias que se oponen al tratamiento, tanto a nivel individual como grupal. Son de largo curso y otros especialistas conducen los tratamientos somáticos.

EL PSICOANÁLISIS Y LA SOMATIZACION EN FREUD

La aplicación del psicoanálisis en la terapéutica psicossomática (Alexander, 1950; Deutsch, 1953; Giovacchini, 1963; Tomás, 1989) ha seguido diversas modalidades técnicas, reconociéndose, desde los primeros trabajos de Freud (Freud, 1895), las

especiales dificultades que presenta el paciente con un compromiso orgánico importante. La retracción libidinal narcisística secundaria puede configurar un bastión resistencial difícil de superar. Ya desde los "Historiales clínicos", abundan las consideraciones de Freud sobre los fenómenos de somatización, tanto por el lado del mecanismo de conversión como en cuanto a las neurosis actuales. Cuando en "Los caminos de la terapia psicoanalítica" (Freud, 1918) reflexiona sobre la introducción de aquellas modificaciones que puedan significar un progreso, Freud señala el peligro de las mejorías sintomáticas precoces en el curso del tratamiento psicoanalítico que amenazan su continuidad. Escribe que "... el enfermo a medias curado puede también emprender caminos más peligrosos, por ejemplo, ligarse irreflexiva y precipitadamente a una mujer", o que "las sustituciones más corrientes de la neurosis son, en estos casos, una boda irreflexiva y desgraciada o **una enfermedad orgánica** (los subrayados son nuestros), situaciones que satisfacen especialmente la conciencia de culpabilidad (necesidad de castigo) que mantiene a muchos enfermos tan tenazmente adheridos a su neurosis. El sujeto se castiga a sí mismo con una elección matrimonial poco afortunada o acepta como un castigo del Destino **una larga enfermedad orgánica** y renuncia entonces muy frecuentemente a una continuación de la neurosis".

El enfermo podrá buscar la satisfacción sustitutiva de los síntomas "en la cura misma, en la relación de transferencia con el médico...". Freud insiste en la importancia de la abstinencia del analista, a diferencia de algunos tratamientos médicos no analíticos, que "tienden exclusivamente a hacer que la cura resulte lo más grata posible, para que el enfermo busque de nuevo en ellos un refugio cada vez que la vida le presente alguna de sus dificultades". Así se distancia del psicoanálisis activo de Ferenczi, y Freud formula que "nuestra labor médica consiste en revelar al enfermo neurótico sus tendencias reprimidas inconscientes, y descubrir con ese fin las resistencias que en él se oponen a semejante ampliación de su conocimiento de sí mismo".

En Psicoanálisis y Medicina (Freud, 1926) pone en boca de su imparcial funcionario imaginario que "sería hartamente singular que también se consiguiera dominar por este medio **fenómenos puramente somáticos**, tales como vómitos, diarreas y convulsiones...", suprimiéndolos por efecto de la sugestión hipnótica, que además "labora mucho más rápidamente". Más adelante Freud escribe que "durante el curso del tratamiento analítico pueden surgir **síntomas generalmente somáticos**, de los que no se sabe bien si deben ser incluidos en el cuadro general de la neurosis o referidos a una naciente enfermedad orgánica independiente de ella. La solución de esta duda debe ser también encomendada al médico". Explícitamente, "**no es nunca conveniente reunir en una sola mano dos tratamientos, el psíquico y el orgánico**".

Aún en el capítulo VI del "Esquema de psicoanálisis" (Freud, 1938) plantea una fuente de resistencia al tratamiento psicoanalítico, **la necesidad de enfermedad o sufrimiento** por sentimiento de culpabilidad, "por un superyo que se ha tornado particularmente severo y cruel", "... pues, aunque muchas veces nos permita superar una forma de neurosis, se dispone inmediatamente a sustituirla por otra, y en último caso por **una enfermedad somática**". "Al luchar contra esta resistencia deberemos limitarnos a hacerla consciente y a tratar de demoler poco a poco el hostil superyo".

"**El instinto de autoconservación** parece haber sufrido una inversión de signo. Tales personas no parecen perseguir otra cosa sino dañarse a sí mismas y autodestruirse", por "una liberación, en cantidades excesivas del instinto autodestructivo dirigido hacia dentro. Estos pacientes no pueden tolerar la curación por nuestro tratamiento, al que oponen resistencias con todos los medios a su alcance".

Sin perder de vista todas estas investigaciones de Freud, no es menos cierto que el síntoma somático puede constituir el fenómeno manifiesto a través del cual iniciar una investigación psicoanalítica que conduzca al esclarecimiento de los contenidos latentes conflictivos.

PSICOTERAPIAS EN PACIENTES SOMÁTICOS

De entre las técnicas psicoterápicas derivadas del psicoanálisis destacan las "terapias psicósomáticas breves" y las "terapias a largo plazo" o "consultas terapéuticas espaciadas", desarrolladas por la escuela psicósomática de París (Marty, de M'Uzan y David, 1963). Se advierte que "la simple investigación psicósomática de un adulto requiere las mayores precauciones so pena de un agravamiento de la enfermedad, de un riesgo a veces mortal" (Kreisler, 1985). Marty "denuncia incansablemente los riesgos de la aplicación al paciente de los métodos tradicionales, tal como son los ejercidos para la patología mentalizada, las neurosis o las psicosis, por ejemplo" (Marty, 1985). En su conferencia en Madrid decía que "nuestra tarea de psicoterapeuta es a menudo empírica, viene del principio según el cual las mejores defensas orgánicas van de la mano del mejor funcionamiento preconsciente de los pacientes implicados, en todas las enfermedades, y en todos los estados de los pacientes".

Otros autores han propuesto la "relajación analítica", el "psicodrama psicoanalítico" (Anzieu, 1981), las "psicoterapias focales" (Alexander y Frensch, 1946; Balint, 1985). Para Balint **"la técnica terapéutica más importante de la medicina psicósomática es la psicoterapia"**

PSICOTERAPIA DE GRUPO EN PACIENTES SOMÁTICOS

Con los comienzos de la psicoterapia de grupo, Pratt organizó, en Boston y en 1905, un primer grupo con tuberculosos. Como enfermos debilitados que eran, se veían expuestos al rechazo y al temor de la comunidad, visto lo cual Pratt les reunía, en número de veinte o treinta y una o dos veces por semana, para alentarles con las explicaciones que les leía sobre los tratamientos adecuados a su enfermedad. Una enfermera visitaba a los que, por su estado, se resistían a volver al grupo, mientras que quienes se sentían mejor acudían para contar en qué se habían visto ayudados. Este proceso de identificación a través de las "clases" fue aplicado a hipertensos, a ulcerosos gástricos y diabéticos (Sadock y Kaplan, 1983).

Con una filosofía similar y ya en nuestra década han proliferado los llamados "grupos de autoayuda". Existían asociaciones de diabéticos y se forma una Asociación de lucha contra las enfermedades renales y una Asociación de enfermos renales, o una Asociación de enfermos coronarios. La O.M.S. estimula estas iniciativas en su programa "Salud para el año 2000". Estos enfermos crónicos se proponen una mejor adaptación a la crisis vital específica que va ligada a su diabetes o nefropatía, a su hemofilia o colitis, a su cardiopatía. La adaptación aumenta gracias a la dependencia grupal mutua que les identifica en la enfermedad; sin embargo, no siempre es fácil la colaboración de estos grupos con las intervenciones sanitarias de los profesionales habituales, o la comprensión por los especialistas del apoyo prestado por estos grupos. Por otra parte, en ningún momento sus miembros se proponen explorar profundamente la psicodinamia de cada individuo enfermo o los elementos psicopatológicos que puedan pesar en el funcionamiento de la personalidad.

Los grupos de autoayuda, y probablemente muchos grupos de enfermos psicósomáticos que se tratan como tales en centros de salud y por los equipos de atención

primaria (Friedman y cols., 1979), se mantienen como grupos de carácter homogéneo, con un enfoque pragmático y un reduccionismo conductual.

Esta insistencia del mismo grupo en la homogeneidad basada en el síntoma somático choca con la investigación psicoanalítica. Freud, en la misma época en que escribía *Tótem y Tabú* y en la que se enfrentaba con rebeliones grupales dentro de la Sociedad psicoanalítica de los miércoles en Viena, escribía a Ferenczi que él no era el superhombre que este discípulo había construido en su imaginación. El grupo se formaría con el deseo de la autoridad sin restricciones que se forma según su propio ideal (Kanzer, 1983).

Para Wolf (1983) el grupo de orientación psicoanalítica apoya precisamente la individuación y la recuperación del yo reprimido y del self perdido en cada miembro del grupo. Se interpreta el sometimiento al grupo como antes a la familia y en un mismo síntoma psicósomático se encuentran distintos orígenes y motivos de mantenimiento, en función de la biografía de cada enfermo. Por tanto, **la posición que el terapeuta de un grupo con pacientes somáticos adopte condiciona la relevancia de los elementos potencialmente heterogéneos**, presentes en cualquier grupo.

Grinberg, Langer y Rodrigué (1957) hablan de estos grupos terapéuticos especiales dentro de su aportación sobre psicoterapia del grupo, bien conocida en los países de lengua castellana. Si bien se podría usar resistencialmente el síntoma somático para negar el conflicto psíquico, en el grupo es posible tomar conciencia de las distintas **significaciones** del síntoma para integrarlas. La curación somática de uno de los miembros podría, por identificación o envidia, desintegrar al grupo, no obstante, lo cual encuentran los autores altos porcentajes de mejoría, y a pesar de las **resistencias institucionales**, tanto de médicos como de enfermeras, respecto de los tratamientos psicológicos. Dado el riesgo continuo de agravación somática y para la misma vida de los pacientes, precisan de un manejo técnico diferente. Para ello se prestará atención **a lo especial en la contratransferencia**, porque el terapeuta ha de analizar la culpa y la idealización de la que inconscientemente es objeto, las posibilidades y las limitaciones de su acción psicoterápica. Es necesaria **la colaboración con el clínico** ante el peligro de actuación en lo somático de un colítico o de un hipertenso.

Grinberg y cols, citan los mecanismos básicos observados por Usandivaras y Tronquoy en un grupo de hipertensos, quienes centraban sus discusiones sobre los regímenes. Sometiéndose al régimen estaban controlando el peligro de muerte, y se defendían frente a las palabras del terapeuta grupal. Vivían a éste mágicamente, tanto por el tipo de curación que esperaban como por el temor que proyectaban en el grupo con base a sus fantasías de escena primaria.

En la literatura sobre el tema se informa de la aplicación, en la década de los años setenta, de técnicas grupales en parapléjicos, en un grupo de somatizadores, en rehabilitación cardíaca y en postinfartados a los que se abordaba por su mezcla de negación y de depresión, en asma crónico severo, en dolores benignos intratables, en artritis reumatoide y en mujeres obesas (Stein, 1983).

Ya en nuestra década, un grupo de estudiosos psicósomáticos de Heidelberg ha insistido tanto en las modificaciones técnicas como en el análisis de la relación costo/beneficio (Rad, 1979; Deter, 1988; Deter y Allert, 1983). Por sus dificultades en experimentar y en expresar afectos mientras están fijados en algún tipo de queja física, parece esencial que estos enfermos se sientan aceptados y ayudados en la traducción de sus quejas "mudas" dentro de la relación médico-enfermo. La psicoterapia de grupo ayuda a extender las partes sanas de cada personalidad mediante la nueva experiencia emocional

que supone. Cuando compararon dos grupos de asmáticos, uno tratado de esta forma y otro no, se reducían a la quinta parte los días de hospitalización y de ausencias laborales. El número de visitas al médico, así como el uso de esteroides y de simpaticomiméticos disminuía significativamente.

Las alteraciones "funcionales" presumiblemente psicógenas entran frecuentemente en la discusión de los criterios de indicación de grupo para pacientes neuróticos (Kibel, 1983). Si se formula el plan terapéutico, utilizando la DSM-III-R, contamos con el eje III de la clasificación para tener en cuenta la gravedad o cronicidad de la mala salud física de un paciente. El grupo especializado de enfermos somáticos proporcionará apoyo cuando la enfermedad predomina en la etiología del trastorno neurótico, pero, si es el trastorno neurótico quien complica masivamente el tratamiento de la enfermedad física, un grupo especializado reforzará por identificación la imagen minusválida del self y podrá descender la adherencia del paciente neurótico al tratamiento somático.

Cuando la sintomatología física se enmarca en un trastorno de ansiedad o en una neurosis obsesivo-compulsiva puede indicarse la psicoterapia de grupo habitual. El problema de la selección se presenta más bien con los pacientes con **trastornos somatoformes**. Hay publicadas experiencias positivas con grupos de enfermos con adicciones poliquirúrgicas; aunque, en general, se piensa que los trastornos por somatización son malas o difíciles indicaciones para cualquier técnica psicoterápica. Dada la escasa motivación psíquica de estos enfermos, los abandonos son altos, y en el grupo se tiene la sensación de que son los "intratables", siendo frecuente observar en ellos tendencias depresivo-masoquistas y unas rígidas pautas de carácter.

Consiguen comunicarse mejor cuando reviven, entre lo heterogéneo del grupo, relaciones familiares subyacentes tan patológicas como las que se encuentran en la organización borderline de la personalidad y en la patología del carácter, y disminuyen entonces sus demandas manipulativas. Cuando llevan años con el trastorno psicósomático, se sienten muy diferentes del resto de las personas y prefieren verse apoyados entre gente con problemas similares. Con esta vivencia, a veces y llamativamente, mejora el funcionamiento familiar y laboral y disminuye el uso de la medicación y de las consultas médicas en la institución sanitaria. Se llega a una toma de conciencia respecto de las correlaciones biográficas, no sin antes resistirse en el grupo mediante la proyección de la hostilidad sobre el mundo externo. Como grupo, justificaban su retirada social mediante la creencia de que eran sólo los demás quienes habían fallado. Al caer en la cuenta de las relaciones perturbadas que se revivían en el grupo se podría evitar la recaída en una depresión más profunda, el abuso de sustancias y de procedimientos medicoquirúrgicos.

En cuanto a los **síntomas de conversión** parecen poder tratarse si se consigue conectar el tema del grupo con la aparición del síntoma conversivo y con los afectos previos; pero los beneficios son más dudosos en las personalidades histriónicas graves. En los grupos homogéneos de pacientes con **dolor crónico psicógeno** se va redirigiendo hacia el terapeuta la hostilidad inaceptable e internalizada que antes, como no desaparecían los dolores, se llevaba a los médicos.

Los déficits narcisistas de estos enfermos parecen mermar la cohesión de un grupo al que, por otro lado, se anhela como protector. El reconocimiento de los déficits yoicos y de aquel conflicto psíquico por el que, a través del dolor físico, se niegan los deseos inmaduros de dependencia mientras se vuelve la hostilidad hacia el self, consigue aliviar la preocupación corporal exagerada, disminuye el consumo de medicación, y mejora la

sociabilidad ya desde dentro del mismo grupo. De acuerdo con la revisión de Kibel que comentamos, los pacientes **hipocondríacos** con una gran retracción narcisista necesitan un enfoque técnico similar al de otros trastornos de índole narcisista.

Para Stein (1983), el tipo de reacción emocional excesiva, y de transferencia simbiótica regresiva y primitiva, que es la propia de los pacientes psicósomáticos, puede tratarse bien en psicoterapia de grupo. La intensidad de los impulsos transferenciales se difunde entre los miembros con los que se comparte la sesión, y se atenúa la necesidad de una gratificación directa por el terapeuta, quien se convierte en una figura idealizada con la que se identifican los pacientes. Estos no son conscientes de su rígido estilo de interacción y van a ser ayudados por sus compañeros de grupo en la comprensión de los rasgos patológicos en su carácter. Se encontrarán rasgos pasivoagresivos y masoquistas, excesos histéricos, y, en definitiva, defensas primitivas que se van a poner en juego en la interacción grupal, por lo que se podrá pensar que en ellas se centra la psicopatología de enfermos crónicos tales como los reumáticos, hipertensos o cancerosos.

Estos "analfabetos emocionales", como se les ha denominado, pueden colocar en el grupo, al que representan en los terapeutas, un ideal del yo, idealizado, que sustituya al superyo duro y primitivo que les había llevado a disociar los objetos y los afectos en la representación de su self. La enfermedad física va asociada a un temor respecto de su integridad corporal que distorsiona la imagen del self, mientras que, al sentir aceptadas en el grupo las exigencias de dependencia que latían tras los síntomas somáticos, puede atenuarse el temor a la retaliación y mejora ese funcionamiento yoico perturbado que tanto influía en su estado físico. Para progresar en el tratamiento integral de pacientes diversos y tan graves como un infartado o un canceroso, se discute con el staff médico el hallazgo de estas relaciones objétales regresivas y primitivas, pasivas y simbióticas, que les hemos visto desplegar en sus relaciones con el terapeuta y con otros pacientes dentro del grupo.

Nuestros colegas Usobiaga y Zubiri (1985) aplican la tesis de que para el paciente psicósomático el grupo cumple la función de preconsciente. La capacidad de insight del grupo es incorporada lentamente por el paciente, según va descubriéndose el sentido de sus síntomas y sueños, y sucesivamente aparecen los deseos y el funcionamiento mentalizado, la primera tópica. Es el grupo quien asocia con los sueños que el paciente que acude por primera vez vive como cuerpos extraños, con lo concreto y apegado a lo real de su forma de expresión, frente al descarte de fantasías de las que inconscientemente se defiende.

Posteriormente han matizado (Usobiaga y Zubiri, 1987) que no todos los pacientes somáticos pueden incorporarse en grupos de neuróticos. Pueden crearse angustias de muerte en el grupo, y se vive la capacidad grupal de elaboración como una herida narcisista y un hecho traumático. Los autores se encontraron con una huida grupal en bloque tras formular una interpretación transferencial que no tenía en cuenta el bajo nivel de mentalización de los pacientes. Se interviene preguntando y para hacer observaciones sobre correlaciones entre conflictos y dolencias, para continuar el diálogo. Aunque se tengan en cuenta las transferencias entre pacientes y hacia el terapeuta, pocas veces se interpretan. El paciente se va de alta cuando ha vuelto al equilibrio psíquico anterior y expresa dicho deseo, habiendo internalizado que el grupo es un lugar para hablar de sí y de sus relaciones objétales, no siempre del cuerpo, y quedan ligados quizá por mucho tiempo al terapeuta.

NUESTRA EXPERIENCIA EN ESTOS GRUPOS

Con respecto a nuestra experiencia psicoterapia en grupo con los pacientes psicósomáticos, no hemos apreciado la existencia de una estructura psicósomática específica, sino una llamativa heterogeneidad estructural. Nos ha llamado la atención que el fenómeno de la somatización suele darse en el seno de un acusado movimiento regresivo, con la desorganización de los mecanismos caracteriales defensivos previos. El cambio se da desde los mecanismos caracteriales de tipo neurótico obsesivo, como los del sujeto hiperadaptativo e hiperrealista, hasta otros de calidad regresiva, con frecuentes estados de inhibición, hipotonía vital, y síntomas varios que derivan del predominio del proceso primario y de irregularidades o fallas del proceso secundario.

El tipo de identificación proyectiva es particularmente violenta y destructiva, típicamente silenciosa, dando lugar a vivencias de desvitalización y despersonalización, de empobrecimiento y de vacío del self, con debilitamiento de las funciones del Yo y con una acentuación del trastorno en el lenguaje. Las palabras pierden sentido, son pronunciadas con dificultad y no se pueden conectar entre sí. Es la "despersonalización de la palabra" que describe Grinberg (Grinberg, 1985), y que se parece a la noción defuncionamiento operatorio (Marty y de M'Uzan, 1973) y la de alexitimia (Nemiah y Sifneos, 1970).

Estos cambios estructurales regresivos son desencadenados por traumatismos psicoafectivos actuales, por la ruptura de investimentos afectivos importantes, como expresión de un duelo traumático agudo. Tras la pérdida objetal sufrida, hay también aspectos perdidos del self (Grinberg, 1973), con una intensificación de las ansiedades catastróficas o confusionales, paranoides y depresivas, las ansiedades más intensas propias de los estados regresivos.

La vulnerabilidad para la somatización depende, en parte, de la incapacidad de estos sujetos para elaborar un proceso de duelo normal, con un insuficiente retiro de la libido de objeto al Yo, siguiendo la oposición entre la libido objetal y la libido del yo. Se observa un mecanismo de negación de la pérdida y de identificación maníaca con el objeto, lo que implica la confusión del Yo con el objeto perdido y el predominio de las cargas de las representaciones mentales de los objetos, junto con una deficitaria carga libidinal de las representaciones del Yo y un mal funcionamiento del sistema preconscious.

Enumeraremos varios jalones en el tratamiento de estos pacientes:

1) El camino de la cura, desde el síntoma somático que se vive como casi extraño al yo, hasta el insight respecto del inconsciente propio.

2) Desde la heteronomía, y la adicción a la realidad externa, a la autonomía y la progresiva familiaridad con la realidad interior. En este sentido pensamos que es fundamental el respeto a la personalidad del paciente y la abstinencia del terapeuta.

3) De la intelectualización a la experiencia afectiva genuina.

ASPECTOS TÉCNICOS

En nuestra experiencia pueden distinguirse varios aspectos:

1) **Criterios de selección de pacientes:** El primer sesgo resulta de los factores que determinan la derivación a Psiquiatría. En las entrevistas iniciales hay que hacer un complejo diagnóstico psicósomático y la orientación terapéutica. La psicopatología de los fenómenos psicósomáticos, por ejemplo, y en la conceptualización de P. Marty, las regresiones parciales y totales, de cadenas centrales y laterales, resulta de difícil

intelección y es imprescindible la formación psicoanalítica y un entrenamiento clínico supervisado.

Para que los pacientes inicien un tratamiento psicoterápico individual es deseable que cuenten con cierto deseo de autoconocimiento, con curiosidad acerca de si mismos y con deseos reparatorios. No obstante, e inicialmente, suelen llegar con una importante ambivalencia hacia el tratamiento, y se les reactiva la angustia por el fracaso de los mecanismos homeostáticos de control.

2) **Homogeneidad o heterogeneidad. Bajo una aparente homogeneidad**

basada en lo somático, se esconde siempre una llamativa heterogeneidad. "El grupo de hipertensos" o "de coronarios" configura una identidad grupal que refuerza las fragilidades yoicas individuales, y da sentido a una tarea grupal cuando aún no existe conciencia de un compromiso individual consigo mismo.

3) **Dificultades contratransferenciales.** Es importante ofrecer al enfermo una actitud serena y tolerante, continente, dentro de la neutralidad y de la abstinencia. Son enfermos que despiertan la incomodidad contratransferencial del aburrimiento, del sinsentido y del fracaso. La idealización excesiva es defensiva y una expresión de su avidez, por el grave riesgo de la amenaza somática. Las fuertes reacciones emocionales que crean se basan en angustias contratransferenciales de daño físico por el peligro citado de agravación orgánica, o de un daño psíquico que se base en la fragilidad de su estructura de personalidad y en las desorganizaciones psicósomáticas coincidentes con las reactivaciones depresivas. El estado de los pacientes puede dar lugar a excesivas interpretaciones reaseguradoras y apaciguadoras, que pequen de una intelectualización excesiva por la que se llega al aislamiento distanciador que es el propio de la especulación teórica. Asimismo, las interpretaciones demasiado globalizadoras pueden expresar nuestra angustia contratransferencial ante estos enfermos.

La dificultad de estos pacientes para tolerar las frustraciones inherentes al tratamiento analítico puede inducirnos, so pretexto de reforzar su frágil estructura yoica, a que solamente contribuyamos a hipertrofiar su patológico Yo ideal.

4) **La interpretación** ha de ser respetuosa con la estructura interna del enfermo psicósomático, dejándole suficiente espacio y tiempo para desenvolverse con la mayor libertad posible desde su propio bloqueo y su inicial heteronomía. Tolera muy mal la falta de normas directrices, por su tendencia a hiperadaptarse al objeto externo y aunque sea una oportunidad para ejercer su protagonismo personal. Es importante contar también con su necesidad de control omnipotente de la situación, lo que condiciona sus quejas reivindicativas y el riesgo de abandonos precoces.

Desde las sensaciones corporales propias de los síntomas somáticos se les acompaña hasta el reconocimiento de sus deseos propios y de las dificultades en sus relaciones de interdependencia. Para ello se interpretan los dinamismos relacionales que tienen lugar en el campo dramático grupal, y se les ayuda a tomar conciencia de sus mecanismos de identificación y desidentificación, hacia una progresiva discriminación e individualización. En cambio, las satisfacciones directas en la transferencia, de deseos de aprobación y de apoyo, conducen a dificultades de simbolización.

Se trata de **un tratamiento prolongado**, al que acuden durante un período de entre tres y diez años. En el primer año interrumpen prematuramente el tratamiento una cuarta parte de los pacientes, y es con los años cuando los cambios psicopatológicos diversos que tienen lugar, van unidos a una cierta desomatización, mediante la adquisición de unos

mejores mecanismos de represión, de desplazamiento, condensación, simbolización y, en definitiva, de la revitalización del proceso secundario.

La interpretación facilita el paso del diálogo “directo”, propio del pensamiento operatorio concreto, hasta el diálogo propiamente analítico. La expresión tiende a una mayor asociación libre, que es escuchada desde el vértice analítico. La espera tiene valor como tiempo necesario para la comprensión. Si progresivamente se toleran las interpretaciones de contenidos latentes, pueden lograr nuevas elaboraciones mentales más eficaces y adaptativas.

La interpretación muestra al paciente que está hablando de sí mismo, aunque hable de otros. Se interpreta desde el afuera del grupo al adentro de ese grupo, superando así algunas resistencias a la transferencia. Desde ese adentro del grupo se pasa a sus historias personales y a las relaciones infantiles en el pasado, relaciones que también pueden ser utilizadas para no vivenciar el presente. Con la interpretación se mejora la comunicación intrapsíquica e interpersonal, contribuyendo a establecer la alianza terapéutica.

Entre el 60 y el 70 % del total de pacientes se integran en el grupo y consolidan un proceso terapéutico. El índice de deserciones no es mayor que el general, y a dicha inserción del paciente en el contexto grupal ayuda precisamente la interpretación, en cuanto que estimula su curiosidad respecto del significado de las conductas, de los pensamientos y de los afectos propios. La presencia y participación continua de otros pacientes en el grupo permite que la interpretación, como instrumento principal de intervención, facilita la inclusión en el contexto grupal del aquí y del ahora de las significaciones individuales. Del nosotros al Yo.

6) Vicisitudes del proceso grupal:

a) Las aportaciones de la vida cotidiana que los pacientes acumulan sobre su vida personal, familiar y social, sirven para la expresión emocional y para la representación dramática del nivel transferencial en el campo grupal. Contribuyen a configurar entre todos una fantasía grupal central, para cuya comprensión de sentidos es preciso esperar un tiempo, antes de que la interpretación en el aquí y en el ahora sea casi obvia. La vida grupal repercute así en el comportamiento de los pacientes en el mundo externo, contando con la posibilidad de amplias oscilaciones entre las somatizaciones actuadoras regresivas y las tendencias elaborativas.

b) La continuidad psíquica del paciente corre paralela a la evolución del grupo. Con el tiempo, se acumula una historia del grupo que se hace más consciente cuando aparecen nuevos miembros. Con sistemas grupales genuinos de reparación se van a intentar elaborar las ansiedades y defensas. Las descompensaciones psicopatológicas reactivan ansiedades psicológicas variadas, mientras que los cambios individuales serán una consecuencia del trabajo de elaboración grupal.

El terapeuta está disponible como soporte relacional, sin que dé otro apoyo ni satisfacción de las necesidades infantiles del paciente. Interpreta esas necesidades y deseos a reconocer, desde el respeto y la abstinencia, para dar al paciente la oportunidad de "ser" él mismo. Cuando se es más respetuoso, se aprecia mejor el valor preservador para el self de las defensas, y mucho más cuanto menor es la capacidad de elaboración psíquica del paciente.

c) Quizá por eso las interpretaciones al grupo como totalidad, y más al principio, han de medirse según las vivencias de rechazo individual que puedan despertar, y por el riesgo de ser despersonalizadoras o yatrógenas. Ahora bien, por su fragilidad yoica los pacientes

psicosomáticos necesitan asumir por un tiempo roles como los de "los que van a clase" como un grupo de aprendices de adultos libres.

d) El paciente se plantea que no está solo y que se le acepta en esa nueva forma de experiencia emocional. El síntoma somático puede usarse resistencialmente para negar el conflicto psíquico, pero también abre una vía de adquisición de conciencia respecto del sufrimiento personal, respecto de las diversas significaciones del síntoma que se integrarán después a través de la comunicación psíquica,

e) La continuidad y estabilidad del marco asistencial cobra el máximo valor ante las dificultades de los pacientes en la interiorización y en la retención de sus objetos primarios. Puesto que al perder realmente algo o a alguien, van a actualizar su falla narcisista y su vacío vital, las separaciones se vivirán como una amenaza de cambio catastrófico. Queriendo los pacientes controlar por sí mismos la situación, intentarán romper el encuadre hasta que lo perciban con la consistencia suficiente como para poder interpretar la transferencia negativa. Es preferible, y mejor que hablarles de pulsiones en abstracto, interpretar la repetición desde el pasado de esas relaciones de objeto que se caracterizaron por el sometimiento, la desconfianza, la culpabilidad...

f) En la evolución del grupo la regresión patológica puede acentuar la rigidez en el carácter como un intento de control de la ansiedad que ha despertado el contacto terapéutico. Estas defensas evitativas del contacto emocional pueden desglosarse en la idealización del terapeuta en tanto que médico, mientras que el paciente psicosomático se hipocondriza desde una posición muy dependiente.

En un segundo momento, el enfermo puede empeorar psicopatológicamente, por la reactivación pulsional instintiva que tiene lugar. Aparecerán manifestaciones varias y poco estables en el tratamiento, fluctuantes, con predominio de los síntomas de ansiedad y depresivos.

En tercer lugar, el reconocimiento de los vínculos de interdependencia y de los deseos o necesidades personales puede ser anticipado mediante defensas maníacas de negación. En una idealización de sí mismos pueden figurarse como seres privilegiados que aportan un valioso material que puede aprovechar a los médicos. El trabajo elaborativo grupal puede ser confundido con un nuevo sometimiento, y dicho temor llevará a nuevas actuaciones.

La interdependencia no es lo mismo que la hiperadaptación rígida que responde a un exceso de exigencias (Lieberman y cols., 1986). Si el grupo terapéutico es vivido como una sobreexigencia añadida más, se temerá que los otros les responsabilicen de su cumplimiento, precisamente cuando es el principal modo en que estos pacientes creen que van a obtener la aceptación y la valoración por los demás. O bien actuarán los temores, abandonando el tratamiento o sometiendo a él. La sobreadaptación del paciente que se observa respecto del grupo, y del grupo mismo respecto de los médicos, es paralela al sometimiento masoquista y al sojuzgamiento con los que viven en otras áreas de su vida, y especialmente en lo que atañe a sus necesidades corporales. La somatización es, al llegar al grupo un paciente nuevo, la principal señal de alarma de la que dispone porque no sabe registrar otras sensaciones o estados de ánimo.

A otros pacientes del grupo les llamará la atención el que estén siempre ocupados, aunque aparentemente puedan ser vistos socialmente muy normales. La dificultad técnica inicial radica en que, como no han desarrollado desde la infancia esa angustia-señal, no parecen tener conciencia de enfermedad ni de sufrimiento emocional, ni de que un

tratamiento psicológico puede ser realmente beneficioso para ellos. Si se sobreadaptan también al encuadre grupal, van a mostrarse sin aliento ni interés, monótonos y aburridos cumplidores.

Técnicamente, es fácil concluir que, cuando se interpreta desde el principio sobre el pasado histórico de los pacientes, la comprensión intelectual funcionará como una resistencia. Parece más recomendable hacer referencias en la interpretación a los estados emocionales y a las respuestas somáticas, de tal forma que se encuentre la forma de dar nombre a las emociones y a las acciones, como pensando en voz alta. En el grupo se puede así hablar y pensar adecuadamente sobre las emociones, sin que la distancia respecto del objeto externo sea tan corta como suele haber ocurrido en otros momentos y lugares de las vidas de los pacientes.

Al estar cara a cara entre un grupo de otras personas se pueden hacer más conscientes las interacciones y sus aspectos sensorio-motores o paraverbales, con lo que se rehacen las representaciones mediante la toma de distancia progresiva respecto de los objetos transferidos de los que se dependió. Si la somatización aparece entonces en el grupo, se puede investigar respecto de lo específico que pueda tener en sus conexiones con las transferencias centrales y grupales, sobre los otros y sobre el mundo exterior (Kaes, 1978), que se hayan constituido.

Al principio del tratamiento en grupo, el paciente siente dificultades para constituir el "grupo de trabajo" en el sentido de Bion, porque, ante la nueva relación grupal que se le ofrece, evita la participación emocional u observa si otros lo hacen. Recurre a una resistencia, el intento de comunicación individual con el médico. Lo somático, con el médico, es usado para negar lo psicológico, porque conlleva afectos o representaciones desagradables. Esta ausencia aparente de emociones en la relación se interpreta como defensa ante el establecimiento de unas relaciones interpersonales significativas, porque el paciente teme que sea una amenaza para una identidad personal frágil. Las faltas a las sesiones se repiten en diversos miembros del grupo porque no toleran muchos sentimientos de abandono y ansiedades de separación, ansiedades que han surgido como una transformación de la idealización regresiva respecto de la relación con el médico. Esta se asentó positivamente durante la fase aguda de la somatización por la que precisó de una hospitalización, pero ahora pesa más el sometimiento y la pasividad manifiestas en esa relación, o el intento de control omnipotente de los efectos derivados.

Parece típica, del tratamiento en grupo de los pacientes psicósomáticos, la necesidad de elaboración de las fijaciones simbióticas con las que se han defendido de unos poderosos sentimientos de abandono y de pérdida; pero que han desdibujado sus identidades personales. Dichos hechos aparecen en el grupo en forma de un mutismo de difícil penetración, o bajo una negación de los aspectos emocionales de la comunicación. Como si no pasara nada, ni siquiera el tiempo, quien a la vez se vuelve tedioso y se carga de impotencia. Como si se tratara de "un disco rayado", es difícil entresacar lo nuevo de entre la repetición del mismo material sin que cambie forma o contenido. Parece conveniente mantener una relación psiquiátrica simultánea en los momentos en que la lenta toma de conciencia psicológica por parte del paciente somático se puede ver salpicada de actuaciones en las que buscan otras relaciones médicas individuales igualmente frustrantes, y que pueden comprenderse por la intensidad del predominio de alguno de los supuestos básicos grupales descritos por Bion: ataque-fuga, dependencia y apareamiento.

Alguno de estos supuestos grupales ha podido conducir a lo que, por otra parte, e individualmente, forma parte de los mecanismos de defensa más característicos en psicósomática. Para Winnicott (1966), la especificidad estructural del enfermo psicósomático reside en las disociaciones múltiples del Yo, con personificaciones insuficientes. Mantiene una relación arcaica con la figura materna porque esta última ha fracasado en su función de intermediaria relacional respecto del mundo externo.

En el grupo puede observarse esta disociación regresiva a través de los roles que cada miembro del grupo, o un período de sesiones, pueden representar para un paciente determinado. Es lo que ocurre también con la negación, tanto de la realidad externa como de la propia realidad del sujeto. Dada la escasa capacidad de autocontención emocional que late tras la negación, el grupo y las interpretaciones van a funcionar como contenedor de dicha ansiedad hasta que, paulatinamente, puedan irse recuperando los aspectos del self que se disociaron, negaron y proyectaron previamente en el mismo grupo terapéutico o en la realidad externa donde comenzaron a sentirse somáticamente enfermos.

Desde la mezcla de refugio y caos con la que el paciente psicósomático vivió inicialmente el grupo, va pudiendo verle como una totalidad dinámica que se integra en un espacio y en un tiempo, que mantiene identificaciones y proyecciones vehiculizadas en las relaciones interpersonales que se establecen en el seno de la sesión. Al comprender mejor los conflictos que dividían al grupo, puede tomar conciencia de su individualidad histórica y generacional sin recurrir de nuevo a tantas disociaciones. El paciente tiene la oportunidad de avanzar dentro del grupo en el proceso de separación e individuación que se vio amenazado con su enfermedad. Vencerá su bloqueo afectivo, porque recuperó cierto placer lúdico en la actividad psíquica. Repara aquello que fue objeto de su hostilidad, a la vez que siente una mayor fortaleza e integración en su persona.

RESUMEN

Desde que en 1918, Freud se plantea el problema técnico de la somatización y de la actuación de los pacientes en análisis, la evidencia de una compleja unidad psicósomática a lo largo de la existencia humana constituye un reto diagnóstico y terapéutico.

Tras un primer estudio psicopatológico y psicósomático en las entrevistas iniciales se utiliza la psicoterapia psicoanalítica de grupo como método de análisis y de tratamiento de los pacientes psicósomáticos en el hospital general. Grupos abiertos, semanales gratuitos, relativamente homogéneos, atendidos en coterapia, y de objetivos orientados a una revitalización del funcionamiento mental previo. Esquematizamos tres fases evolutivas en el proceso grupal:

1) La somatización como defensa y/o como defecto estructural constituye la principal resistencia inicial, predominando el lenguaje concreto y los problemas con los familiares en los que se proyectan aspectos disociados propios.

2) Después tiene lugar una sorprendente aparición de diversos síntomas psicopatológicos (hipocondríacos, histéricos, fóbicos, inhibiciones en el comportamiento...), que expresan nuevas posibilidades de tramitación pulsional por el preconscious.

3) A través de los complejos movimientos transferenciales, que específicamente posibilita el grupo, pueden reconocer su propia realidad psíquica, las relaciones de interdependencia afectiva, duelos mal elaborados y conflictos tan intensos como insoportables.

Una "urdimbre emocional" llega a tejerse, como si se tratase de un genuino grupo familiar que hace posible un trabajo de elaboración mental y una mejoría del estado psicosomático. Consideramos que, en la unidad de psiquiatría del hospital general, un tratamiento psicoterápico de orientación psicoanalítica realizado en paralelo con los tratamientos biológicos permite una asistencia psicosomática integradora.

BIBLIOGRAFÍA

- ALEXANDER F. (1950): "Psychosomatic medicine". Norton, Nueva York.
- ALEXANDER F. y FRENCH T. (1946): "Psychoanalytic therapy. Principles and applications". **Ronald Press**, Nueva York.
- ANZIEU D. (1981): "Le groupe et l'inconscient. L'imaginaire groupal". Dunod, París.
- BALINT M. (1957): "The doctor, his patient and illness". Pirtman, Londres.
- BALINT M.; ORNSTEIN, P., y BALINT, E. (1983): "Focal psychotherapy". Peterson, Gran Bretaña.
- DETER H. C. (1986): "Relación coste-beneficio en psicoterapia de asmáticos". **J. Psychosom. Res.**, 30, 173-182.
- DETER H. C., y ALLERT T. (1983): "Psicoterapia de grupo en pacientes asmáticos". **Psychoter. Psychosom.**, 40, 95-105.
- DEUTSCH F. (1953): "The psychosomatic concept in psychoanalysis". **Intern. Univ. Press**, Nueva York.
- FERRARI H.; LUCHINA I., y LUCHINA N. (1973): "La interconsulta médico-psicológica en el medio hospitalario". Nueva Visión, Buenos Aires.
- FERRARI H.; LUCHINA I., y LUCHINA N. (1979): "Asistencia institucional. Nuevos desarrollos de la interconsulta médico-psicológica". Nueva Visión. Buenos Aires.
- FREUD S. (1895): "Estudios sobre la histeria". **Obras Completas**, t. 1, 83. Biblioteca Nueva, Madrid.
- FREUD S. (1918): "Los caminos de la terapia psicoanalítica". **Obras Completas**, t. 2, 557. Biblioteca Nueva, Madrid.
- FREUD S. (1926): "Psicoanálisis y medicina (Análisis profano)". **Obras Completas**, t. 2, 751. Biblioteca Nueva, Madrid.
- FREUD S. (1924): "Esquema del psicoanálisis". **Obras Completas**, t. 2, 9. Biblioteca Nueva, Madrid.
- FRIEDMAN W. H, JELLY E., y JELLY P. (1979): "Group therapy for psychosomatic patients". **Psychosom.**, 20, 674.
- GIOVACCHINI P. (1963): "Somatic symptoms and the transference neurosis", **intern. J. Psychoanal.**, 44, 143-150.
- GÓMEZ, J. (1987): "Liaison psychiatry: mental health problems in the general hospital". **Billing & Sons**. Worcester, Gran Bretaña.
- GRINBERG L. (1973): "Culpa y depresión". Paidós, 3.a edición, Buenos Aires,
- GRINBERG L. (1985): "Conceptos actuales acerca de los procesos defensivos". **Rev. Psicoanal.**, Madrid, 1, 43-63.
- GRINBERG L; LANGER M., y RODRIGUE E. [1957]: "Psicoterapia del grupo". Paidós, Buenos Aires.
- HACKETT T. P. y CASSMEN N. H. (1987): "Handbook of general hospital psychiatry". **P.S.G.**, Littleton, U.S.A.
- KAES R. (1976): "L'appareil psychique groupal. Constructions du groupe". Dunod, Paris.

- KANZER M. (1983): "Freud, the first psychoanalytic group leader". En Kaplan, H. y Sadock, B. J. (eds.) **Comprehensive group psychotherapy**, 2.^a ed., William & Wilkins, Baltimore.
- KIBEL H. (1983): "Group psychotherapy with neurotic disorders". En Kaplan, H. y Sadock, B. J. (eds.) **Comprehensive group psychotherapy**, 2.a ed., William & Wilkins, Baltimore.
- KREISLER L. (1985): "Los procesos de somatización en la infancia y en el recién nacido". En Jornadas de Psicopatología, Barcelona. Actas, 345-355.
- LIBERMAN D. y cols. (1986): "Del cuerpo al símbolo". Trieb., Buenos Aires.
- LIPOWSKI Z. J. (1967): "Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine". **Psychosom. Med.**, 29, 153-171.
- MARTY P. (1985): "La psicoterapia de los enfermos somáticos". **Rev. Psicoter. Psicosom.**, 10,61-72.
- MARTY P., y de M'UZAN P. (1973): "La pensée opératoire". **Rev. Fr. Psychanal.**, 27, 345-355.
- MARTY P.; de M'UZAN M., y DAVID P. (1963): "L'investigation psychosomatique". **P.U.F.**, París.
- NEMIAH J. C. y SIFNEOS P. E. (1970): "Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders". En Hill, O. (ed.): "Modern trends in psychosomatic medicine". Butterworth, Londres.
- PASNAU R. (1975): "Consultation-liaison psychiatry". Grunne Stratton, Nueva York.
- RAD V. (1979): "Terapia de grupo en pacientes psicopatológicos". **Psychother. psychosom.**, 32, 118-127.
- SADOCK B. J., y KAPLAN H. (1983): "History of group psychotherapy". En Kaplan, H. y Sadock, B. J. (eds.), **Comprehensive group psychotherapy**, 2.^a ed. William & Wilkins, Baltimore.
- STEIN A. [1983]: "Group psychotherapy with psychosomatically ill patients". En Kaplan, H. y Sadock, B. J. (eds.), **Comprehensive group psychotherapy**, 2.^a ed. Williams & Wilkins, Baltimore.
- STOTLAND N. L., y GARRICK T. R. (1990): "Manual of psychiatric consultation". **Am Psych. Press.**, Washington.
- TOMAS J. (1989): "Enfoque psicoanalítico de la medicina psicopatológica". En Grinberg, L. (comp.), **Introducción a la teoría psicoanalítica**. Tecnipublicaciones, Madrid.
- USOBIAGA I. y ZUBIRI M. (1985): "Tratamiento del enfermo psicopatológico en grupo". En Jornadas de Psicopatología, Barcelona. Actas, 265-269.
- USOBIAGA I. y ZUBIRI M. (1987): "El grupo psicopatológico". **Rev. Psicoter. Psicosom.**, n.º 14, 31 -40.
- WINNICOTT D. (1966): "Psychosomatic illness in its positive and negative aspects". **Internat. J. Psychoanal.**, 47, 510.
- WINNICOTT D. (1971): "Therapeutic consultations in child psychiatry". Hogarth, Londres.
- WOLFF, A. (1983): "Psychoanalysis in groups". En Kaplan, H. y Sadock, B. J. (eds.), **Comprehensive group psychotherapy**, 2.^a ed. Willams & Wilkins, Baltimore.